

PUCRS

ESCOLA DE HUMANIDADES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

BÁRBARA DOMINGUES NUNES

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM SÃO LOURENÇO DO SUL: VANGUARDA NA  
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Porto Alegre

2023

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

BÁRBARA DOMINGUES NUNES

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM SÃO LOURENÇO DO SUL: VANGUARDA  
NA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação do Curso de Serviço Social, Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Área de Concentração: Serviço Social, Políticas e Processos Sociais

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Trabalho e Processos Sociais

Orientador: Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre

2023

## Ficha Catalográfica

N972p Nunes, Bárbara Domingues

Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul : Vanguarda na Reforma Psiquiátrica / Bárbara Domingues Nunes. – 2023. 200.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Política de Saúde Mental. 2. São Lourenço do Sul. 3. Reforma Psiquiátrica. I. Bellini, Maria Isabel Barros. II. Título.

BÁRBARA DOMINGUES NUNES

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM SÃO LOURENÇO DO SUL: VANGUARDA  
NA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada como requisito para  
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de  
Pós-Graduação do Curso de Serviço Social,  
Escola de Humanidades da Pontifícia  
Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Maria Isabel Barros Bellini

Aprovada em 11 de janeiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dra. Lidiany de Lima Cavalcante- UFAM

---

Prof. Dra. Beatriz Gershenson - PUCRS

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Isabel Barros Bellini – PUCRS (orientadora)

## Dedicatória

*À minha mãe, Maria Luiza Domingues Nunes. Trabalhadora doméstica, classe trabalhadora que lutou e sonhou para que seus filhos ocupassem espaços como a universidade. A memória do meu pai, Oscar Juarez Garcez Nunes, que onde estiver deve estar orgulhoso da nossa caminhada até aqui.*

## AGRADECIMENTOS

*A luta do homem contra o poder  
é a luta da memória contra o esquecimento.  
Milan Kundera*

Não é possível denominar este momento de conclusão do mestrado em Serviço Social como o fim, mas sim como o começo. Foi um ciclo intenso, com muito conhecimento, afeto, partilhas e resistência. Porém, a Bárbara que está saindo, não é a mesma que entrou. Ela conclui esta etapa com mais conhecimento, mais madura pessoal e profissionalmente. Agradeço à vida por todas as oportunidades e pelas dificuldades, que mesmo não sendo poucas, serviram de aprendizado e amadurecimento.

Esta caminhada não teria chegado a este momento sem as duas Marias mais fundamentais neste processo, minha mãe, Maria Luiza, que sempre incentivou meus estudos com o sonho de ver seus filhos na universidade, e minha querida orientadora, Professora Dra. Maria Isabel Barros Bellini, por quem tenho profunda gratidão por ter me orientado nesta caminhada. Minha eterna gratidão aos meus irmãos: Cristiane, André e Patrícia. E meu agradecimento ao meu companheiro Roger, pelo apoio e auxílio neste processo.

Agradeço aos meus amigos e colegas, que foram companhia e auxílio neste processo: Tiago da Silva Andrade, Cintia Nascimento, Gabriela Magri e Ariel Jonathan. O mestrado se tornou menos solitário e mais leve com a presença e parceria de vocês. Minhas amigas de longa data: Alene Silva da Rosa, Elisângela Carvalho e Karine Lucero, que foram colegas de graduação na Unipampa, se tornaram colegas de trabalho e amigas, as quais fizeram parte deste processo, através de apoio e incentivo.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade - NETSI/PUCRS. Ao Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da PUCRS, que lamentavelmente está sendo fechado em decorrência dos desmontes na ciência, mas que abriu as portas para uma das oportunidades mais importantes da minha vida. Gratidão às professoras Gleny Guimarães, Beatriz Gershenson e Jane Prates que através das disciplinas ministradas também contribuíram com esta dissertação. Meu agradecimento ao órgão de fomento, pois este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Nosso agradecimento à gestora da Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul por autorizar a realização da pesquisa, e aos profissionais, gestores, usuárias e familiares que participaram do nosso estudo. Não poderíamos deixar de agradecer aqueles que nos

auxiliaram neste processo de pesquisa, minha colega de trabalho Graziela Moreira, ex-trabalhadora da Política de Saúde Mental, a qual emprestou alguns livros que foram fundamentais na escrita sobre São Lourenço do Sul. Eduarda Holz Bracher, secretária adjunta da Secretaria Municipal de Saúde, que nos disponibilizou os documentos da gestão e posteriormente localizou outros documentos para nosso estudo. A Dóris Kuhn ex-colega do CAPS Nossa Casa que auxiliou com a pesquisa antes mesmo do seu início.

Agradeço à participante Elsa Timm pela disponibilização dos seus arquivos com reportagens históricas que também contribuíram com esta pesquisa. A Graziela Vasques, que nos presenteou com o livro sobre os “25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul”<sup>1</sup>. Agradeço aos gestores da Política de Assistência Social de São Lourenço do Sul, que me liberaram para a realização do mestrado. Como vocês podem ver, sou a autora desta dissertação em parceria com a minha orientadora, mas ela foi construída por muitas mãos.

Nesta etapa final do mestrado lembro que é possível sonhar e realizar nossos sonhos, a Bárbara que terminou a graduação sem grandes perspectivas e acreditando que talvez não poderia cursar mestrado, hoje conclui este sonho sendo surpreendida pela vida com aprovação em dois processos seletivos de doutorado: em 2º lugar no Doutorado em Política Social e Direitos Humanos na Universidade Católica de Pelotas e em 5º lugar no Doutorado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E assim vamos seguindo, desbravando o conhecimento e rompendo obstáculos, para construirmos uma sociedade mais justa, mais humanizada e com mais oportunidades para todes.

Desejo uma boa leitura a todes!

---

<sup>1</sup>Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/179261>. Acesso em: 29 nov. 2022.

*A viagem não acaba nunca. Só os viajantes acabam. E mesmo estes  
podem prolongar-se em memória, em lembrança, em narrativa.  
Quando o viajante se sentou na areia da praia e disse: “Não há mais  
que ver”, sabia que não era assim. O fim duma viagem é apenas o  
começo doutra*

*Saramago*



## RESUMO

Essa dissertação aborda uma pesquisa que tem como objeto a Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul e sua vanguarda no movimento da Reforma Psiquiátrica. Considera-se vanguarda pois o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) municipal foi criado no município, sendo o segundo CAPS do Brasil. A pesquisa foi norteada pelo problema de pesquisa: Como se construiu o protagonismo de São Lourenço do Sul na efetivação da Política de Saúde Mental amparado na Reforma Psiquiátrica? E pelo objetivo geral de resgatar a história, vivências e resistências da Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul a partir da Reforma Psiquiátrica a fim de contribuir com a preservação de sua memória, bem como no fortalecimento de suas conquistas. Quanto aos procedimentos metodológicos, a pesquisa se estrutura a partir de um estudo de caso, com enfoque misto, fundamentado teoricamente no método materialista histórico-dialético e em suas categorias – historicidade, totalidade, contradição e mediação. Essas categorias articuladas às categorias oriundas do problema de pesquisa e das questões norteadoras, direcionaram o aprofundamento do estudo e levantaram possíveis contribuições para a transformação da realidade. Trata-se de pesquisa bibliográfica, com seres humanos, e documental, sendo que essa teve ênfase muito significativa no estudo. As técnicas utilizadas foram entrevistas semiestruturadas, análise de conteúdo e análise documental. O lócus foi o município de São Lourenço do Sul e a amostra contou com 4 usuários, 2 gestoras e 4 trabalhadores, e a documentação selecionada do período de 1991-2021, justificado pela Lei 10.216/1991. A análise de conteúdo usou como referencial Roque Moraes, tendo como categorias finais: Política de Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Violência Institucional e Trabalho. Os resultados das análises dos depoimentos e da extensa documentação apontam que este estudo transcendeu a descrição da história da Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, pois contribuiu para a reconstrução da história do município como precursor na criação do primeiro serviço municipal do Brasil destinado ao cuidado em liberdade, também sendo identificado como um município defensor e inovador do movimento antimanicomial desde seu embrião. O cuidado em liberdade, a viver em sociedade, a receber tratamento e cuidado sem que para isto tenham que perder o seu lugar enquanto cidadãos. O que é extremamente complexo, pois Casara (2021) nos diz que a racionalidade neoliberal repudia qualquer ameaça ao seus *status quo*, sob o prisma de opressão e controle dos corpos. Momento em que as pessoas em sofrimento psíquico ficam mais vulneráveis. A Política de Saúde Mental de São Lourenço resistiu e se estruturou ao longo dos anos, tendo os preceitos da Reforma Psiquiátrica como guia, mas também encharcada de contradições que não contemplaram esses mesmos preceitos. Sabemos que as políticas públicas apresentam contradições desde a sua gênese, pois não dependem expressamente dos municípios, gestores e trabalhadores, mas envolvem um conjunto de articulações que vão do financiamento ao direcionamento das ações nos três níveis de governo. As políticas também são atingidas pelas questões ideológicas de quem está no poder, pelas relações de sociabilidade, controle e participação social.

**Palavras Chaves:** Política de Saúde Mental; São Lourenço do Sul; Reforma Psiquiátrica.

## RESUMEN

Esta disertación aborda la investigación que tiene como objeto la Política de Salud Mental en São Lourenço do Sul y su vanguardia en el movimiento de Reforma Psiquiátrica. Es considerada la vanguardia porque en este municipio se crearon las primeras gorras (Centro de Atención Psicosocial) municipal, siendo las segundas CAPS de Brasil. La investigación se basó en el problema de investigación: ¿Cómo se construyó el papel protagónico de São Lourenço do Sul en la implementación de la Política de Salud Mental basada en la Reforma Psiquiátrica? Y por el objetivo general de rescatar la historia, experiencias y resistencias de la Política de Salud Mental de São Lourenço do Sul de la Reforma Psiquiátrica para contribuir a la preservación de su memoria, así como en el fortalecimiento de sus logros. En cuanto a los procedimientos metodológicos, el estudio se estructura a partir de un estudio de caso, con un enfoque mixto, basado teóricamente en el método materialista histórico-dialéctico y sus categorías: historicidad, totalidad, contradicción y mediación. Estas categorías articularon las categorías surgidas del problema de investigación y las preguntas principales, dirigidas con miras a su profundización y posibles contribuciones a la transformación de la realidad. Se trata de investigación, bibliográfica, con seres humanos y documental y esto tuvo un énfasis muy significativo en este estudio y las técnicas utilizadas fueron entrevistas semiestructuradas, análisis de contenido y análisis documental. El locus era el municipio de São Lourenço do Sul y la muestra tenía 4 usuarios, 2 gerentes y 4 trabajadores y la documentación seleccionada en el período 1991-2021, publicada por la Ley 10.216/1991. El análisis de contenido utilizado como referencia Roque Moraes tiene como categorías finales: Política de Salud Mental, Reforma Psiquiátrica, Violencia Institucional y Trabajo. Los resultados del análisis de las declaraciones y la extensa documentación indican que este estudio trascendió la descripción de la historia de la Política de Salud Mental de São Lourenço do Sul, porque atribuyó a la reconstrucción de la historia como precursor en la creación del primer servicio municipal en Brasil para la atención en libertad. También se identifica como un municipio defensor e innovador del movimiento anti-miscomial desde su embrión. Care in freedom expresa la lucha del movimiento antimanicomial por el derecho de las personas con sufrimiento mental. El derecho a la libertad, a vivir en sociedad, a recibir tratamiento y cuidados sin tener que perder su lugar como ciudadanos. Esto es extremadamente complejo, porque según Casara (2021) la racionalidad neoliberal repudia cualquier amenaza a su status quo, desde la perspectiva de la opresión y el control de los cuerpos. En un momento en que las personas en angustia psicológica se vuelven más vulnerables. La Política de Salud Mental de São Lourenço resistió y se estructuró a lo largo de los años con los preceptos de la Reforma Psiquiátrica como guía, pero también empapada de contradicciones que no contemplaban estos mismos preceptos. Sabemos que las políticas públicas tienen contradicciones desde su génesis, porque no dependen expresamente de municipios, directivos y trabajadores, sino que implican un conjunto de articulaciones que van desde el financiamiento hasta la dirección de acciones en los tres niveles de gobierno. Las políticas también se ven afectadas por las cuestiones ideológicas de los que están en el poder, por las relaciones de sociabilidad, control y participación social.

**Palavras Claves:** Política de Salud Mental; San Lorenzo del Sur; Reforma psiquiátrica.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Esquematização: Tema, Problema e Objetivo Geral .....	20
<b>Figura 2</b> – Objetivos e Questões Norteadoras .....	21
<b>Figura 3</b> – Preparação da Pesquisa Documental.....	36
<b>Figura 4</b> – Localização do Município de São Lourenço do Sul/RS .....	40
<b>Figura 5</b> - Reportagem Jornal Correio da Lagoa.....	47
<b>Figura 6</b> – Visita do Psiquiatra Franco Rotelli ao Nosso Lar.....	50
<b>Figura 7</b> – Racialização da Loucura no Brasil.....	157

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Documentos Localizados Antes do Início da Pesquisa.....	27
<b>Quadro 2</b> – Sistematização Pesquisa Bibliográfica.....	29
<b>Quadro 3</b> – Profissionais e Gestores/Gestoras Participantes da Pesquisa (autorizaram que seus nomes fossem citados no estudo) .....	33
<b>Quadro 4</b> – Usuárias e Familiares Participantes da Pesquisa – (identificadas por termos eleitos por elas preservando seu anonimato) .....	33
<b>Quadro 5</b> – Documentos Analisados Pesquisa Documental .....	36
<b>Quadro 6</b> – Relatórios Analisados Conferências Municipais .....	37
<b>Quadro 7</b> – Distribuição Categorias de Análise (Continua.....)	38
<b>Quadro 8</b> – Encontros do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil.....	82
<b>Quadro 9</b> – Análise Projetos: Recuperando o Futuro e Mãe me Quer.....	106
<b>Quadro 10</b> – Tipos e Custos dos Medicamentos Psiquiátricos Durante a Pandemia.....	121

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> – Internações Associadas ao Uso de Drogas no Brasil por Gênero.....	110
<b>Tabela 2</b> – Internações Associadas ao Uso de Drogas por Regiões .....	112

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AFAU – Associação de Familiares, Amigos e Usuários da Nossa Casa  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CRP – Conselho Regional de Psicologia  
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde  
CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde  
COMDICA – Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes  
CDPD – Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CCSM – Centro Comunitário de Saúde Mental  
CFEMEA – Radar Feminista no Congresso Nacional  
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental  
ES – Espírito Santo  
ESP – Escola de Saúde Pública  
FUNDICA – Fundo Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes  
FEDPs – Fundações Estatais de Direito Privado  
GM – Gabinete do Ministro  
GO – Goiás  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
LBI – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência  
LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados  
MS – Ministério da Saúde  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
MG – Minas Gerais  
MROSC – Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil  
MNPCT – Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

OEA – Organização dos Estados Americanos  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OSS – Organizações Sociais  
OSCIPS – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público  
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde  
OPCAT – Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes  
PPGSS – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social  
PROEX – Programa de Excelência Acadêmica  
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PPA – Plano Plurianual  
PAIS Mental – Programa de Assistência Integral à Saúde Mental  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua  
PR – Paraná  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
REME – Renovação Médica  
RS – Rio Grande do Sul  
RJ – Rio de Janeiro  
RP- Reforma Psiquiátrica  
SC – Santa Catarina  
SUAS – Sistema Único de Assistência Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SMSBES – Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SPA – Substâncias Psicoativas  
SNPCT – Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura  
SIPESQ – Sistema de Pesquisa da PUCRS  
SP – São Paulo  
TCLE – Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UFPEL – Universidade Federal de Pelotas  
USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1 Navegando pelas Águas da Metodologia .....	23
<b>1.1.1 Caracterização dos Sujeitos Participantes da Pesquisa</b> .....	32
1.1.2 Aspectos Éticos .....	34
1.1.3 Caminhos para análise .....	35
<b>2 SÃO LOURENÇO DO SUL: NA LUTA PELA LÓGICA DO CUIDADO E DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE</b> .....	40
2.1 Uma história e muitas memórias: a Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul...42	
2.2 Caminhos do Desmonte: Conjuntura atual da Política de Saúde Mental no Brasil .....	55
2.3 Desfinanciamento na Política de Saúde Mental: morte silenciosa no contexto de necropolítica .....	64
<b>3 O LUGAR DA LOUCURA NA HISTÓRIA: DA ALIENAÇÃO À CIDADANIA</b> .....	68
3.1 A institucionalização da loucura como periculosidade .....	72
3.2 Luta Antimanicomial: caminhos da resistência.....	79
3.3 Reforma Psiquiátrica: resistência no cuidado e na produção do conhecimento.....	85
3.4 Movimentos Sociais sob a Perspectiva dos Direitos Humanos.....	90
<b>4 SILENCIAMENTO DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NA SAÚDE MENTAL</b> ..	103
4.1 Violência Institucional: velhas práticas em novos conteúdos .....	105
<b>5 TRABALHO EM MARX E SUAS CARACTERÍSTICAS CENTRAIS</b> .....	123
5.1 Individualização e Concorrência: manipulação do capital .....	125
5.2 O Lado Insano do Capital: caminhos para o adoecimento .....	128
5.3 O Direito do Trabalhador e as Inflexões a partir da Terceirização .....	132
<b>6 À GUIA DAS CONCLUSÕES</b> .....	153
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	159
<b>APENDICE A</b> – Roteiro Pesquisa Documental.....	181
<b>APÊNDICE B</b> – Roteiro de Entrevista Gestores e Trabalhadores.....	182
<b>APÊNDICE C</b> – Roteiro Entrevista Usuários e Familiares .....	183
<b>APÊNDICE D</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para gestores e trabalhadores autorizando a identificação .....	184
<b>APÊNDICE E</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para gestores e trabalhadores não autorizando a identificação.....	186



<b>APÊNDICE F</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Usuários e Familiar e ou Cuidador de Usuário.....	188
<b>APÊNDICE G</b> – Comprovante recebimento documentos Secretaria Municipal de Saúde ..	190
<b>APÊNDICE H</b> – Comprovante recebimento documentos Conselho Municipal de Saúde ...	191
<b>ANEXO A</b> – Documento de Aprovação da Comissão Científica .....	192
<b>ANEXO B</b> – Documento de Aprovação do Comitê de Ética .....	193
<b>ANEXO C</b> – E-mail CAPS Itapeva de São Paulo .....	197
<b>ANEXO D</b> – Memorial ABRASME “retrocessos na atenção em saúde mental e drogas no Brasil” .....	198

## 1 INTRODUÇÃO

Convidamos o leitor a navegar pelas águas densas e cristalinas desta dissertação que tem como autora esta que subscreve, mas que foi construída por muitas mãos. O lócus de pesquisa aqui adotado é o município de São Lourenço do Sul, conhecido popularmente como “Pérola da Lagoa”. Lagoa de água doce que também se encontra com o mar e possui infinitas belezas naturais. Neste capítulo situam-se a contextualização e os aspectos metodológicos da pesquisa desenvolvida.

Iniciamos acompanhando como foi a trajetória como assistente social. Com início no ano de 2013, na Política de Assistência Social em Santana do Livramento. Posteriormente, a jornada continuou nos municípios de Quaraí, Dom Pedrito e, desde 2017, em São Lourenço do Sul. Neste último município, surgiu a proximidade com a Política de Saúde Mental através da inserção na equipe multiprofissional no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Nossa Casa”. Depois, com permuta para Política de Assistência Social, houve atuação e experiência adquirida no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), no plantão social e no Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Atualmente, o aprendizado continua no Cadastro Único/Programa Auxílio Brasil e Vigilância Socioassistencial no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Concomitante à prática profissional, foram realizados estudos correlacionados com a área do Serviço Social, da saúde mental e da intersetorialidade, uma vez que o SUAS prevê em seus princípios organizativos a articulação interinstitucional entre suas competências e suas ações com os demais sistemas de defesa dos direitos humanos, e com o Sistema Único de Saúde (SUS), com o Sistema Nacional de Previdência Social, com o Sistema Estadual e Nacional de Justiça e com o Sistema Educacional (BRASIL, 2005). A intersetorialidade, além de ser utilizada na execução das políticas públicas, foi a temática que responsável por inquietar o espírito acadêmico e inspirar o desejo de ingressar no mestrado.

No decorrer da reflexão sobre a proposta de pesquisa, também vislumbramos abordar a temática da governança correlacionando-a com a saúde mental e suas interlocuções. Considerando que a governança é entendida como o “*modus operandi*” das políticas governamentais, relacionado às características político institucionais do processo decisório, ao financiamento das políticas e ao alcance geral dos programas. Governança difere da governabilidade, a qual tem uma dimensão estatal, pois abrange um plano mais amplo, englobando a sociedade como um todo (SANTOS, 1997). Porém avaliamos que o período do mestrado não seria suficiente para investigar um tema desta magnitude e complexidade.

Avaliamos que esses temas são importantes e devem ser adensados através das diversas possibilidades que a pesquisa científica descortina. Nesse movimento de aprofundar nosso tema de pesquisa, realizamos uma busca criteriosa no catálogo de Teses e Dissertações da CAPES sobre a produção científica do Serviço Social nas temáticas relacionadas ao Serviço Social, saúde mental e suas articulações com outras políticas públicas, utilizando os seguintes descritores: “Serviço Social”, “saúde mental” e “intersetorialidade”.

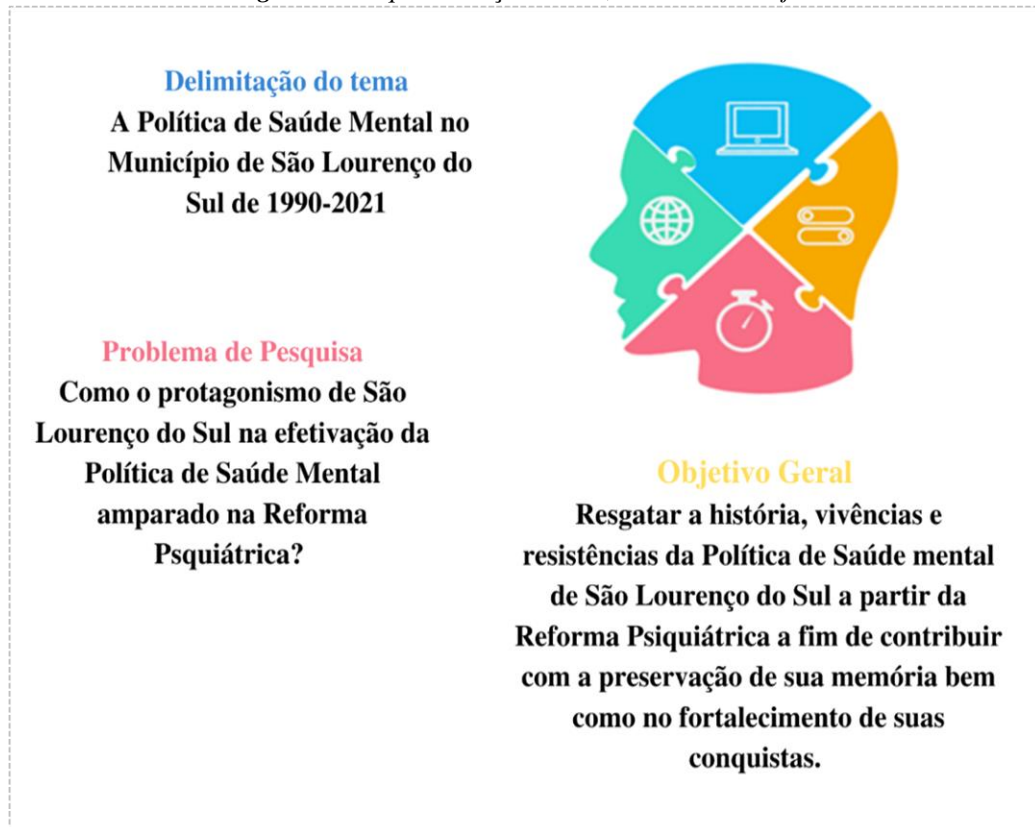
Durante os primeiros levantamentos quando pensávamos em tratar sobre o tema da intersetorialidade, encontramos um total de quarenta trabalhos com o período de 2019-2021 como filtro de delimitação, e as ciências sociais aplicadas enquanto grande área do conhecimento. Portanto, dentre os quarenta resultados, sete são relacionados à intersetorialidade, dois mencionam a Política de Saúde e Assistência Social, vinte e quatro abordam a saúde mental e um menciona a saúde mental e Serviço Social. Tendo em vista que a maioria dos estudos mencionam de forma desfragmentada a intersetorialidade, saúde mental e Serviço Social, a relevância da proposta inicial do projeto demonstra a importância dos estudos que relacionem tais temáticas.

Através da identificação desta lacuna, ressaltamos que o município de São Lourenço do Sul tem um papel fundamental no protagonismo e vanguarda do cuidado em liberdade na Política de Saúde Mental no Rio Grande do Sul (RS), Brasil e exterior. Pois, foi inspiração e laboratório para outras experiências municipais, estaduais e internacional, quando recebeu a visita do psiquiatra Franco Rotelli. Isto não está descrito nos livros de autores de referência da saúde mental e Reforma Psiquiátrica (RP), mas está na memória daqueles que vivenciaram este processo. Diante desta significativa trajetória de resistência, cuidado e mudança de paradigmas, propomos o projeto de pesquisa denominado Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul: Vanguarda na Reforma Psiquiátrica.

A pesquisa teve como **objetivo** resgatar a história, as vivências e as resistências da Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul a partir da Reforma Psiquiátrica a fim de contribuir com a preservação de sua memória e com o fortalecimento de suas conquistas. A fim de reiterar a importância deste estudo, salientamos que a história da Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul apresenta as suas determinações e os elementos de sua superação, através das vivências e resistências. História contada e resgatada por muitas memórias que trilharam o caminho do cuidado neste município, contra todas as resistências e oposições. Conforme Fanon (2020) a memória, faz a união de passado, presente e futuro, então aqui propomos resgatar o passado através da história, além de contribuir com a transformação do presente e do futuro da Política de Saúde Mental. O estudo está articulado à

linha de pesquisa L1- Serviço Social, Seguridade e Políticas Sociais do PPGSS/PUCRS. A pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior ao Programa de Excelência Acadêmica<sup>2</sup> (CAPES/PROEX). O esqueleto da pesquisa é facilitado pelo esquema apresentado na Figura 1 e 2 conforme segue:

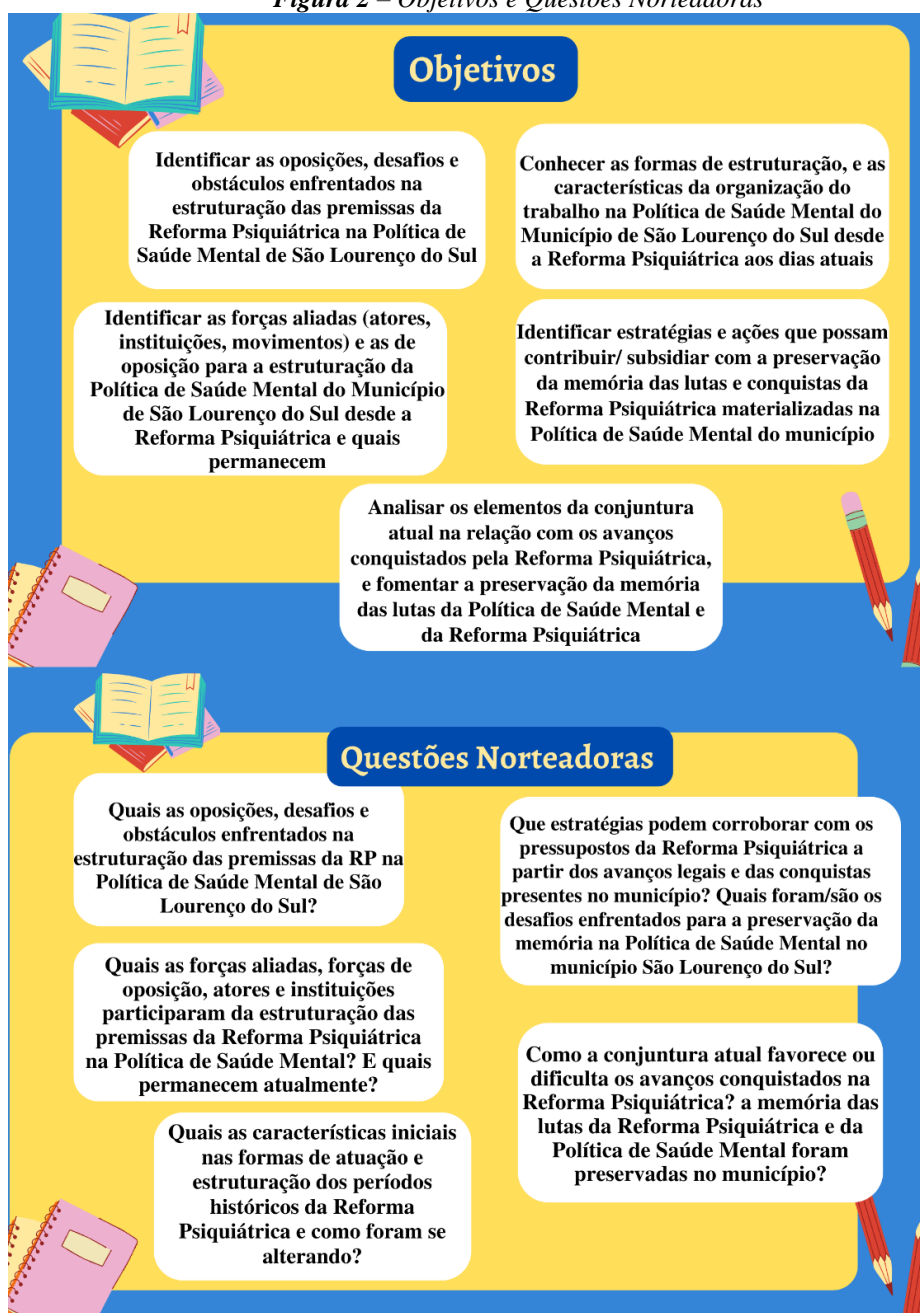
*Figura 1 – Esquematização: Tema, Problema e Objetivo Geral*



Fonte: A autora (2022).

<sup>2</sup>O investimento federal na área caiu 60% entre 2014 e 2022. Impactos começam no mundo acadêmico, mas atingem sociedade como um todo – e o seu cotidiano. Se somados, os cortes totais chegam a aproximadamente R\$ 100 milhões (CAGLIONI, 2022, n.p.).

**Figura 2 – Objetivos e Questões Norteadoras**



Fonte: A autora (2022).

Em 2017, segundo dados do Conselho Federal de Medicina divulgados no site agência Brasil,<sup>3</sup> foram fechadas nos últimos anos 15.845 unidades de internação psiquiátrica no país. Esse fenômeno é fruto do movimento que ganhou força com a adoção da Lei 10.216/2001, conhecida como RP, que preconiza que o atendimento psiquiátrico deve contribuir com o atendimento ambulatorial, terapêutico e prevenir a internação dos pacientes. A RP se estruturou através das críticas às práticas de isolamento e exclusão que originaram denúncias

<sup>3</sup>Disponível em: <https://bit.ly/3xD57gj>. Acesso em: 21 set. 2022.

de maus-tratos aos pacientes institucionalizados permanentemente e de forma involuntária em diferentes unidades manicomiais no país (BRITO, 2017).

Entre os modelos substitutivos, o Ministério da Saúde criou os CAPS, locais responsáveis por oferecer atendimento comunitário aos usuários com transtorno mental nos 2.455 centros presentes no país. Conforme informações do Ministério da Saúde, em 2001 havia 295 CAPS, o que corresponde à expansão de 832% na oferta dos serviços, visto que a política de desinstitucionalização começou em 2002 (BRITO, 2017).

O município de São Lourenço do Sul, lócus de estudo desta pesquisa, pertence à 3ª coordenadoria de saúde, composta por 22 municípios e cuja região possui quantitativo de 260 leitos em hospitais psiquiátricos. Esse valor é equivalente ao mesmo índice apresentado em 2015, tendo em vista a portaria MS/GM 3588/2017, que altera as portarias n.º 03 e n.º 6 de setembro de 2017 e dispõe de orientação sobre vedação da ampliação dos leitos em hospitais psiquiátricos além dos já cadastrados no CNES. Conforme dados do plano de ação regional 2020-2023 da 3ª coordenadoria regional de Saúde, entre os anos de 2006 e 2018 ocorreram quatro internações de pacientes de São Lourenço do Sul em hospitais psiquiátricos, e o município possui 30 leitos psiquiátricos no Hospital Geral Santa Casa de Misericórdia (SES, 2019).

A escolha do lócus da pesquisa está ancorada no fato de que São Lourenço do Sul tem uma trajetória fundamental no cuidado em Saúde Mental, marcada pelo fato de o município ser o pioneiro na criação, em 1988, do serviço de saúde voltado ao atendimento dos usuários com sofrimento psíquico, através da implantação do Centro de Reabilitação “Nossa Casa”. Hoje o centro é denominado “CAPS I – Nossa Casa”, o segundo serviço nesta modalidade no Brasil. A partir de 2005, os serviços de saúde foram ampliados e atualmente contam com uma Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que contempla quase todos os pontos de atenção previstos no que tange a população e o território (VASQUES, 2018).

Considerando a importância histórica de São Lourenço do Sul e devido a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216/ 2001) ter completado vinte anos em 2021, e, também sob a inspiração das interlocuções realizadas durante o trabalho no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com a Política de Saúde Mental e da breve experiência como Assistente Social do CAPS Nossa Casa em São Lourenço do Sul, optamos por realizar a pesquisa na Política de Saúde Mental.

## 1.1 Navegando pelas Águas da Metodologia

Para a composição da dissertação, realizamos algumas escolhas quanto ao método, às técnicas e entre outros detalhes, como veremos ao longo deste capítulo. Este estudo utiliza o enfoque misto embasado no método materialista histórico-dialético, considerando as categorias historicidade, totalidade, mediação e contradição que, articuladas às categorias oriundas do problema de pesquisa e das questões norteadoras, direcionam o aprofundamento e as contribuições dessa pesquisa para a transformação da realidade. O enfoque misto e método materialista se complementam para melhor investigar e contribuir com a transformação da realidade, visto que o enfoque misto, nesta pesquisa, preconiza a relevância dos aspectos qualitativos no processo investigativo, que juntamente com o método materialista valoriza a voz dos sujeitos na superação das desigualdades.

O método utilizado foi o histórico-dialético, no qual são analisadas as categorias **historicidade, contradição, totalidade, mediação e trabalho**. A sua aplicação permite reconhecer a construção sócio-histórica dos fenômenos apresentados em um estado de constante movimento, o que acarreta consequências metodológicas que implicam compreender o seu desenvolvimento (RICHARDSON, 2012).

A pesquisa permitiu a exploração de uma análise integral das particularidades dos sujeitos pesquisados, e o enfoque qualitativo baseado no método materialista histórico-dialético possibilitou a compreensão da dinâmica de uma determinada sociedade e do seu dinamismo na sua construção histórica. Quanto aos aspectos qualitativos, a pesquisa objetivou decifrar o que se propôs observar, considerando que o pesquisador interpreta, influencia e é influenciado pela realidade pesquisada (MBARGA; FLEURY, 2015; PRATES, 2012). “Na pesquisa qualitativa a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória etc.” (GOLDENBERG, 2004, p. 14).

As breves contribuições realizadas acerca do método histórico-dialético e enfoque qualitativo demonstram a correlação entre ambos com destaque para alguns aspectos: viés transformador e emancipatório, aspectos dedutivos e indutivos; expressividade da voz dos sujeitos e reconhecimento não só dos resultados, mas de todo processo de pesquisa e a nitidez da sua finalidade, visando superar as desigualdades na transformação da realidade (PRATES, 2012). Portanto, a “[...] abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2016, p. 22).

Nenhuma das categorias utilizadas para análise no decorrer do processo de pesquisa e estudo seriam compreendidas se não considerássemos a historicidade do objeto, visto que é fundamental considerarmos a constituição dialética do real e suas diferentes determinações. Sendo assim, iniciamos pela historicidade, pois a análise histórica do objeto é fundamental para a pesquisa que objetiva construir o conhecimento crítico através de uma nova síntese que direcione para uma nova ação. A historicidade elucida o cerne das contradições e os dilemas que constituem e advém do real, uma vez que o conhecimento que descaracteriza a historicidade pressupõe a noção de decurso findado, sem considerar suas “raízes”. O que se constitui um equívoco, pois rejeita o conhecimento enquanto produto social humano decorrente de anseios, contradições, aspirações e vivências (ANES; BERNARDES; FERREIRA, 2012).

Já a totalidade se constitui na estrutura que a visão do todo oportuniza e, através dela, analisamos as dimensões e os elementos que compõe o real. Ressaltamos que o conhecimento do conjunto pressupõe o caráter de provisoriedade e jamais pode objetivar extenuar a realidade, a qual é mais multifacetada do que podemos dimensionar através do conhecimento, ou seja, sempre haverá algum elemento que foge das nossas sínteses; o que não impede que as façamos para compreender a realidade de uma forma mais aprofundada. Portanto, a síntese é o aspecto do todo que proporciona ao homem desvendar a estrutura da realidade que se apresenta (KONDER, 2008). Tal desvendamento pressupõe a indissociabilidade entre teoria e prática:

[...] na prática que o homem deve mostrar a verdade e o poder do seu pensamento, razão pela qual a prática é considerada para a dialética marxiana, critério de verdade. Mas, não qualquer prática, e sim uma prática orientada pela teoria, com clareza de finalidade, ou seja, uma práxis. (PRATES, 2012, p. 4)

Prática esta que intervém em uma realidade permeada pela categoria contradição, a qual é um adjetivo constituído e subordinado pela totalidade no tocante às suas complexas sínteses. Portanto, a contradição decorre do movimento, constitui a base do desenvolvimento e é fundamental para a sociedade na medida em que é também contraditória e provida de totalidade “Na concepção marxista, a contradição se instaura devido aos fenômenos sociais que por conta de variáveis não se solucionam” (OLIVEIRA; OLIVEIRA; SANTOS, 2017).

Dentre as categorias apresentadas, a mediação se materializa como partícipe para análise dos fenômenos e como eixo central entre as categorias analíticas. A mediação estabelece interconexão entre os diversos componentes que caracterizam a realidade. Ademais, a totalidade subsiste por intermédio das mediações, as quais se relacionam com as



totalidades parciais através de determinantes que se transformam constantemente em virtude das contradições do real (MASSON, 2012).

A mediação como sinônimo de interconexão nas relações nos remete para a categoria trabalho enquanto relação do homem com a sociedade. Tendo em vista que o trabalho é “atividade pela qual o homem domina as forças naturais, e humaniza a natureza; é a atividade pela qual o homem cria a si mesmo” (KONDER, 2008, p. 29), mediante o trabalho e suas relações o homem transforma e é transformado.

Em relação às categorias, ressaltamos:

[...] podem ser definidas como elementos que, sendo partes constitutivas, auxiliam a explicar um fenômeno, uma relação e/ou um movimento da realidade; ao mesmo tempo, podem orientar processos interventivos. Convém ressaltar, no entanto, que sua interconexão com os demais elementos que conformam o fenômeno, na perspectiva dialético-crítica, é fundamental para que possamos explicá-lo como unidade dialética, sem reduzir-lhe o sentido. (PRATES, 2016, p. 117)

Portanto, as categorias explicativas e centrais do objeto de estudo são aquelas que, juntamente com as do método, proporcionam embasamento na explicação e transformação dos fenômenos. As categorias explicativas nesse estudo são: **Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde Mental, Violência Institucional e Trabalho**, as quais contribuíram para identificar e analisar este Estudo de Caso.

A pesquisa propõe como metodologia o **Estudo de Caso**, cuja análise profunda e exaustiva permitirá conhecer ampla e detalhadamente a realidade, o que talvez seja improvável alcançar através de outros tipos de pesquisa (GIL, 1999). É um método que utilizará dados coletados a partir de eventos reais, objetivando explicar os fenômenos atuais inseridos no próprio contexto. Sua peculiaridade se dá por ser um estudo detalhado com poucos ou um único objeto, oportunizando conhecimentos profundos (BRANSKI; FRANCO; JÚNIOR, 2010).

O diferencial do Estudo de Caso é a possibilidade de lidar com uma vasta gama de evidências para além do estudo histórico convencional, como documentos, artefatos, entrevistas e observações, e realizar manipulação informal nas situações que envolvem observação participante (YIN, 2001). Yin (2001) resalta algumas considerações sobre o questionamento da possibilidade de generalizar a partir de um caso único. O autor frisa que os estudos de caso, comparados aos experimentos, também são generalizados teoricamente e não representam a população ou o universo. Portanto, o Estudo de Caso enquanto experimento não se caracteriza como amostragem, visto que o intuito da pesquisa é abranger e generalizar as teorias, e não quantificar frequências, ou seja, é realizar uma análise que generaliza, e não que particulariza.

Mesmo diante das críticas, a metodologia de **Estudo de Caso** vem ganhando atenção significativa: o interesse pelos métodos empíricos vem aumentando devido à necessidade de incorporar dados reais às pesquisas e obter resultados mais efetivos. Além disto, o Estudo de Caso é útil para investigar novos conceitos, verificar como elementos de uma teoria funcionam na prática (BRANSKI; FRANCO; JÚNIOR, 2010). Para isto, utilizamos a Pesquisa Documental e Bibliográfica, que enfatizou os aspectos qualitativos. Essa abordagem pressupõe a profundidade da pesquisa, riqueza na sua interpretação e contextualização dos fenômenos apresentados, oportunizando questionamentos e valorização de todo o processo, e não tão somente dos resultados, visto que os resultados se apresentam para além da finalização da pesquisa, mas durante as sucessivas aproximações. O roteiro da pesquisa documental utilizado aqui pode ser encontrado no APÊNDICE A.

Ainda sobre os procedimentos da pesquisa documental e bibliográfica utilizados neste estudo, a primeira foi realizada com materiais que ainda não receberam um trabalho analítico, e a segunda analisou o que já foi publicado sobre assunto por outros autores. Pode-se afirmar que os documentos que ainda não sofreram um tratamento analítico são fontes primárias e a bibliografia é uma fonte secundária (LEMOS *et al.*, 2015). Os documentos de primeira mão são documentos oficiais, reportagens, filmes e vídeos, e os de segunda mão são os que de alguma maneira já foram analisados como relatórios de pesquisa, empresas, e tabelas de estatísticas (GIL, 1999).

No que tange as fontes primárias, foram analisados 40 documentos disponibilizados pela gestão municipal, que correspondem ao marco temporal de 1991 a 2022 e totalizam 2.227 páginas. Tais fontes são relatórios de gestão, projetos e planos municipais solicitados em janeiro de 2022 e disponibilizados pela gestão municipal em maio e julho de 2022. Também foram analisados 10 relatórios de conferências municipais referentes ao período de 2000 a 2022, os quais foram solicitados em janeiro de 2022, mas disponibilizados em abril de 2022. A prioridade para a Pesquisa Documental está expressa nos objetivos no que tange a busca de documentos, oficiais ou não, fundamentais para a reconstrução e preservação da memória da Política de Saúde Mental do município de São Lourenço do Sul e para a preservação das lutas da RP.

O processo de pesquisa documental iniciou em maio de 2021, após definição do possível tema e do problema. Pesquisamos documentos públicos existentes na Prefeitura Municipal e, no momento em que observamos certa dificuldade na localização desses, também contatamos com a câmara de vereadores de São Lourenço do Sul e a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde. Nesta busca preliminar, fomos informados pela

coordenação de Saúde Mental do município de São Lourenço do Sul que possivelmente os únicos documentos existentes eram os relatórios de gestão, planos e projetos técnicos a partir de 2016, ou seja, não existiam registros documentais sobre a construção histórica da Política de Saúde Mental do município. Contudo, a gestão da saúde mental de SLS nos disponibilizou duas cópias impressas das revistas **São Lourenço em pauta** e **Novos Horizontes** (1983-1988 administração Ruhd Hubner/Sérgio Lessa) ambas com informações e fotos históricas da saúde mental. Os outros documentos compartilhados foram o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, com 175 páginas, e o Plano de Ação Regional 2020-2023 da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, com 61 páginas. Esta última também nos informou que não dispunha de documentos históricos da Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul.

A câmara de vereadores, através de pesquisa sobre documentos históricos da estruturação da Política de Saúde Mental tanto em meios informatizados quanto físicos, também não localizou documentos com tais informações. Contudo, durante nova busca nos documentos físicos do legislativo, foram localizados quatro documentos dos anos de 1996, 1997 e 1999, os quais versam sobre eventos que incluem uma conferência, um seminário, um encontro anual e uma jornada de saúde mental. Para uma visualização geral dos referidos documentos, elaboramos um quadro que pode ser conferido abaixo.

*Quadro 1 – Documentos Localizados Antes do Início da Pesquisa*

Ano	Documento	Assunto	Secretaria	Prefeito
1996	Decreto n.º 1986	“Oficializa a 11ª Conferência Municipal de Saúde e constitui comissão organizadora”	Secretaria de Saúde e Bem-estar Social	Jorge Alberto Duarte Grill
1996	Decreto n.º 2013	“Oficializa a realização do Seminário de Saúde Mental”	Secretaria de Saúde e Bem-estar Social	Jorge Alberto Duarte Grill
1997	Decreto n.º 2075	“Estabelece datas para a realização da III Jornada de Saúde Mental Comunitária”	Secretaria de Saúde e Bem-estar Social	Dari Pagel
1999	Decreto n.º 2266	“Cria o Encontro Anual de Saúde Mental”	Secretaria de Saúde e Bem-estar Social	Dari Pagel

Fonte: A autora (2022).

Portanto, a ausência de documentos com registros da construção histórica da Política da Saúde Mental, de antemão demonstrou a fragilidade nos processos de gestão e trato de documentos históricos sobre suas conquistas. Isto também é reflexo das demais instâncias governamentais que subsidiam os municípios no direcionamento das ações, pois “Os homens fazem a sua própria história; contudo, não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles quem escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas assim como se encontram” (MARX, 2011, p. 25). Cuidar da história é cuidar da memória para continuar resistindo e não retroceder, mas para isto acontecer precisamos

conhecer a história que ocorre “[...] a primeira vez como tragédia, a segunda como farsa” (MARX, 2011, p. 25), seja nos fatos, personagens e/ou documentos.

Na definição dos documentos, o pesquisador não deve se deter apenas ao conteúdo, mas levar em consideração o contexto e a conseqüente utilidade e função de tais documentos, visto que eles são os meios para compreender uma determinada história e/ou um processo. A escolha do tema significa definir o universo que será analisado, e os documentos a serem escolhidos dependerão do problema de pesquisa. Portanto, a escolha não é aleatória, mas ocorre pré-determinada pelos objetivos e apoio teórico (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015). Diante do exposto, utilizamos como principal descritor de busca São Lourenço do Sul, visto que a pesquisa se trata de um Estudo de Caso relacionado ao município.

O processo de aproximação com a temática em 2021 contou com pesquisa no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, Revista Serviço Social e Sociedade, e pesquisa no Portal das Legislações do município de São Lourenço do Sul relacionada à Política de Saúde Mental, sendo esta última com o intuito de localizar legislações e decretos relacionados com a Política de Saúde Mental do município. Dos 100 registros localizados, 12 tratam de temas correlatos.

Para não tornarmos turvas as águas desta navegação, é fundamental conceituarmos a revisão bibliográfica que oferece sustentação teórica para nossa pesquisa,

[...] levantamento das fontes teóricas (relatórios de pesquisa, livros, artigos científicos, monografias, dissertações e teses), com o objetivo de elaborar a contextualização da pesquisa e seu embasamento teórico, o qual fará parte do referencial da pesquisa na forma de uma revisão bibliográfica (ou da literatura), buscando identificar o “estado da arte” ou o alcance dessas fontes. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 131)

Portanto, uma das primeiras etapas da pesquisa foi a revisão bibliográfica, pois “Toda pesquisa, qualquer que seja seu delineamento ou classificação em termos metodológicos, deverá ter a revisão bibliográfica” (GARCIA, 2016, p. 292). Esta revisão foi realizada nos portais de teses e dissertações da CAPES e da PUCRS, no portal OMINIS<sup>4</sup> da PUCRS, que abrange 225 bases de dados nacionais e internacionais, e na revista Scielo e Serviço Social e Sociedade.<sup>5</sup> O que diferencia a revisão da pesquisa bibliográfica é que esta não apenas descreve o levantamento realizado, mas problematiza e apresenta contribuições com o objeto de estudo. Elaboramos uma sistematização de nossa pesquisa bibliográfica, esquematizada no Quadro 2:

---

<sup>4</sup>Ferramenta de busca da biblioteca central Irmão José Otão (PUCRS). Disponível em: <https://bit.ly/3DMc3eH>.

<sup>5</sup>Selecionamos esta revista por ser um espaço com discussões relacionadas ao Serviço Social, Ciências Humanas e Sociais, políticas públicas e de temas da realidade brasileira e internacional.

**Quadro 2- Sistematização Pesquisa Bibliográfica**

<b>Ano</b>	<b>Local e Base de Dados CAPES</b>	<b>Autoria</b>	<b>Área do conhecimento</b>	<b>Tipo de trabalho</b>
1996	USP/Anterior a plataforma	Christine Wetzel	Enfermagem	Dissertação
2002	OMINIS PUCRS (RS/SCOPUS)	Alice Hirdes Luciane Prado Kantorski	Enfermagem	Artigo
2009	OMINIS PUCRS RS/ (Textos e Contextos)	Valquíria Bielemann Luciane Prado Kantorski Luana Ribeiro Borges Fabieli Gopinger Chiavagatti Janaina Quinzen Willrich Afra Suelene de Souza Rita Maria Heck	Enfermagem	Artigo
2009	Revista Serviço Social e Sociedade (RS)	Luciane Prado Kantorski André Luís de Quevedo Ariane da Cruz Guedes Valquíria Bielemamm	Revista mineira de enfermagem	Artigo
2012	OMINIS PUCRS (RS/Revista cuidado é fundamental)	Cláudio Tosi Cavada Valéria Coimbra Luciane Prado Kantorski Michele Oliveira Leandro Pinho Ariane da Cruz Guedes	Enfermagem	Artigo
2012	OMINIS PUCRS (RS/Revista cuidado é fundamental)	Luciane Prado Kantorski Cláudio Tosi Cavada Leandro Pinho Ariane Guedes Valéria Coimbra Michele de Oliveira	Enfermagem	Artigo
2013	UFRGS	Lilian Zielke Hesler	Enfermagem	Dissertação
2013	UFRGS	Vilma constância Fioravante dos Santos	Enfermagem	Dissertação
2015	UCPEL	Gabriela Lobato de Souza	Política Social e Direitos Humanos	Dissertação
2015	UFPEL	Martha Lettnin Haertel	Enfermagem	Tese
2016	Revista Gaúcha de Enfermagem	Cristiane Kenes Nunes Luciane Prado Kantorski Valéria Cristina Christello Coimbra	Enfermagem	Artigo
2017	UFPEL	Naiana Alves Oliveira	Enfermagem	Dissertação
2017	UFPEL	Clarissa de Souza Cardoso	Enfermagem	Dissertação
2018	UFPEL	Diego Elias Rodrigues dos Santos	Enfermagem	Dissertação
2018	FURG	Marcelli Evans Telles dos Santos	Ciências da saúde	Tese
2019	UFPEL	Daiane de Aquino Demarco	Enfermagem	Tese
2019	UFRGS	Elitiele Ortiz dos Santos	Enfermagem	Tese
2020	UFPEL	Andreia Simone Ferreira Bretanha	Enfermagem	Tese

Fonte: A autora (2022).

Conforme a revisão e pesquisa bibliográfica realizadas, salientamos que utilizamos como descritores de busca: “São Lourenço do Sul”, “Luta Antimanicomial”, “Reforma

Psiquiátrica” e “Saúde Mental”. Por conseguinte, no portal de teses e dissertações da CAPES, dos 193 trabalhos localizados entre os anos de 1996 e 2021, apenas 12 mencionam São Lourenço do Sul, sendo 11 do RS e 10 da área da enfermagem. Destes trabalhos, não localizamos a dissertação de Wetzel (1996), pois é anterior à plataforma sucupira. Posteriormente, o trabalho foi localizado no repositório digital da UFRGS com data de 1995, mas mantivemos a data oficial da CAPES (1996). Em relação ao portal OMINIS, dos 16 artigos localizados, 4 mencionam São Lourenço do Sul, sendo todos da enfermagem e do RS. Na Revista Serviço Social e Sociedade, dos 408 trabalhos localizados, somente 2 mencionam São Lourenço do Sul, ambos do RS e da enfermagem. Por último, pesquisamos no portal de teses e dissertações da PUCRS e, dos 12 trabalhos localizados, nenhum menciona São Lourenço do Sul. Portanto, dos 629 trabalhos localizados selecionamos 18 trabalhos que mencionam São Lourenço do Sul, o que corresponde 2,96% das produções científicas.

Enfatizamos a escassa produção do Serviço Social sobre a temática da saúde mental. A categoria, mesmo com o processo de reconceituação e linha de estudo baseada no materialismo histórico dialético, olvida e silencia as inúmeras expressões da Questão Social a partir da saúde mental quando deixa de discutir o assunto. Portanto, o Serviço Social não aborda o tema da saúde mental no contexto brasileiro como deveria.

Diante do exposto, reiteramos a importância desta pesquisa para preservar a história da Política de Saúde Mental e da vanguarda do município de São Lourenço do Sul na RP, pois, embora conhecida, registramos a escassa produção do conhecimento, em especial no Serviço Social. Conforme apontado na revisão bibliográfica, o município só aparece em uma produção fora do RS, sendo as onze produções subsequentes oriundas de outros estados. Cabe ressaltar que a pesquisa documental histórica se destaca ao contribuir com o questionamento dos padrões e a consequente desmitificação ao romper com as suas solidificações (LEMOS *et al.*, 2015). Daí a importância deste tipo de pesquisa neste estudo.

Quanto ao tipo de amostragem, optamos pela **não probabilística intencional**, na qual o pesquisador se interessa pelas ações e intenções de determinados sujeitos, ou seja, a pesquisa não se dirige às massas, mas a líderes e representações que expressam sua opinião a partir de determinada realidade a ser pesquisada (MARCONI; LAKATOS, 2002). Ressaltamos que nesse estudo a amostra foi constituída por usuárias, familiares trabalhadores e gestores da Política de Saúde Mental de São Lourenço que se envolveram na criação e consolidação da política desde o início e em consonância com a RP.

Para a coleta destes depoimentos, utilizamos a **Entrevista semiestruturada** com uso de um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões relativas às

conjunturas momentâneas à entrevista, suscitando informações mais espontâneas, sendo que as respostas não estão subordinadas a um parâmetro de alternativas (MANZINI, 1991). Os roteiros das entrevistas aos gestores/trabalhadores (APÊNDICE B) e usuários/familiares (APÊNDICE C) foram constituídos por questões abertas e fechadas enunciadas como perguntas, de forma organizada e sistemática. A escolha por este tipo de entrevista fundamenta-se por utilizar,

[...] de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Portanto, este tipo de entrevista foi a mais adequada para nosso estudo, proporcionando proximidade entre entrevistador e entrevistado, sendo este último o participante fundamental para elaboração do conteúdo da pesquisa. A correlação dos resultados empíricos com o embasamento teórico respondeu aos questionamentos do estudo, corroborando com novas problematizações e possibilidades de transformação da realidade. Isto posto, e considerando a importância dos participantes entrevistados, que são atores no processo histórico de implantação da Política de Saúde Mental no município de São Lourenço do Sul (trabalhadores, profissionais e gestores, atuais e da época), pretendemos ao longo desta dissertação identificá-los junto aos seus depoimentos.

As entrevistas semiestruturadas, foram realizadas com participantes que vivenciaram a implantação da política no município. Não sendo condição para participação o usuário e familiar comporem o mesmo núcleo familiar, tais participantes são protagonistas na construção da Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul.

Considerando a flexibilização das medidas sanitárias em relação à pandemia, as entrevistas ocorreram também de maneira presencial. O que possibilitou a utilização da técnica de pesquisa descrita enquanto observação assistemática ou espontânea que registra os acontecimentos da realidade, onde o pesquisador não utiliza técnicas ou questionamentos diretos, mas se utiliza da observação para adquirir conhecimento através de uma experiência casual. Portanto, a observação foi contemplada no decorrer da coleta dos depoimentos através das entrevistas (MARCONI; LAKATOS, 2002).

### 1.1.1 Caracterização dos Sujeitos Participantes da Pesquisa

Diante da relevância histórica de São Lourenço do Sul no cuidado em liberdade, foi imprescindível adotar o Estudo de Caso como metodologia de pesquisa, para que pudéssemos analisar exaustivamente as entranhas do real sob as premissas da RP no município. Como já referido, os participantes do estudo são partícipes na construção da Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul. Salientamos que foi realizada a identificação somente de gestores e profissionais, com anuência por escrito, e aos usuários e familiares foi garantido o sigilo e o anonimato. Tais participantes foram fundamentais para o adensamento do conteúdo através da História Oral,<sup>6</sup> que se transformou em nosso método de pesquisa e fonte documental, utilizando por objeto a memória.

Com a compreensão sobre formação da memória histórica, podemos entender a vinculação feita pelos sujeitos entre passado e presente. A História Oral trouxe uma nova noção sobre a fonte histórica, criando seus próprios documentos através das entrevistas. Portanto, o registro oral é a fonte documental construída pelo pesquisador, tendo como fio condutor a memória do entrevistado (SILVA; SILVA, 2009). A história oral não é uma disciplina, mas um conjunto de técnicas utilizadas na coleção e no preparo de memórias para que elas sirvam de fonte primária. Além disso, a história oral completa as fontes escritas, que na maioria das vezes possuem lacunas. Esta metodologia volta-se “[...] para a recuperação da trajetória dos grupos excluídos, cujas fontes são especialmente precárias” (FERREIRA, 1998, p. 9).

O lócus da pesquisa é o município de São Lourenço do Sul e a amostra são dois gestores, quatro profissionais, dois familiares e duas usuárias que acompanharam a implantação da Política de Saúde mental em diferentes épocas.

Em relação aos critérios de inclusão:

1. Gestora – estar no cargo de gestão durante a implantação da Política de Saúde Mental do município de São Lourenço do Sul.

---

<sup>6</sup>“A História Oral no Brasil, apesar do pioneirismo da Fundação Getúlio Vargas – RJ, que já realizava projetos na área na década de 1970, apenas com o fim do governo militar começou a se desenvolver livremente. O interesse que o método oral tinha até então, como registro de evidência, começou a dar lugar à pesquisa com histórias de vida de pessoas comuns. Por isso, devemos atentar para as diferenças existentes entre a História Oral e o método de registro oral. Este último é mais antigo, está na base do surgimento da disciplina, mas restringe-se a gravar, registrar e reproduzir depoimentos sobre determinado tema, em geral com finalidade política. A História Oral, por outro lado, é uma disciplina que ultrapassa o registro de depoimentos e se volta para a reflexão teórica e metodológica em torno da construção do conhecimento” (SILVA; SILVA; 2009, p. 187).



2. Gestora – atual da Política de Saúde Mental do município de São Lourenço do Sul.
3. Usuário – que esteja vinculado à rede de saúde mental no momento da execução da pesquisa e que tenha acompanhado a implantação da Política de Saúde Mental no município em condições cognitivas e emocionais de prestar informações.
4. Familiar e ou cuidador de usuário – que tenha vivenciado a implantação da política no município no município de São Lourenço do Sul.

E os critérios de exclusão:

1. Gestora – Não ter sido gestora durante a implantação da Política de Saúde Mental do município de São Lourenço do Sul.
2. Gestora – Não ser gestora atual da Política de Saúde Mental do município de São Lourenço do Sul.
3. Usuário – Não estar vinculado à rede de saúde mental e não ter sido vinculado à Política de Saúde Mental no município de São Lourenço do Sul.
4. Familiar e ou cuidador de usuário – Não ter participado em nenhum momento da implantação da política no município no município de São Lourenço do Sul

**Quadro 3** – Profissionais e Gestores/Gestoras Participantes da Pesquisa (autorizaram que seus nomes fossem citados no estudo)

Trabalhadores e Gestores			
Nome	Profissão	Cargo	Data vinculação saúde mental
Flávio Resmini	Médico	Coordenador saúde mental/médico psiquiatra Santa Casa	1988
Adriane Huber Martins	Nutricionista	Secretária da Secretaria Municipal de Saúde	2017
PSM	-----	-----	1988
Graziela Vasques	Psicóloga	Sem vínculo atual	2010
Elsa Timm	Psicóloga	Sem vínculo atual	1988
Arita Bergmann	Assistente Social	Secretária Estadual de Saúde-RS	1988

Fonte: A autora (2022).

**Quadro 4** – Usuárias e Familiares Participantes da Pesquisa – (identificadas por termos eleitos por elas preservando seu anonimato)

Usuários e Familiares				
Nome	Interditada/ Curador	Parentesco	Principal cuidador	Data vinculação saúde mental
Amiga	não	usuária	-----	1992
Vinte e Três	não	Mãe da amiga	sim	1992
LM	sim	Usuária	-----	1991
LF	Curadora	Filha usuária L	sim	2000

Fonte: A autora (2022).

### 1.1.2 Aspectos Éticos

Em consonância com os objetivos da pesquisa em identificar os participantes, um dos aspectos éticos foi a autorização deles mediante a concordância através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. Ainda de acordo com o Código de Ética,<sup>7</sup> que regulamenta o exercício do Serviço Social e as normas regulamentadoras de pesquisas do Ministério da Saúde envolvendo seres humanos,<sup>8</sup> foi elaborado um TCLE (APÊNDICE D) direcionado aos cinco gestores e trabalhadores, que autorizaram a identificação dos nomes e dados tanto no projeto como nas publicações posteriores. Apenas uma participante não autorizou a sua identificação, nesse caso sendo utilizado o TCLE conforme APÊNDICE E. Aos usuários e familiares também foi garantido o anonimato e a desidentificação dos seus dados e nomes, utilizando-se o TCLE (APÊNDICE F).

A decisão das entrevistas serem presenciais ou não também considerou a opinião dos participantes e somente uma não foi realizada de forma presencial, por opção da participante. Considerando a retomada das atividades presenciais, foram adotadas medidas de prevenção ao COVID-19 como distanciamento, uso de álcool em gel e máscara. O local e horário foram definidos pelos entrevistados, sendo um gestor e dois profissionais entrevistados nos seus locais de trabalho, duas profissionais nas suas residências, uma usuária entrevistada em um serviço da rede de saúde mental e as outras duas familiares e usuárias entrevistadas em suas residências. Uma das participantes, que é secretária estadual de saúde, autorizou a entrevista no mês de fevereiro, mas em virtude de sua agenda, só conseguimos realizá-la em agosto de forma remota. As entrevistas iniciaram em novembro de 2021 e foram concluídas em agosto de 2022.

O convite para participar da pesquisa foi realizado via e-mail aos gestores e trabalhadores, e aos usuários e familiares, cujos contatos e endereços foram disponibilizados pelos profissionais da saúde, foi realizado pessoalmente e por telefone. Durante as entrevistas, o TCLE foi lido e disponibilizado em duas vias, um para o participante e outro para a pesquisadora. A usuária, que optou ser chamada pelo código L, teve o termo assinado pela sua tutora, que também participou deste estudo. Salientamos que, além do Código de Ética/1993 e da resolução 466/2012, esta pesquisa também levou em consideração a Lei Geral de Proteção

---

<sup>7</sup>O Código de Ética, em seu artigo 5º, cita como um dos deveres dos/as assistentes sociais, no que se refere às relações com os/as usuários/as (entendendo como usuários/as, nesse caso, os sujeitos pesquisados), “[...] devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/às usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses” (BRASIL, [1993], 2012).

<sup>8</sup>Apresentado pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, traz as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

de Dados Pessoais (LGPD) - Lei nº 13.709/2018. A LGPD entrou em vigor no dia 18 de setembro de 2020, objetivando normatizar o tratamento de dados pessoais no Brasil.

Esta dissertação foi cadastrada enquanto projeto de pesquisa em agosto de 2021 no Sistema de Pesquisa da PUCRS – SIPESQ (ANEXO A) e aprovada no mesmo mês pela Comissão Científica da Escola de Humanidades. Na sequência, foi cadastrada na Plataforma Brasil e apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da PUCRS (ANEXO B), sendo o número do parecer 4.952.283 emitido em setembro de 2021. O processo de aprovação da pesquisa foi célere e sem ressalvas, pois conforme as considerações do Comitê de Ética, o projeto estava detalhado e com metodologia bem definida.

### 1.1.3 Caminhos para análise

Para contemplar o objeto de estudo, foi utilizada a análise de conteúdo com enfoque na **técnica de análise categorial temática**, que descreve e interpreta o conteúdo de toda classe de documentos ou textos (MORAES, 1999). Sobre a análise de conteúdo, Moraes a define como:

[...] um conjunto de técnicas e instrumentos empregados na fase de análise e interpretação dos dados de uma pesquisa, aplicando-se, de modo especial, ao exame de documentos escritos, discursos, dados de comunicação e semelhantes, com a finalidade de uma leitura crítica e aprofundada, levando a descrição e interpretação destes materiais, assim como a interferência sobre suas condições de produção e percepção. (MORAES, 1994, p. 104)

A análise possui como fundamento teórico o materialismo histórico-dialético, utilizando como recurso metodológico a pesquisa bibliográfica e documental, cujo *corpus* e/ou unidade de análise<sup>9</sup> corresponde aos documentos, entrevistas e reportagens. No decorrer do processo buscamos organizar a análise conforme Moraes (1999), através da constituição de cinco etapas: preparação das informações que serão analisadas; unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; categorização ou classificação das unidades em categoria; descrição; e, por conseguinte a interpretação a luz da teoria que adensa o processo de análise e pesquisa.

**Preparação:** processo iniciado em janeiro de 2022, quando foram solicitados à gestão da Secretaria Municipal de Saúde municipal, relatórios de gestão, planos municipais e projetos técnicos de 1990 até o período atual. Ao Conselho Municipal de Saúde-CMS foram

---

<sup>9</sup>“[...] devem representar conjuntos de informações que tenham um significado completo em si mesmas[...] podem ser tanto palavras, frases, temas ou mesmo documentos em sua forma integral” (MORAES, 1999, p. 16-17).

solicitados os relatórios das conferências municipais referentes ao mesmo período. A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou os documentos físicos em abril de 2022.

**Figura 3 – Preparação da Pesquisa Documental**



Fonte: A autora (2022).

Os documentos mencionados acima foram disponibilizados quando a Secretaria Municipal de Saúde mudou de prédio. As caixas estavam armazenadas em um corredor e posteriormente foram reservadas em uma sala, pois a gestão tinha conhecimento da nossa pesquisa. Neste sentido, reiteramos o interesse e apoio da gestão em dar condições para realizarmos a investigação. Foram duas tardes reservadas para a seleção dos documentos que seriam pertinentes e posteriormente foram retirados 93 documentos, reportagens, ofícios, atas, livros, trabalhos de conclusão de residência, relatórios de gestão, relatório de conferência, revistas, planos, projetos e justificativas de contratos. Todos, mediante comprovante de recebimento (APÊNDICE G). Ressaltamos que este comprovante de recebimento foi utilizado tanto para a gestão da secretaria municipal, quanto para o CMS (APÊNDICE H) o qual nos disponibilizou os relatórios em abril de 2022. Durante o processo de preparação, foram selecionados e analisados 55 documentos. Destes, foram pré-selecionados 40, conforme segue,

**Quadro 5 – Documentos Analisados Pesquisa Documental**

Ano	Tipo documento
1991	Plano Municipal de Saúde
1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002	Relatório de Gestão Municipal de Saúde 2001 – 1º, 2º e 3º quadrimestre 2002 – 1º e 2º quadrimestre
2002/2005	Plano Plurianual
2004	Projeto Terapêutico Centro de Atenção Psicossocial Infância e adolescência-CAPS i I

(Continua...)

(Continuação)

2007	Projeto de Implantação do Centro Integrado de Oficinas de Reabilitação Laboral de Saúde Mental de São Lourenço do Sul
2009	Plano Municipal de Saúde 2010-2013
2011	Projeto de “Recuperando o Futuro”
2013	Anexo 1 – Plano Plurianual 2014-2017
2014	Ata reunião com a rede de apoio a saúde, Plano Municipal de Saúde 2014-2017
2016	Relatório de Gestão Municipal, Ata reunião interações compulsórias 2016
2017	Relatório de Gestão – 1º, 2º e 3º quadrimestre, Projeto de “Mãe me quer”, Projeto de Encontro Estadual de Assistência Pré-Hospitalar à Saúde Mental, metas e plano (PPA) 2018-2021
2018	Relatório de Gestão 1º e 2º quadrimestre, Programação Anual de Saúde, Lei de Diretrizes Orçamentárias - anexo III metas e prioridades, Plano Municipal de Saúde 2018-2021
2019	Relatório de Gestão-1º, 2º e 3º quadrimestre
2020	Plano de Intervenção em Atenção Psicossocial “escutadores” ação de escuta e cuidado aos profissionais em São Lourenço do Sul, relatório de produção e metas RAPS, Relatório de Gestão -2º quadrimestre de 2020
2021	Relatório de Gestão 1º, 2º e 3º quadrimestre

Fonte: A autora (2022).

Dos 40 documentos analisados e selecionados, alguns serão utilizados na análise e interpretação ao longo da dissertação, complementando a análise de conteúdo a partir das entrevistas. Utilizamos documentos que respondem às questões norteadoras e aspectos da análise respeitando a síntese necessária exigida para a dissertação. Portanto, não serão utilizados integralmente os 40 documentos, que posteriormente poderão compor publicações resultantes da pesquisa. Também analisamos 10 relatórios disponibilizados pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme quadro a seguir,

**Quadro 6 – Relatórios Analisados Conferências Municipais**

<b>Ano</b>	<b>Tipo de Conferência</b>
30 de junho 2000	III Conferência Municipal de Saúde “Sistema Público de Saúde”
25 de setembro 2003	Relatório 4ª Conferência Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul “Saúde que temos e o SUS que queremos”
2007 (não menciona dia e mês)	5ª Conferência Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul “organização do SUS para qualidade da atenção”
10 de abril 2010	Relatório final das propostas - 1ª Conferência Regional de SM
24 e 25 de julho 2011	VI Conferência Municipal de São Lourenço do Sul “Todos usam o SUS! acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”
16 e 17 de maio de 2014	VII Conferência Municipal de Saúde
2015 (não menciona dia e mês)	VIII Conferência Municipal de São Lourenço do Sul
05 de maio de 2019	IX Conferência Municipal de Saúde
16 de julho de 2021	X Conferência Municipal de Saúde (modalidade virtual)
11 março 2021	Relatório Final com lista de presença da 2ª Conferência Municipal virtual de Saúde Mental de São Lourenço

Fonte: A autora (2022).

O relatório do ano 2000 foi localizado durante a preparação dos documentos em nossas primeiras unidades de análise, sendo também utilizado na análise documental. A gestão municipal posteriormente nos procurou para entregar mais documentos: relatórios de gestão dos anos 1997, 1998 e 1999; e outros relatórios dos anos 2000, 2001, 2002, 2021 e

2022, novamente reiterando que a nossa pesquisa reverberou na gestão e equipe o interesse e cuidado com os documentos históricos. Consideramos que “os documentos a serem incluídos devem ser representativos e pertinentes aos objetivos de análise” (MORAES, 1999, p. 15). As entrevistas, enquanto segunda unidade de análise, juntamente com os documentos, correspondem ao período de 1991-2022.

**Unitarização:** processo de reler o material e definir as unidades de análise, sendo elas as expressões agrupadas que representam o processo de unitarização, apresentado no Quadro 7. Primeiramente foi realizada a transcrição das entrevistas, na sequência realizamos leitura flutuante destacando os pontos principais de acordo com os objetivos e questões norteadoras, selecionando as expressões relacionadas ao objetivo desse trabalho. Contudo é oportuno destacar que, embora a intencionalidade de análise vislumbre capturar com maior amplitude o conhecimento de determinada realidade, algumas informações se perdem no processo. Pois, “[...] no processo de fragmentação de um texto necessariamente se perde parte da informação do material analisado. A leitura feita representará sempre a perspectiva do pesquisador” (MORAES, 1999, p. 17). A “[...] visão de conjunto – ressalve-se – é sempre provisória e nunca pode pretender esgotar a realidade a que ele se refere [...] Há sempre algo que escapa às nossas sínteses; isso, porém, não nos dispensa do esforço de elaborar sínteses, se quisermos entender melhor a nossa realidade” (KONDER, 2008, p. 36).

**Categorização:** processo de agrupar os dados de acordo com as suas semelhanças. Portanto, obedecendo ao conjunto de critérios, optamos por categorias válidas, exaustivas e homogêneas, exclusivas, objetivas e consistentes. Considerando que os dados não falam por si, mas precisam ser interpretados conforme o processo de análise que será apresentado na sequência dos capítulos (MORAES, 1999). A etapa da categorização teve início a partir de 437 expressões selecionadas na unitarização que correspondem diretamente ao tema. Foram agrupadas por semelhança 51 categorias iniciais que indicam 7 intermediárias e destas 4 finais que abrangem as anteriores. O processo de categorização das unidades de análise a partir das entrevistas pode ser visto no quadro a seguir:

*Quadro 7 – Distribuição Categorias de Análise*

Iniciais	Intermediárias	Finais
gestão, RAPS, mobilização, desconstrução, memória, pertencimento, saúde mental, visibilidade, conhecimento, desresponsabilização, protagonismo	História, Memória	Política de Saúde Mental
cuidado, preconceito dignidade, ressocialização, hospital, psiquiatria, trabalhadores, parceiros, mobilização, busca ativa participação, medicalização, internação, diagnostico, preconceito	Luta antimanicomial, Humanização,	Reforma Psiquiátrica

(*Continua...*)

*(Continuação)*

periculosidade, hospital psiquiátrico, culpabilização, família, instituição, Socialização, desmobilização, retrocesso, criminalização, precarização, tortura, repressão, controle, medicalização, manicômio, saúde mental, adoecimento	Medicalização, tortura	Violência institucional
Terceirização, precarização, rotatividade, produtividade, controle, busca ativa	Gestão do Trabalho	Trabalho

Fonte: A autora (2022).

**Descrição:** depois de definidas as categorias e identificado o material, o resultado do trabalho é comunicado. Contudo, ainda não “será o momento interpretativo, embora possa haver descrições cada vez mais abrangentes” (MORAES, 1999, p. 24). Nesta etapa é elaborado um texto síntese que demonstra o significado presente nas unidades de análise.

**Interpretação:** neste momento a análise é exercida com maior profundidade e esforço de interpretação “não só sobre conteúdos manifestos [...] como também sobre os latentes, sejam eles ocultados consciente ou inconscientemente” (MORAES, 1999, p. 25). Portanto, esta etapa vai além da descrição e busca a compreensão aprofundada dos conteúdos das mensagens a partir da inferência e interpretação desenvolvidas durante a análise das entrevistas e documentos ao longo desta dissertação.

Após esse contato inicial, para o atendimento dos objetivos e questões norteadoras, a dissertação foi dividida em cinco capítulos, incluindo a introdução. Nossa proposta não reserva um capítulo para os achados da pesquisa, pois eles a atravessam em sua totalidade.

No Capítulo 2 abordamos o lócus de pesquisa suas características, diversidades e o protagonismo histórico da Política de Saúde Mental, que estruturou o primeiro serviço substitutivo municipal em saúde mental criado no Brasil. No Capítulo 3, contextualizamos a Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial, dois divisores de águas no trato com a loucura e os rumos do cuidado, da alienação a cidadania.

O Capítulo 4 trata da violência institucional na saúde mental e, além da análise das entrevistas, abrange análise documental. No Capítulo 5 levantamos um debate centralizado na categoria trabalho e sua precarização na política de saúde. A proposta é utilizar parte significativa dos depoimentos que, articulados com a teoria, possibilitam o desenvolvimento da análise para elaboração desta dissertação.

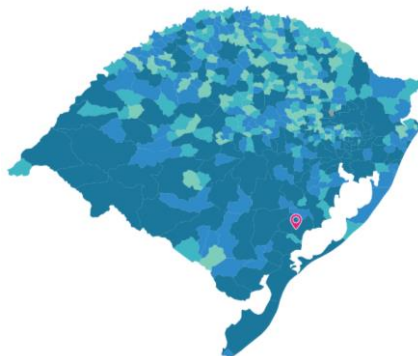
Ao final, apresentamos à guisa das conclusões baseadas na travessia teórica, análise e interpretação dos dados empíricos, as quais contribuem na elaboração de sínteses que auxiliem a política de saúde mental (sua história, memórias e resistências) por uma sociedade livre de exploração, opressão e violência.

## 2 SÃO LOURENÇO DO SUL: NA LUTA PELA LÓGICA DO CUIDADO E DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE

*Então, não é um poder "dado" e sim um poder construído no decorrer de anos de luta pela democratização, em todas as instâncias, no Brasil (WETZEL, 1996)*

O município de São Lourenço do Sul, situado no Rio Grande Sul, está localizado próximo ao extremo sul do Brasil, distante 198km da cidade de Porto Alegre, a capital do estado. É conhecido popularmente como a “terra de todas as paisagens” ou “pérola da lagoa” devido a beleza da praia de água doce da lagoa dos patos.<sup>10</sup> A cidade possui 5 km de orla, composta pelas praias da Barrinha, Ondinas, Nereidas e Camping, sendo destino de muitos turistas em especial no verão. Com estimativa de 43.501 habitantes, os munícipes que ali nascem são chamados de lourencianos e se orgulham da calma desta terra de águas doces.

**Figura 4** – Localização do Município de São Lourenço do Sul/RS



Fonte: IBGE (2010).

A origem do Município nos remete ao século XVIII, momento em que a coroa portuguesa distribuiu terras nas margens da Lagoa dos Patos aos militares que se destacavam na guerra contra os espanhóis. No ano de 1807, a capela da Nossa Senhora da Conceição foi construída pelos moradores da Fazenda Boqueirão, sendo que ao redor dela constitui-se um povoado que é berço do município (IGBE; SÃO LOURENÇO DO SUL, 2010).

No Plano Municipal de Saúde de 1991<sup>11</sup> a colonização do município é descrita como basicamente alemã e portuguesa. O documento menciona que não existiam registros de índios

<sup>10</sup>É a maior laguna da América do Sul, com 265 quilômetros de comprimento, 60 quilômetros de largura (na sua quota máxima), 7 metros de profundidade, e uma superfície de 10.144 km<sup>2</sup>. Estende-se na direção norte-nordeste-sul-sudoeste paralelamente ao Oceano Atlântico, do qual é separada por uma península (Wikipédia, 2022)

<sup>11</sup>Os documentos da época utilizados na pesquisa documental serão referenciados através de abreviação da Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social (SMSBES) e os documentos atuais enquanto Secretaria Municipal de Saúde (SMS).



na região, ainda que a localização seja dentro da Serra dos Tapes, a qual tem sua origem baseada na grande quantidade de índios que foi encontrada pelos primeiros exploradores (SMSBES, 1991). A afirmação do documento é contestada no volume I do livro de Edilberto Luiz Hammes sobre a “Radiografia de Um Município – Das Origens ao Ano 2000”. O autor afirma que os indígenas foram os primeiros habitantes<sup>12</sup> em São Lourenço do Sul, e mesmo não se tendo provas concretas da sua existência, vestígios foram encontrados na colônia, como pontas de flechas, recipientes de barro e cerâmica. Tais objetos acabavam sendo descartados por desaviso e desconhecimento (HAMMES, 2010).

Os registros históricos nos demonstram que a gênese dos núcleos habitacionais possui diferentes origens. Em Campos Quevedos, indivíduos de origem espanhola vindos de São Paulo situaram-se em pequenas propriedades. Alguns peões e escravos alforriados se instalaram no Boqueirão, originando a primeira divisão de latifúndio através das localidades com uma tímida exploração econômica (SMSBES, 2000). Poucos documentos ou produções mencionam outras etnias para além do pomerano.

Em 1857 o coronel José Antônio de Oliveira Guimarães recebeu terras pelo seu destaque na guerra contra os espanhóis e então se dedicou à pecuária. Ele também presenteou áreas para a colonização, e posteriormente firmou contrato com Jacob Rheingantz para que ele trouxesse imigrantes europeus para compor a mão de obra no cultivo das terras. Dito isso, os primeiros 88 imigrantes advindos da Alemanha em 1858 eram, em sua maioria, da Pomerânia. Além da pecuária, São Lourenço também contava com a agricultura e os com os benefícios hidrográficos. O Município foi o maior produtor de batatas inglesas da América Latina no século XIX, sendo que o porto onde a produção era escoada se destacou por ser o maior de navios veleiros no Brasil, com exportações para Montevidéu e a capital brasileira na época, Rio de Janeiro (SÃO LOURENÇO DO SUL, [2022?]).

A terra de todas as paisagens também vivenciou muitas batalhas no século XIX, em decorrência da Revolução Farroupilha. A Fazenda do Sobrado, na costa do Arroio São Lourenço e próxima à Lagoa dos Patos, foi refúgio de Giuseppe Garibaldi, servindo também como quartel-general por Bento Gonçalves durante os combates contra o Exército Imperial. Esta fazenda ainda existe e é utilizada para eventos e demais ações turísticas no município. (SÃO LOURENÇO DO SUL, [2022?]).

A economia local ainda se mantém com o campo e os benefícios hidrográficos. O campo corresponde a 60% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo destaque o cultivo de fumo,

---

<sup>12</sup>Os primeiros brancos portugueses chegaram em 1763, e os pomeranos 1858 (HAMMES, 2010).

além do milho, arroz e soja. Também conta com pecuária de corte e de leite, e outras culturas através dos agricultores familiares e a expoente produção orgânica. O segundo maior subsídio do PIB se origina da indústria, do comércio e dos serviços. Sendo que o turismo, complementa a economia. Os mananciais também são fontes de renda para pescadores juntamente com a produção de embarcações nos estaleiros às margens do Arroio São Lourenço (SÃO LOURENÇO DO SUL, [2022?]).

Os elementos até aqui apresentados demonstram a riqueza da diversidade histórica, geográfica, étnica, cultural, social e econômica do nosso cenário de estudo, que foi campo de muitas ações e protagonismos. O que exige um olhar cuidadoso com o histórico do povo lourenciano e dos “estrangeiros” que, assim como nós, fizeram deste lugar a sua casa.

## 2.1 Uma história e muitas memórias: a Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul

*“Esse CAPS foi eleito uma vez o melhor CAPS do Rio Grande do Sul”  
EM<sup>13</sup>*

Iniciamos este item mencionando a fala de uma usuária do Centro de Atenção Psicossocial–CAPS Nossa Casa. Depoimento carregado de história, memória e pertencimento com a construção do cuidado em liberdade. O CAPS Nossa Casa é conhecido por ser o primeiro do RS e o segundo do Brasil, história apresentada nas principais bibliografias em saúde mental até então estudadas e publicadas, que iremos aprofundar e resgatar no decorrer deste capítulo.

Através da nossa revisão bibliográfica, identificamos que esta história recebeu destaque, para além do RS, em uma única obra: dissertação de mestrado de Christine Wetzel do ano de 1996 pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP. Feito isto, convidamos aos nossos leitores a conhecerem a história pelas lentes de quem a fez, mas antes precisamos abordar alguns aspectos sobre memória e história.

Em relação à história, podemos significá-la como “[...] uma forma de conhecimento historicamente construída, dotada de critérios próprios para sua elaboração e que tem por fim a explicação e a compreensão dos eventos humanos verificados ao longo do tempo” (GOULART, 2007, p. 201). Portanto, a partir das fontes documentais e da História Oral, não só compreendemos os diferentes contextos, mas resgatamos as memórias e a história da Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul.

---

<sup>13</sup>Usuária entrevistada que escolheu ser identificada pela letra inicial do seu nome.

Podemos destacar que “a história é, em essência, conhecimento por meio de documentos. Desse modo, a narração histórica situa-se para além de todos os documentos, já que nenhum deles pode ser o próprio evento [...]. A história é uma narrativa de eventos” (VEYNE, 1982, p. 18-19). O autor ainda salienta que a história é filha da memória. Portanto, acreditamos que ela só pode se concretizar através da memória, seja através de documentos ou depoimentos que compõem tais registros.

A palavra história é polissêmica e composta de vários significados, mas aqui cabe, além de nos aproximarmos da sua conceituação também, distingui-la da historiografia. Esta, por sua vez, está na maioria das vezes relacionada à história-processo, apresentando as motivações dos diferentes contextos analisados. Dito de outro modo, é a produção do conhecimento histórico que pressupõe a interpretação dos determinantes socioeconômicos, políticos e mentais de uma temática e período específico. Em suma [...] “conhecimento situado na historicidade de seu acontecer, sendo história-processo na dimensão de sua contemporaneidade” (TORRES, 1996, p. 56).

A História representa fatos distantes e a memória age sobre o que foi vivido. Nesse sentido, não seria possível trabalharmos a memória como documento histórico “[...] memória e História são inseparáveis, pois se a História [...] resgata o passado do ponto de vista social, é também um processo que encontra paralelos em cada indivíduo por meio da memória” (SILVA; SILVA, 2009, p. 276). Destarte, são muitas memórias e uma história, pois esta é ligada ao fato e a memória está relacionada à vivência carregada dos diferentes contextos e percepções. Diante desta afirmação, salientamos que não é possível trabalhar a memória pelos documentos. Além disto, memória e história estão entrelaçadas, pois enquanto uma resgata os fatos a outra é reconstruída, quando feito este movimento entre passado e presente.

Salientamos que memória coletiva e memória histórica não são semelhantes, tendo em vista que enquanto existe uma História, existem muitas memórias. Além disto, “[...] nenhum discurso é de autoria exclusiva de seu autor, já que todos os indivíduos fazem parte da mesma memória coletiva” (SILVA; SILVA, 2009, p. 101). A memória coletiva, por sua vez, carrega o que já foi dito, tornando possível a compreensão daquilo que vier a ser dito. Tais significações são compreensíveis porque já existiam anteriormente na memória coletiva. Sendo as expressões não imutáveis, mas passíveis de diferentes sentidos e interpretações de acordo com as diferentes posições ideológicas,

[...] o conhecimento é ideológico, pois o discursante está e faz o processo de certa sociedade, portanto a ideologia expressa concretamente a historicidade de cada indivíduo que recria a história. A ideologia está associada a "qualquer" produção ou meio intelectual que analise um determinado tema ou processo, estabelecendo para

isso um indispensável referencial de pensamento. Decorre desse conceito que toda a historiografia é ideológica! (TORRES, 1996, p. 57)

Deste modo, a memória e história se retroalimentam e reconstróem o conhecimento e a memória coletiva de forma ideológica, carregada de significados e interpretações. Consideramos que “[...] a memória tem liberdade e possibilidades criativas, e é sempre reconstruída. A escrita por sua vez, transforma fundamentalmente a memória coletiva” (SILVA; SILVA, 2009, p. 277). Além de transformar a memória coletiva, objetivamos a transformação da realidade, resgatando as memórias e o histórico da Política de Saúde Mental. Objetivamos cuidar da memória, da história de luta e resistência no cuidado em liberdade “na pérola da lagoa”.

O [...] “trabalho na área da Saúde Mental tem início em São Lourenço do Sul em 1984, sendo que, até então, não era oferecido nenhum serviço específico de atenção ao doente mental no município” (WETZEL, 1996, p. 81). A autora destaca que, antes de 1983, a rede municipal não existia e o atendimento era suprido sob a gerência do estado por dois hospitais conveniados com o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A participante Elsa Timm, que autorizou a identificação do seu nome, mencionou quando questionada sobre a implementação da Política de Saúde Mental no município: *“eu acho que desde que a gente fala na implantação do serviço, eu não conto isto como na inauguração ou o que viria a ser o primeiro CAPS. Eu conto isto, dois anos antes quando começou todo este aquecimento da comunidade”*. Portanto, a comunidade foi a rede de apoio fundamental para estruturação da Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul. Sobre este aquecimento da rede, podemos considerar,

As redes quentes se efetuem na constituição de formas de comunicação que não se fazem de cima para baixo, mas de forma a nos colocar lado a lado, dirimindo hierarquias autoritárias, afirmando o princípio de rede como conectividade, não vislumbrando centralismos. Falamos, portanto, de redes vivas, que incluem diferenças, mas que também possam produzir diferença, de forma a acessar o nível de complexidade que constitui quaisquer interações humanas. Sujeitos, pessoas, indivíduos são sempre composições múltiplas e complexas. (CÉSAR *et al.*, 2014, p. 101)

Diante do exposto, consideramos que a estruturação da rede em São Lourenço do Sul iniciou com uma comunicação horizontal e colaborativa que produziu a diferença no cuidado. Este movimento lado a lado foi reforçado no depoimento de Elsa *“a gente acabou fazendo um chá de utensílios domésticos para gente montar a casa, a gente foi na associação comercial e vendemos a ideia deles alugarem uma casa para nós e a comunidade mobiliou”*. Tal

afirmação demonstra o envolvimento da comunidade neste aquecimento da rede, no cuidado em saúde mental. Processo que partiu do interesse e movimento dos trabalhadores de saúde mental e mobilizou a cidade,

A participação da comunidade não era uma "concessão" feita por governantes democráticos, que viam por bem transferir um poder que era seu para a população. As próprias mudanças que ocorreram nas políticas de um modo geral e nas políticas de saúde em particular exigem que, para que os governantes possam viabilizar as suas propostas, tenham o apoio da comunidade. **Então, não é um poder "dado" e sim um poder construído no decorrer de anos de luta pela democratização, em todas as instâncias, no Brasil.** No caso da saúde mental, a própria proposta de desospitalização exigia que a comunidade assumisse um papel que até então não vinha tendo. (WETZEL, 1996, p. 131, grifo nosso)

O “sistema de saúde mental” foi construído com muita mobilização da comunidade, trabalhadores e gestores. Um cuidado coletivo de vanguarda que não foi simplesmente concedido pelos governantes, sem diálogo e participação da sociedade. Envolveu construção coletiva, composto por familiares, usuários, gestores e trabalhadores, muitas mãos que fizeram história e resistência contra a hospitalização.

O “sistema de saúde mental” era vinculado ao Sistema de Saúde, chamado Centro Comunitário de Saúde Mental (CCSM), composto por modalidades de atendimento em diferentes locais. A denominação “centro” diz respeito à integração existente entre estes trabalhos, e não a denominação de alguma espécie de centralização em termos de instalação do serviço. O CCSM foi conhecido popularmente como “Nossa Casa” sendo o principal serviço disponibilizado, com reuniões de equipe semanais, tendo em média 30 usuários que frequentavam o serviço. Englobava as seguintes modalidades de atendimento: ambulatório de psicologia e psiquiatria, oficinas integradas, unidade de saúde mental, e o Nosso Lar (WETZEL, 1996).

Nossa Lar era uma casa onde residiam os usuários sem familiares de referência. Construído pela Prefeitura Municipal, com sala e cozinha conjugadas, dois quartos e um banheiro, foi local de acolhida para cinco pessoas (três homens e duas mulheres) com idade superior a 60 anos. Nos finais de semana, eles recebiam assistência de uma moradora da comunidade que era remunerada para esta tarefa, sendo que durante a semana permaneciam na Nossa Casa. Wetzel (1996) ainda salienta que o Nosso Lar recebia visitas periódicas da assistente social, o que confirma a atenção dispensada aos usuários na época, além de registrar a importância do Serviço Social na equipe de saúde mental.

É importante destacarmos que este atendimento ambulatorial realizado na Unidade Sanitária e Ambulatorial de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde e Bem-estar Social (SMSBES) antecedeu o Projeto Nossa Casa e foi realizado por psicólogo e psiquiatra. Em

1985 foi realizada a contratação da Psicóloga Elsa Timm Beskow, dando início às atividades em saúde mental. Nesta época, a cidade com aproximadamente 41 mil habitantes tinha como prefeito Rudh Hubner do PDS (Partido Democrático Social) e sua filha, Arita Gilda Hübner Bergmann, Assistente Social e então responsável pela pasta da SMSBES (NUNES, 2005).

Em 1987, o psiquiatra Flávio José Machado Resmini, a enfermeira Naira Wienke e a Assistente Social Nilza Bertoldi participavam das reuniões de elaboração do plano municipal de saúde mental para o município, que integrava o PAIS–Mental (Programa de Assistência Integral à Saúde Mental da SESMA/RS). O plano tinha como objetivo a prevenção e o tratamento extra-hospitalar, contando com a participação da família e da comunidade. Além disto, objetivava a reabilitação e reintegração dos usuários no convívio social em conformidade com as mudanças realizadas pela Reforma Psiquiátrica italiana (NUNES, 2005). Destacamos o caráter inovador da experiência de São Lourenço do Sul que antecedeu a Reforma Psiquiátrica.

A relação integrada mencionada pela autora pode ser também observada na fala de Elsa Timm quando ela menciona,

Porque na época não existia programa saúde da família, não existia nem UBS na zona rural. E a gente tinha um micro-ônibus onde profissionais de diversas áreas dentista, psicóloga, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem né enfim. Íamos a lugares cada quarta-feira lugares distantes da cidade...60..70 quilômetros mais ou menos e ali a gente desenvolvia ações em saúde. E essas ações em saúde eram integradas, se falava por exemplo sobre hipertensão e tudo que poderia ser relevante e este assunto e as assembleias era sempre o serviço social é que reunia essas pessoas, fazia contato com o dono da venda, dono da leitaria que eram as pessoas chaves nessa comunidade. A gente se reunia então embaixo de uma árvore frondosa ou alguma venda que tinha espaço né... nós passávamos o dia nesse lugar de manhã num e de tarde em outro. (TIMM, 2022, n.p.)

O trecho destacado da entrevista remete aos primórdios das ações em saúde mental, que também ocorreram no interior do município, como demonstradas na articulação e mobilização das equipes para o desenvolvimento das ações descentralizadas e territorializadas.

A Profissional de Saúde Mental (PSM) entrevistada<sup>14</sup> fala sobre a escolha do nome do Nossa Casa<sup>15</sup> na época (1988): “[...] o nome do Nossa Casa foi feito um sorteio onde todo mundo colocou um nome pra dar [...]”, demonstrando a participação de todos envolvidos no processo de estruturação da saúde mental no município. E quando falamos em todos, nos

<sup>14</sup>Utilizamos a sigla PSM para garantir o anonimato da participante, que não quis identificada. Ela atualmente é funcionária pública com ingresso via concurso público, ocupando cargo distinto do que exercia na época da estruturação da Política de Saúde Mental de SÃO LOURENÇO DO SUL.

<sup>15</sup> “[...] “Casa do Meio Caminho”, termo com o qual Flávio Resmini certa vez referira-se àquela que viria ser chamada de Nossa Casa [...]” (NUNES, 2005, p. 295).

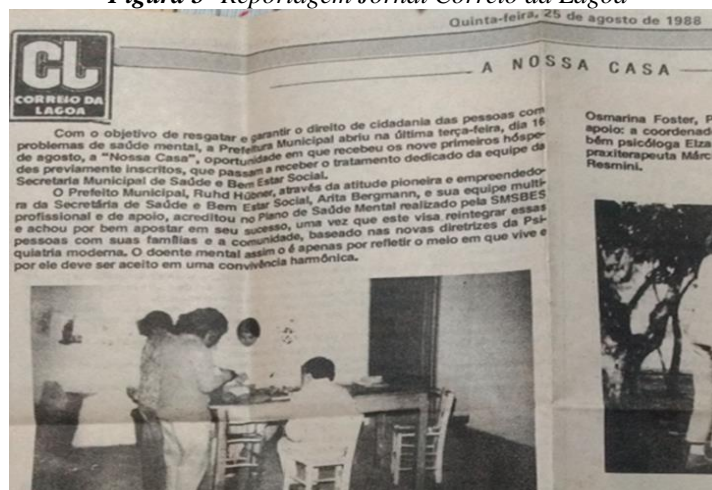
referenciamos não somente aos gestores, mas usuários e trabalhadores da saúde mental, familiares e comunidade, uma mobilização percursora.

Na sequência, elucidamos a vinculação e pertencimento dos trabalhadores e usuários com a saúde mental em São Lourenço do Sul: *“um pedaço da nossa história e eles... a gente tem um pedaço da história deles”* (PSM, 2022). Enfatizamos a importância deste processo, para os trabalhadores, o quanto ele impactou e repercutiu nestes sujeitos, como eles carregam consigo esta memória e sentem que marcaram a história dos usuários. Isto reitera a importância da nossa pesquisa em resgatar esta história e suas tantas memórias.

A profissional supracitada é funcionária pública concursada na Secretaria Municipal de Saúde e atualmente está lotada em uma função diferente do cargo que ocupava na época. A outra fala que selecionamos é a seguinte: *“porque eu sempre senti bem no CAPS, que ali foi um lugar que eu realmente me curei, que se não fosse o CAPS eu até não existia mais”* (LM, 2022). Esse depoimento é de uma usuária com 55 anos que frequenta e participa do serviço desde 1991. Ela é curatelada da filha e recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é o principal rendimento da família.

Ao considerarmos a categoria participação, entendemos como “[...] um processo histórico marcado por muita luta e resistência por parte da população no que tange a garantia e acesso aos direitos básicos como a saúde” (RONSANI, 2021, p. 17). Não há uma concepção teórica única para participação. As conceituações foram se modificando nos diferentes contextos, regimes políticos, culturas e períodos históricos. De uma forma geral, participação pode ser compreendida como uma forma de ampliação dos espaços democráticos. E em busca de evidenciar a categoria participação no processo histórico do município, apresentamos uma reportagem disponibilizada pela participante Elsa Timm, sobre a inauguração do Nossa Casa,

**Figura 5- Reportagem Jornal Correio da Lagoa**



Fonte: Jornal Correio da Lagoa (1988).

A referida reportagem menciona que o projeto Nossa Casa foi inaugurado em 16 de agosto de 1988, com o objetivo de resgatar e garantir o direito à cidadania dos seus 9 primeiros hóspedes inscritos previamente junto a então Secretaria Municipal de Saúde e Bem-estar Social.

O Projeto Nossa Casa, um serviço de Saúde Mental em 1988 (vindo a ser credenciado como CAPS (Centro de Atenção Psico-Social) posteriormente, pois, na realidade, este conceito foi introduzido legalmente através da portaria 224/92) precisamente no dia 16 de agosto, quando a “Casa” foi aberta, com 9 usuários [...] Em 16 de maio de 1989, portanto 3 meses antes do primeiro aniversário da Nossa Casa, o então prefeito, senhor Sérgio Renato Becker Lessa, emite o Decreto nº 892, onde fica instituída a Casa de Atendimento ao Doente Mental denominada “Nossa Casa”, que visava prestar atendimento terapêutico e social e ocupacional aos seus pacientes doentes mentais do município, sendo dirigida por este. Já em 29 de março de 1990 com a aprovação da lei orgânica do município, fica garantido também nesta, no seu artigo 133, que este terá como responsabilidade manter em funcionamento um Plano de Saúde Mental. (NUNES, 2005, p. 294-296)

Observamos a relevância histórica e nacional da Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, que se constituiu em um marco histórico no cuidado em liberdade. Ainda em relação aos primórdios deste cuidado no município, destacamos elementos da análise no único documento da época que localizamos, junto aos demais disponibilizados pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde: o **Plano Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul do ano de 1991**, cuja Secretária da pasta era Assistente Social Arita Gilda Hubner Bergmann e o prefeito Sérgio Renato Becker Lessa.

A saúde mental era um atendimento ofertado, mas ainda não era prevista enquanto política pública. O transtorno mental era percebido como distúrbio de conduta, relacionamento e aprendizagem, em especial nas crianças e pré-adolescentes, e o trabalho se centralizava nos casos de alcoolismo<sup>16</sup> e era integrado às empresas para controle das variáveis sociais dos alcoolistas. Outro ponto destacado está relacionado com a precarização das condições de trabalho e cobrança por produtividade.

Feito este destaque, traremos os seguintes desafios encontrados no referido documento que apresenta os seguintes desafios: 1) reduzido número de veículos que ocasionava dificuldades para deslocamento das equipes, causando desmotivação nos profissionais e descontentamento da população; 2) pouca disponibilidade dos profissionais para se deslocarem até zona rural, pois em outro momento o documento menciona que os agentes de

---

<sup>16</sup>Usamos esta terminologia (alcoolismo e alcoolistas) conforme descrito no documento da época. Contudo, consideramos como referência para nossa análise o termo usuário/o de psicoativo conforme descrito no caderno 02 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) de 2016 sobre o Estigma do Uso de Drogas.



saúde eram treinados pelos profissionais para então executar este trabalho nas áreas de difícil acesso na zona rural.

Em relação ao Nossa Casa, encontramos dois desafios, primeiro a necessidade de ampliação de salas e mobiliários, e, segundo, os profissionais não tinham dedicação exclusiva a um único espaço sócio-ocupacional, como observado no seguinte trecho que fala sobre a unidade psiquiátrica no hospital geral “[...] o psiquiatra, a enfermeira e um atendente de enfermagem integram o quadro de servidores da Prefeitura Municipal” (SMSBES, 1991, p. 118). Além disso, uma das dificuldades salientadas eram os baixos salários e formação voltada para modelo clínico. Em nossa exaustiva busca de documentos, localizamos um artigo sobre o “CAPS Nossa Casa: relato dos 20 anos do Primeiro Serviço Substitutivo do Rio Grande do Sul”. Nesta produção<sup>17</sup> é destacado o relato da Psicóloga Elsa Timm,

[...] no início da implantação do Nossa Casa, em 1988, não havia modelos a seguir, não existindo informações sobre outros serviços de saúde mental que trabalhassem com dita proposta. Não havia leis que pudessem servir de parâmetro, buscava-se, assim, um norte baseado no bom senso da equipe, no referencial de humanização e de inclusão social e no rompimento de barreiras de preconceitos junto à comunidade. (TAVARES *et al.*, 2010, p. 35)

O movimento em São Lourenço do Sul, mesmo sem qualquer normativa, legislação ou parâmetro de outro serviço, tinha como base a noção de cuidado, ao humanizar e romper preconceitos. Isto é corroborado na fala da participante supracitada durante a entrevista: “*nós não tínhamos a menor ideia nem do que estávamos fazendo, pra onde nós estávamos indo. Aquilo era tão novo que não tinha onde se basear, cada um trouxe seu conhecimento, dentro da sua bagagem universitária e acadêmica e esses conhecimentos é que acabaram sendo agregados*” (TIMM, 2022). O pioneirismo<sup>18</sup> de São Lourenço do Sul é expresso por Tavares (2010),

A Nossa Casa de São Lourenço do Sul, em decorrência do seu pioneirismo em ser um serviço substitutivo ao manicômio e pela qualidade da assistência prestada aos sujeitos em sofrimento psíquico, já recebeu e recebe visitas ilustres. Ressalta-se que, em 1991, recebeu a visita de Franco Rotelli, psiquiatra italiano que, juntamente com Franco Basaglia, implantou um Serviço de Saúde Mental de base comunitária na Província de Trieste, Itália. Rotelli veio participar do Seminário Internacional de Saúde Mental em Porto Alegre (RS), deslocando-se da capital até nosso município

<sup>17</sup>Este artigo é parte da coletânea de trabalhos finais dos alunos da Especialização em Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde, desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O livro é intitulado **Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde** e foi disponibilizado impresso por uma das suas autoras e ex-trabalhadora do CAPS Nossa Casa.

<sup>18</sup>Segundo o dicionário Aurélio, pioneiro significa “aquele que primeiro abre ou descobre regiões desconhecidas, e nelas tenta estabelecer uma colonização; explorador, desbravador. Alguém que se antecipa na adoção ou defesa de novas ideias ou doutrinas; antecessor. Indivíduo que se adianta anunciando algo novo; quem se antecipa a outra pessoa ou coisa; precursor”.

para conhecer o que estava sendo implementado, mostrando-se bastante emocionado com o serviço de saúde mental prestado. (TAVARES *et al.*, 2010, p. 34)

São Lourenço do Sul foi laboratório para o processo de Reforma Psiquiátrica tanto nacional quanto internacional quando recebeu a visita do psiquiatra italiano Franco Rotelli, história que transcendeu as fronteiras, continentes e ainda reverbera na vida daqueles que são alcançados por este cuidado. Na sequência elucidamos esta afirmação com o registro da visita de Rotelli,

**Figura 6** – *Visita do Psiquiatra Franco Rotelli ao Nosso Lar*



Fonte: SMS (1991).

A imagem é de 1991 e acompanha a descrição da visita do Psiquiatra Franco Rotelli ao Nosso Lar. A iniciativa precursora de São Lourenço do Sul rompeu paradigmas, como podemos analisar no trecho a seguir

Após a sua visita, Franco Rotelli passou a mencionar essa experiência de serviço substitutivo em suas apresentações, o que deu visibilidade nacional e internacional ao serviço, pois, a partir daí, muitas pessoas foram conhecer a proposta da instituição. Da mesma forma, no transcorrer dos anos, inúmeras visitas ocorreram, como a de profissionais de saúde, docentes de faculdades, acadêmicos de diversos cursos, entre eles, psicologia, enfermagem, serviço social e medicina, o que reafirma a importância histórica do CAPS- Nossa Casa frente à desinstitucionalização [...]. (TAVARES *et al.*, 2010, p. 34-35)

Salientamos a relevância nacional e internacional da Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul. Como exposto pelo psiquiatra e coordenador da saúde mental Flávio Resmini: “*São Lourenço não foi construído a partir da reforma. A reforma também foi construída a partir de São Lourenço. Nós fomos laboratório do que estava acontecendo aqui*” (RESMINI, 2022). A participante Arita Bergmann (atual Secretária Estadual de Saúde do RS, que autorizou sua identificação) era secretária de saúde do município na época, teve protagonismo e é referência na história. Ela reitera a afirmação de Flávio “*o início da*

*experiência em São Lourenço do Sul na área de saúde mental [...] é anterior ao SUS e anterior a Reforma Psiquiátrica no Brasil”.*

No início deste capítulo afirmamos que iríamos aprofundar e resgatar a história da Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul. Os achados da pesquisa mostram que esta história transcende o município. Autores como Melo (2012), Amarante e Torre (2001) falam no primeiro CAPS criado em 1987 após intervenções municipais na cidade de São Paulo, o que sempre aparentou ser o primeiro serviço substitutivo municipal. Contudo, Ribeiro (2004) contrapõe e/ou subsidia com maiores detalhes esta afirmação,

O primeiro CAPS do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar) da Secretaria Estadual de Saúde. (RIBEIRO, 2004, p. 95)

As referências e publicações relacionadas à saúde mental apresentam informações genéricas que mencionam o CAPS Luís Rocha Cerqueira como o primeiro CAPS municipal. Contudo, Ribeiro (2004) esclarece que este CAPS era vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. A partir desta afirmação adensamos nossa investigação sobre as informações que diziam que a implementação do primeiro CAPS municipal do Brasil ocorreu em São Lourenço do Sul. O depoimento de Arita Bergman esclarece que “*O primeiro CAPS público municipal é o nosso de São Lourenço, teve um serviço em Santos que eu conheci, mas não era municipal [...] pra mim o primeiro mantido por uma prefeitura eu acho que foi de São Lourenço*”.

Diante desta afirmação, contatamos, no dia 14 de setembro de 2022, a coordenação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, mais conhecido como CAPS Itapeva, como pode ser observado no (ANEXO C). A resposta confirma que ele foi criado como um serviço estadual e assim permanece até o momento. Essas informações aprofundam algumas publicações e afirmam que em São Lourenço do Sul foi criado o primeiro CAPS municipal do Brasil e obviamente do RS. Isto demonstra a importância da investigação rigorosa para esclarecer fatos históricos dando visibilidade a processos e história não visíveis. Considerando que “O rigor metodológico em qualquer pesquisa é também uma criação [...] o mais importante é aonde se quer chegar, e o percurso, ou o método, está rigorosamente relacionado às principais características da pesquisa” (PRESTES, 2012, p. 403 e 407).

O cenário exige pesquisadores com rigor científico dispostos a “[...] compreender o novo, presidida por elevados valores éticos e guiada por normas de responsabilidade

intelectual, atribuindo à pesquisa uma ampla dimensão pública que adense uma vigília crítica do Brasil” (IAMAMOTO, 2015, p. 468). A autora ainda salienta que o conhecimento científico que privilegia os dados históricos é uma exigência, pois “[...] Erigem-se, em consequência, reações às metanarrativas e a recusa da história, no elogio aos fragmentos, à superficialidade da vida aprisionada aos fetiches mercantis que redundam na indiferença e esvaziamento das dimensões humano-universais” (IAMAMOTO, 2015, p. 470).

O depoimento a seguir também demonstra o protagonismo, reconhecimento e visibilidade que São Lourenço recebeu ao propor novas formas de cuidado. Valorização histórica e científica,

**[...] acho que tinha mais visita de universidade ao serviço de saúde mental do que turistas visitando a praia.** Então datava a importância que isso levou para os estudantes e... Marcos Rolim<sup>19</sup> e todas as pessoas... professores das disciplinas... **várias faculdades acabaram reforçando o que estávamos fazendo. Nem a gente sabia a importância que tinha exatamente isso.** E como eles vinham com aquelas turmas de alunos de ônibus, vinha um por semana de algum lugar do Rio Grande do Sul, vinham pessoas de São Paulo. Ana Pita<sup>20</sup>... vinham pessoas de tudo que é lugar... Sandra Fagundes<sup>21</sup>... Fátima Fischer<sup>22</sup> monte de gente que eram meus colegas todos e acabavam assim... todo mundo meio abismado com o que estava acontecendo, todo mundo discutindo que tinha que ser feito alguma coisa, mas ninguém sabia exatamente o que. Então quando vem alguém de 200 km da capital dizendo que estão fazendo alguma coisa, isso chamou atenção e **essas pessoas acabaram sendo muito importantes em reforçar isso né [...].** (TIMM, 2022, n.p., grifo nosso)

O reconhecimento recebido e a importância das universidades no processo de formação, pesquisa e produção do conhecimento reafirmaram o protagonismo do município. Cabe resgatar o já exposto em nossa revisão bibliográfica, mencionada na metodologia, em que das 629 produções localizadas, apenas 18 mencionam São Lourenço do Sul. Destas produções, apenas uma não é do RS, ou seja, apesar deste reconhecimento mencionado nas entrevistas, as produções ficaram restritas a região.

<sup>19</sup>Marcos Rolim – autor da primeira Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei Estadual nº 9.716/92) aprovada pela ALRS, em 1992. Doutor e mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

<sup>20</sup>Ana Maria Fernandes Pitta – psiquiatra de referência na Luta Antimanicomial e militante da Reforma Psiquiátrica, médica pela Universidade Federal da Bahia (1974), mestrado (1984) e doutorado (1989) em Medicina Preventiva/Saúde Mental pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (CNPQ, 2022).

<sup>21</sup>Sandra Fagundes – fundadora do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e da Rede Inter Núcleos” (FERREIRA, 2022, n.p.). Foi secretária estadual de Saúde em 2014, secretária municipal em Porto Alegre de 2003 a 2004 e de Viamão de 1998 a 2002. Tem formação em psicanálise e mestrado em educação pela universidade federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

<sup>22</sup>Fátima Fischer – Assessora e consultora em Reforma Psiquiátrica, desinstitucionalização e saúde mental coletiva junto ao Ministério da Saúde até 2016. Diretora de desinstitucionalização no Hospital Psiquiátrico São Pedro/SESRS, até 2014. Desde 2013, coordena a Associação Arte e Cultura Nau da Liberdade e do grupo teatral Nau da Liberdade Coordenadora da pensão pública protegida Nova Vida criada em 1990. Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1979). Especialista em saúde pública e administração em saúde mental. (CNPQ, 2019).

Ressaltamos que uma das influências para as publicações na região sul do RS, é a localização da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), pois, possui o Programa de Pós-graduação em Enfermagem com linha de pesquisa “Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde”. O programa conta com curso de mestrado e doutorado, e é procurado por diversas áreas e categorias profissionais, inclusive assistentes sociais. Portanto, a Política de Saúde Mental do município repercutiu e foi repercutida pela produção do conhecimento e qualificação dos profissionais da rede de atendimento, principalmente na região onde está localizada.

Utilizamos a obra de Thomas Kuhn<sup>23</sup>, **A estrutura das revoluções científicas**, para dialogar sobre o protagonismo de São Lourenço do Sul. O texto mencionado destaca que os cientistas não precisam de um conjunto de regras para atuarem, pois os paradigmas, que na perspectiva do autor são dotados de teor social e político, podem ser anteriores ao conjunto de normas. Outro ponto destacado é que os cientistas “[...] nunca aprendem conceitos, leis e teorias de uma forma abstrata e isoladamente” (KUHN, 2003, p. 71). E assim foi a atuação em São Lourenço do Sul, que coletivamente foi vanguarda neste novo paradigma que antecedeu o amadurecimento das legislações e teorias correlativas à RP no Brasil. “Confrontados com anomalias ou crises “[...] tomam uma atitude diferente com relação aos paradigmas existentes [...] a disposição de tentar qualquer coisa, a expressão de descontentamento explícito [...] são sintomas de uma transição de pesquisa normal para extraordinária” (KUHN, 2003, p. 123). Profissionais e trabalhadores que, embora não tivessem noção do que estavam fazendo, conforme depoimento de Elsa Timm (2022), foram cientistas extraordinários no direcionamento de um novo paradigma que foi modelo para o RS, Brasil e para o próprio movimento da RP.

O autor ainda salienta que na definição de um paradigma não existe critério que se sobreponha à aceitação da comunidade. No município objeto de nosso estudo, não só os profissionais e gestores foram atuantes na vanguarda, mas a comunidade em sua maioria contribuiu para a mudança de paradigma no cuidado em liberdade. Estes protagonistas mudaram suas lentes, enxergando para além dos problemas possíveis, formas para enfrentá-los ao questionar o modelo de atendimento existente baseado na prisão e exclusão da loucura. O movimento em São Lourenço foi como, diz Kuhn (2003), uma ciência extraordinária, pois antecedeu as normas e foi precursor de toda esta transformação operada, além de atuar com lucidez nos seus valores e mobilização coletiva pelo cuidado humanizado.

---

<sup>23</sup> Thomas Samuel Kuhn foi um físico, historiador e filósofo da ciência estadunidense.

Em relação à estruturação da rede atual de saúde em SLS, apresentamos de uma forma geral a sua estruturação, salientando que nos documentos analisados na pesquisa documental não foram mencionados a quantia de leitos psiquiátricos em hospital geral, nem mesmo o quantitativo de pacientes encaminhados para internação. A Atenção Básica está estruturada com 14 Unidades de Saúde, sendo 14 equipes de Estratégia de Saúde da Família e 01 Policlínica. Os demais serviços que compõe a RAPS são: 03 Centros de Atenção Psicossocial, 01 Equipe Multiprofissional de Atenção especializada em Saúde Mental, 01 Equipe de geração de renda, Composição de Redução de Danos, oficinas terapêuticas na atenção básica, Residência Médica em Psiquiatria e Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (SMS, 2022). Destaca-se a importância das residências multiprofissionais como direção do Ministério da Saúde ao investir na educação e desenvolvimento do SUS para “*criação e ampliação de programas de residência em saúde da família, residências integradas em saúde e redistribuição ou ampliação das bolsas de residência entre áreas, profissões e especialidades importantes para a implementação do SUS*” (BRASIL, 2004, p. 26), o que fomentou a criação de modalidades de programas de formação em saúde que envolviam desde graduação a profissionais já graduados.

Quanto à implantação das residências multiprofissionais no município, o fragmento a seguir relata como o processo foi conduzido “*A gente foi fazendo muitas coisas... Além disso teve alguns outros projetos também que a gente conseguiu fazer... implantar as residências, a de saúde mental... a multiprofissional a gente implantou em 2012 e a de psiquiatria em 2014*” (VASQUES, 2022, n.p.).

Os centros de Atenção Psicossocial são denominados: Centro de Atenção Psicossocial – Nossa Casa, fundado em 1988; Centro de Atenção Psicossocial Infantil – Saci habilitado em 2007; Centro de Atenção Psicossocial AD III – Pérola da Lagoa implantado em 2003; e Ambulatório de Saúde Mental – Ambular, o qual supostamente foi estruturado a partir de 2019, embora nos documentos analisados não houvesse datas de inauguração e de início efetivo das atividades (SMS, 2019).

O município “Além de 14 unidades básicas de saúde na cidade e no interior, possui três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 30 leitos psiquiátricos em hospital geral e conta com residência médica em psiquiatria e residência multiprofissional em saúde mental” (PRIMEIRO..., 2019, n.p.). Alguns leitos de saúde mental para crianças e adolescentes foram inaugurados em fevereiro de 2022. A unidade de referência infanto-juvenil em saúde mental é direcionada ao atendimento de crianças de zero a 17 anos e conta com auxílio do Governo do Estado, através da Secretaria de Saúde. São oito leitos infanto-juvenis, além do posto de

enfermagem e sala de recreação. O hospital Santa Casa de Misericórdia em SLS é referência na Macrorregião Sul do RS para o atendimento de crianças e adolescentes com transtorno mental, ou com necessidades de saúde decorrentes ao uso de substâncias psicoativas. O atendimento na unidade é multidisciplinar e conta com profissionais de psiquiatria, psicologia, serviço social, enfermagem e acompanhamento terapêutico (SANTA..., 2022).

As conquistas abordadas até aqui se encontram ameaçadas na conjuntura brasileira, no processo de desmonte em curso que conseqüentemente nos remete para uma Reforma Psiquiátrica inconclusa. A história e suas conquistas no âmbito da Política de Saúde Mental não possuem uma linearidade e consenso em todas as pautas, contudo no cenário atual as forças contrárias colocam em risco o que foi conquistado para o cuidado em liberdade.

## 2.2 Caminhos do Desmonte: Conjuntura atual da Política de Saúde Mental no Brasil

Neste item abordaremos os desmontes em curso na Política de Saúde Mental na realidade brasileira, questões principalmente relacionadas ao governo federal que interferem na realidade dos municípios, considerando a gestão descentralizada no sistema de saúde. Salientamos que parte desta discussão foi problematizada no artigo intitulado “Política de Saúde Mental no Brasil: velhos desafios e novas demandas” publicado nos anais do VIII Seminário de Políticas Sociais no Mercosul (Novas) Demandas e (Novos) Desafios em Tempos de Pandemia<sup>24</sup>, artigo de autoria das profissionais responsáveis pela pesquisa que originou esta dissertação.

Neste item tecemos algumas reflexões suscitadas durante a pesquisa, seus resultados na elaboração do conhecimento, e análise da Política de Saúde Mental que tem sido prejudicada pelos últimos governos no contexto brasileiro. As implicações ocorridas nesta política são consequência das mudanças nos processos de financiamento e ações que reafirmam o modelo contestado pelo movimento da RP. Exemplos destas ações são as “comunidades terapêuticas” que, reinseridas na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), passaram a receber financiamento do governo federal. Há ainda um sucateamento dos serviços que compõem a rede de atendimento da Política Nacional de Saúde Mental (MOTA, TEIXEIRA, 2020).

A Política de Saúde Mental promulgada em 2001, através da Lei 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, foi uma das maiores conquistas e ao mesmo tempo

---

<sup>24</sup>Disponível em: <https://pos.ucpel.edu.br/ppgps/wp-content/uploads/sites/5/2022/03/VIII-SEPOME-ANAIS.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

apresentou complexidade na sua execução, pois envolveu mudanças estruturais nos serviços e no cuidado em saúde mental. O ápice desta política ocorreu nos governos Lula I e II entre 2003-2010, pois ocorreu o direcionamento de recursos financeiros para os serviços extra hospitalares e o fechamento expressivo de leitos psiquiátricos. Além da elaboração de portarias para expansão dos serviços de saúde mental, este processo foi basilar para a reversão do histórico modelo manicomial do Brasil (MOTA, TEIXEIRA, 2020).

Entre os anos de 2003-2016 do governo Lula e Dilma, foram realizados importantes avanços na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no processo de reestruturação da assistência psiquiátrica e atenção aos usuários de álcool e outras drogas, momento em que o país foi reconhecido internacionalmente. A governança<sup>25</sup> dos presidentes supracitados ofereceu subsídios para gestão, financiamento e expansão dos serviços (BRASIL, 2011). Entretanto, quando o poder foi retomado por forças contrárias a estas mudanças, as conquistas foram e estão sendo profundamente ameaçadas.

A partir do golpe que iniciou com a gestão do presidente Michel Temer 2016-2018, foi atribuído um novo modelo para a Política de Saúde Mental, chamado “nova Política de Saúde Mental”. Isto ocorreu em virtude da Portaria GM/MS nº 3.588/2017, aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), sem a participação da população. A portaria incluiu questões contrárias aos princípios da RP, como o custeio financeiro dos manicômios e retirada de recursos dos serviços de estrutura comunitária. Contudo, é no governo Bolsonaro que as agruras sofridas pela Política Nacional de Saúde Mental se tornam mais expressivas (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020).

Em 2019 Bolsonaro declarou que umas das ações prioritárias era “desconstruir muita coisa, desfazer muita coisa para depois recomeçarmos a fazer”.<sup>26</sup> Posteriormente, foi publicada a Nota técnica nº. 11/2019 assinada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em que foram propostos mecanismos para a Rede de Atenção Psicossocial e para a Política Nacional sobre Drogas, visando o encarceramento e ênfase na medicalização para as questões relacionadas à saúde mental (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020).

---

<sup>25</sup> Gonçalves ressalta que uma “boa” governança é fundamental para o desenvolvimento que integra desenvolvimento econômico, e igualdade social além dos direitos humanos (GONÇALVES, 2005).

<sup>26</sup>“A “memorização” é impotente para nos libertar dos grilhões do presente (só a revolução pode fazê-lo), porém desempenha um papel fundamental no resgate libertador do que aconteceu, do que poderia ter acontecido [...] Os oprimidos de hoje só terão ânimo para combater se reassimilarem as aspirações e os anseios dos oprimidos de ontem. O que os seres humanos quiseram e não obtiveram talvez possa ser alcançado um dia. E, para que a vitória venha a ser conseguida, precisamos resgatar tudo: não só o que foi dito e feito, mas também o que foi sonhado, o que foi desejado e ficou reprimido” (KONDER, 1999, p. 94).



Abaixo, trazemos um apontamento veiculado em março de 2019 no “Observatório de Análise Política em Saúde” que faz referência ao artigo sobre “A Ameaça ‘Técnica’ da Indústria da Loucura”, de Paulo Amarante, pesquisador da Fiocruz e integrante da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). Ele denuncia a Nota Técnica nº 11/2019 quando diz que há:

[...] “caráter antidemocrático” das medidas, impostas num ato em que a palavra não foi aberta e nem mesmo a posição do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi ouvida; a liberação para internação de crianças e adolescentes; a suspensão da política de redução de danos e a adoção da eletroconvulsoterapia (ECT) como política pública. “As resoluções propostas abrem totalmente as portas para os interesses da ‘indústria da loucura’, empresas proprietárias de hospitais psiquiátricos e de ‘comunidades terapêuticas’ — onde se incluem as instituições religiosas —, para a indústria de medicamentos e de equipamentos médicos”, denuncia o sanitarista. (AMARANTE, 2019, p. 35)

Dentre os retrocessos, é destaque o retorno ao financiamento dos Hospitais Psiquiátricos, expansão do financiamento para as Comunidades Terapêuticas, e a disponibilização da eletroconvulsoterapia (ECT), sinônimo de “eletrochoque”. Estas ações obviamente respondem às pressões da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Médica Brasileira<sup>27</sup>, além das igrejas evangélicas que fazem a gestão das “comunidades terapêuticas” para “tratamento” moral dos usuários de drogas e outras demandas consideradas “desvios de conduta” (MOTA, TEIXEIRA, 2020).

Também é importante colocar que o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas é mais um movimento importante do governo Bolsonaro no sentido da consolidação do poder político e social de grandes igrejas neopentecostais. Essas Comunidades são, em grande parte, pertencentes a líderes religiosos, que as utilizam não apenas como fonte de captação de recursos públicos da área da saúde, como também meios importantes de captação de novos fiéis e manutenção do poder sobre famílias vulneráveis, que procuram esses locais quando se encontram com um familiar em uso abusivo de drogas e sem acesso à rede pública de saúde mental, cronicamente insuficiente e subfinanciada. (LAURITO, MARTINS, ALVES, 2019, n.p.)

Neste arcabouço de deslegitimação também ocorre a criação de um novo CAPS AD IV, denominado por Pedro Delgado, durante entrevista em 2019 ao projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil<sup>28</sup>, como “excentricidade sinistra de internação compulsória e

<sup>27</sup> A nova PNAD é analisada por diferentes pontos de vista entre organizações de classe envolvidas diretamente no tratamento de usuários de drogas. O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), por exemplo, são favoráveis à mudança. A justificativa das entidades está na ineficiência do método de redução de danos. “A RD acabou não atingindo aquilo que se buscava. Essa nova política está alinhada ao que a pensamos”, explica Carmita Abdo, presidente da ABP (Redação SECAD, 2019, n.p.).

<sup>28</sup> Desde 2014, o projeto “Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017)”, coordenado pelo professor Jairnilson Paim (ISC/UFBA), estuda com olhar crítico as políticas de saúde implementadas no país. Apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit nº 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde.

tratamento aos usuários de substâncias psicoativas (SPA) na cena de uso” (OAPS, 2019, p 03). Este novo serviço é um retrocesso para a redução de danos reconhecida internacionalmente, a favor da abstinência e tratamento forçado.

De acordo com o 3º relatório quadrimestral de prestação de contas do Ministério da Saúde, em 2019 as desinstitucionalizações e cuidados em saúde mental demonstraram os menores índices desde 2003. Foram construídas 75 unidades CAPS, e disponibilizados para 62 beneficiários o auxílio do Programa de Volta para Casa. Destacando que este foi o menor quantitativo de CAPS implantados, tendo em vista que no governo de Michel Temer foram conquistadas 95 novas unidades, além de ser alcançado o número de 206 benefícios no Programa de Volta pra Casa (BRASIL, 2019).

Estas discussões expressam os desmontes na contramão do cuidado em liberdade, em um contexto de negacionismo e tendencionismo ao apagamento das conquistas históricas<sup>29</sup> na Política de Saúde Mental. Precisamos nos contrapor a este apagamento a favor do retrocesso, que beneficia muitos, menos o público atendido nos diversos equipamentos da RAPS. Esta racionalidade intrínseca nas transformações societárias ocorridas nos últimos governos ocasiona profundos rebatimentos na Política de Saúde Mental.

Ainda no governo Bolsonaro foi regulamentada a Portaria 1.325/2020, que revogou o “Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional”, sem nenhum embasamento técnico do Superior Tribunal de Justiça (STJ). Esse serviço disponibilizava acompanhamento multiprofissional especializado em saúde aos usuários com transtorno mental no período das sentenças judiciais. A desregulamentação do atendimento não contou com a participação da população para sua aprovação, e foi normatizada no dia nacional da Luta Antimanicomial, o que de certa forma foi um insulto com a RP confirmando o “golpe na saúde”<sup>30</sup> (MOTA, TEIXEIRA, 2020). Para elucidar esta afirmação apresentamos dados do monitoramento das políticas realizado em 2017 que ressalta o eixo sobre “Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016” com alguns tópicos sobre financiamento e os resultados obtidos:

---

<sup>29</sup>“A história, tal como os homens a fazem, não é um movimento contínuo, linear: ela é marcada por rupturas e se realiza através de lances que, em princípio, poderiam sempre ter sido diferentes [...] O que tem acontecido até hoje não predetermina o que vai acontecer amanhã. O sujeito dispõe da possibilidade de surpreender. E o sujeito revolucionário precisa se empenhar no aproveitamento dessa possibilidade, para se contrapor não só ao quadro institucionalizado como ao movimento que resultou na institucionalização” (KONDER, 1999, p.13).

<sup>30</sup> Termo usado por Sonia Fleury em **O Golpe na Saúde** (2020).

Na perspectiva do financiamento, o ano de 2017 começou sob impacto das mudanças no modelo de financiamento da proteção social, a partir da Emenda Constitucional nº95/2016, que congela investimentos em áreas como a saúde, retirando do SUS quase R\$400 bilhões em 20 anos. Pesquisas sobre o impacto das medidas de austeridade fiscal em países da Europa e prospecções para o Brasil indicam, como consequência da EC 95, um dramático aumento das iniquidades em saúde no país. Soma-se a isso a aprovação da Lei Orçamentária Anual para 2017, com a criação de uma nova fonte de recursos que subtrai verbas das áreas de Educação e Ciência, Tecnologia & Inovação. O orçamento da C&TI é tido como o mais baixo dos últimos 12 anos, o que provoca aumento da dependência tecnológica e ampliação das desigualdades no acesso às tecnologias de saúde. (OAPS, 2017, n.p.)

Portanto, estes retrocessos interferem na qualidade dos serviços oferecidos na Política de Saúde Mental, considerando que a ênfase na medicalização e na hospitalização afasta os sujeitos que necessitam de atendimento, uma vez que os usuários temem internações e prescrições desumanizadas e indiscriminadas de medicamentos. Conforme o depoimento de Pedro Delgado em entrevista no mês de julho de 2019 para o Observatório de Análise Política em Saúde, diariamente nos deparamos com circunstâncias de sofrimento psíquico oriundas da crise relacionada à economia e ao desemprego. Estas crises suscitam sentimentos de desesperança, acentuando as situações de desigualdade social e violência. O ódio cometido na cultura da sociedade da intolerância é reproduzido enquanto padrão de comportamento nas instituições e relações sociais.

A tese intitulada “A ascensão do conservadorismo e o esgotamento do projeto neodesenvolvimentista: implicações profissionais ao Serviço Social” fornece subsídios e problematizações em relação ao contexto atual, resultado de uma estrutura histórica conservadora e patriarcal. Com as reivindicações pelo retorno do regime militar ocorridas nas greves dos caminhoneiros em 2018, o ódio às mulheres, população LGBTQIA+ além dos outros movimentos sociais, emerge a reascensão do conservadorismo consolidado no discurso de aversão às minorias, que, na realidade brasileira, são minorias somente nas prioridades do governo, contudo são maioria sobrevivendo em situação de pobreza, desemprego e violência, entre outras desigualdades e violações de direitos (KELLER, 2019).

Analisamos o decreto Nº 10.357, de 20 de maio de 2020, que não foi contemplado no memorial da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) publicado em 2022. Este decreto define a estrutura regimental e os quadros de cargos em comissão, funções de confiança e remanejamento de cargos do Ministério da Cidadania. Trata no seu anexo I da estrutura do Ministério da Cidadania, que conforme inciso V do Artigo 1º passa a contar com a Política Sobre Drogas a ser executada pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às

Drogas – SENAPRED<sup>31</sup> criada pelo Decreto 9.674, de 02 de janeiro de 2019, alterado pelo Decreto nº 10.357, de 20 de maio de 2020. Esta secretaria é responsável pela elaboração e execução de políticas públicas direcionadas a redução do uso de drogas no Brasil, levando em consideração a prevenção, cuidado e reinserção social. Ainda em relação ao decreto que estamos analisando, o inciso III do Artigo 46 define que uma das competências da secretaria supracitada é “apoiar as ações de cuidado e de tratamento de usuários e dependentes de drogas, em consonância com as políticas do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social” (BRASIL, 2020, n.p.).

O que nos chama atenção é a Política sobre Drogas ser remanejada para o Ministério da Cidadania (MC), que descaracteriza o trabalho já realizado através da Política de Saúde com as questões relacionadas ao uso de drogas. Além disso, a ação repassa a responsabilidade de financiamento e sobrecarrega financeiramente o MC, pois “Atualmente, o Ministério da Cidadania financia 703 comunidades terapêuticas, oferecendo 17,4 mil vagas em todo o país para o acolhimento de dependentes químicos. Entre 2019 e 2022, o investimento federal já somou mais de R\$ 566 milhões”<sup>32</sup> (MINISTÉRIO..., 2022, n.p.). Há um grave problema intersetorial nesta nova readequação, em decorrência do repasse da responsabilidade de execução e financiamento de uma política (saúde) para outras políticas nacionais de Assistência Social (renda, inclusão social, atenção a primeira infância, segurança alimentar).<sup>33</sup>

As demandas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, também fazem parte das questões sociais acompanhadas através dos diversos equipamentos e rede socioassistencial do SUAS, mas a execução da política sobre drogas não está prevista na Política Nacional de Assistência Social, nem mesmo em qualquer outra normativa deliberada coletivamente com os órgãos de controle social. Portanto, esta medida da responsabilização e normatização do MC pela política sobre drogas é arbitrária e vai contra a realidade de trabalho e prerrogativas

---

<sup>31</sup>Na página da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED constam apenas dois relatórios de Gestão, sendo um referente ao exercício de 2020 e outro de janeiro a abril de 2021, embora a secretaria tenha sido criada em 2019. Ambos os relatórios totalizam 7 páginas. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/transparencia-e-prestacao-de-contas/geracao-de-valor-publico/secretaria-nacional-de-cuidados-e-prevencao-as-droga-senapred>.

<sup>32</sup>Ao mesmo tempo em que o governo federal investiu mais de meio milhão nas comunidades terapêuticas, também anunciou que “[...] Ministério da Saúde investiu mais de R\$ 57 milhões no cuidado integral à saúde mental da população no ano de 2021. Os recursos permitiram o fortalecimento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), o que ampliou a rede em 80 novos serviços” (Ministério..., 2021, n.p.). Esta informação demonstra que a maior parte do recurso foi para as comunidades terapêuticas, e que a prioridade não está no cuidado em liberdade.

<sup>33</sup>Tais demandas deveriam ser atendidas por diferentes políticas públicas, a começar pela econômica, através do acesso ao emprego, renda, distribuição da riqueza, além da Política de Segurança Alimentar e Habitacional (CFESS, 2013). Ressaltando que “[...] se antes a centralidade da seguridade girava em torno da previdência, ela agora gira em torno da assistência, que assume a condição de uma política estruturadora e não como mediadora de acesso a outras políticas e a outros direitos, como é o caso do trabalho” (MOTA, 2011, p. 138).

já executadas na política de saúde que é responsável pelo acompanhamento dos usuários de substâncias psicoativas. Além disso, enquanto o MC investe em comunidades terapêuticas, também deixa de investir nos programas sociais que são competências da pasta, além de fomentar a internação via comunidades terapêuticas, o que conseqüentemente vai contra o cuidado em liberdade.

Outros vinte e um retrocessos podem ser observados no Memorial (ANEXO D) sobre “Os retrocessos na atenção em saúde mental e drogas no Brasil” da ABRASME, de autoria de Leonardo Pinho, publicado em agosto de 2022.<sup>34</sup> Esse memorial não adveio de mudanças na legislação brasileira e nem mesmo passou por discussões junto aos espaços de participação e de controle social como o Conselho Nacional de Saúde e/ou em Audiências Públicas. Portanto, são “[...] decretos e portarias que evidenciam a ruptura com o marco legal e com todo o processo de regulamentação, inaugurados com a Lei 10.216/01 e com os princípios constitucionais, que vinham promovendo a desinstitucionalização” (PINHO, 2022, p. 2).

O documento ainda salienta que nos últimos anos o Brasil tem retrocedido em relação aos direitos dos usuários, familiares e profissionais da rede de atendimento em saúde mental especializada em álcool e outras drogas. Além disso, há desobediência aos elementos do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil junto à Corte Interamericana de Direitos Humanos, o que será abordado no capítulo 4 desta dissertação, quando discutimos sobre violência institucional na saúde mental. Estes desmontes e violência exacerbada de ataque aos direitos humanos nos remete para a compreensão deste Estado neoliberal com ideologia e características neofascistas.

O Estado neoliberal disciplinou a população a uma violência exacerbada, preparando o caminho para uma sociedade cujas características de funcionamento possuem raízes na ideologia fascista, permeada por abusos, autoritarismo, racismo, além de outros tipos de violências. Utilizamos duas terminologias para comparar o governo de Donald Trump e Bolsonaro: “fascismo neoliberal” ou “neoliberalismo fascista”, considerando este último o mais adequado para as nossas discussões (DARDOT *et al.*, 2021). O fascismo histórico não se repete atualmente,<sup>35</sup> contudo “[...] reforçamos que ganham espaço suas ideias, agregando

---

<sup>34</sup> Disponível em: [11nq.com/h1iRO](http://11nq.com/h1iRO). Acesso em: 16 nov. 2022.

<sup>35</sup> “Em outros termos, a violência estatal é posta a serviço da liberação da economia capitalista e da transformação de todos os serviços públicos em empresas concorrenciais. Um bom exemplo disso é o desejo de Bolsonaro de colocar, na lógica da concorrência, o serviço público dos Correios com os gigantes da logística, como a Amazon, depois de ter quebrado os estatutos dos carteiros com a privatização. Vivemos o momento em que o neoliberalismo secreta, por dentro, uma forma política inédita que combina autoritarismo antidemocrático, nacionalismo econômico, concorrencialismo generalizado e racionalidade capitalista expandida. Essa governamentalidade original assume plenamente o caráter absolutista, autoritário e (se necessário) ditatorial do neoliberalismo, sem por isso se assemelhar ao fascismo histórico” (DARDOT *et al.*, p. 288).

tendências, limites e possibilidades na conjuntura mundial contemporânea. Nesse aspecto, entende-se o desenvolvimento do neofascismo” (GUIMARÃES, PEREIRA, 2020, p. 33). O fascismo pode ser compreendido sob a seguinte analogia,

[...] uma forma de comportamento político marcado por uma preocupação obsessiva com a decadência e a humilhação da comunidade [...] um partido de base popular formado por militantes nacionalistas engajados, operando em cooperação desconfortável, mas eficaz com as elites tradicionais, repudia as liberdades democráticas e passa a perseguir objetivos de limpeza étnica e expansão externa por meio de uma violência redentora e sem estar submetido a restrições éticas ou legais de qualquer natureza. (PAXTON, 2007, p. 358-359)

No contexto neoliberal, vivenciamos uma liberdade privada desregulada em benefício do aumento do poder do Estado. Contudo, isto não é sinônimo de fascismo, e nem mesmo nazismo, pois estes exigiam total submissão dos sujeitos. O neoliberalismo, pelo contrário, incentiva os sujeitos e as vontades destes a progredirem de acordo com “escolhas” impostas pelo próprio sistema e, assim, explora as “potencialidades” dos sujeitos. (DARDOT *et al.*, 2021). O fascismo, ao ser investigado em sua configuração clássica, nos oferece elementos para compreensão da história mais atual e “[...] a percepção de como aparece travestido de uma nova roupagem; de tal forma, que se torna um elemento indispensável para uma análise conjuntural do Brasil de hoje” (GUIMARÃES, PEREIRA, 2020, p. 31).

No momento, é necessária a “[...] compreensão da relação entre o fascismo clássico e o fortalecimento do neofascismo<sup>36</sup> no presente momento” (GUIMARÃES, PEREIRA, 2020, p. 32). Precisamos compreender que o “[...] ideário neofascista contribui para escamotear a força brutal com que a extrema direita impulsiona a agenda ultraneoliberal. De tal forma que obscurece a visão da classe trabalhadora” (GUIMARÃES; PEREIRA, 2020, p. 31).

A semelhança entre nazismo e neoliberalismo pode ser correlacionada com o "social-darwinismo". Mesmo sendo injusto com Darwin, cabe utilizar esta terminologia para contextualizar esta discussão sobre a ideologia de rivalidade acirrada até a morte. Nesta guerra entre diferentes povos e raças “[...] a mais forte prevalece sobre a mais fraca. O nazismo [...] é "social-darwiniano": a eliminação dos mais fracos é uma opção sempre aberta [...] a observação vale tanto para o nazismo alemão como para o fascismo<sup>37</sup> italiano” (DARDOT *et al.*, 2021, p. 289).

<sup>36</sup>“O neofascismo reacende no Brasil no período do golpe de 2016 que depôs Dilma Rousseff (PT) da presidência do país. O movimento reaparece com mais expressividade após as manifestações de 2013, reativando o discurso antissistêmico, oposto à representação política tradicional (e democrática). E são esses mesmos grupos que ganham força, sobretudo ao se aproximarem cada vez mais de referências hodiernas da extrema direita, tal qual o militar reformado Jair Bolsonaro” (GUIMARÃES, PEREIRA, 2020, p. 36).

<sup>37</sup>“[...] não se trata de uma “parte solta” e já sepultada da história moderna. Na verdade, demonstra como diante das demandas do capital o Estado se reconfigura, acarretando uma série de transformações societárias [...]

O movimento neofascista hasteado no bolsonarismo<sup>38</sup> desconsidera o “[...] fascismo clássico, porque agora pode mobilizar suas bases pelas redes sociais, angariando grupos específicos para ataques específicos, sobretudo de camadas médias, religiosas, conservadores, militantes e apoiadores” (GUIMARÃES, PEREIRA, 2020, p. 37). A seguir apresentamos alguns elementos característicos do ideário neofascista no contexto bolsonarista,

Diante do cenário traçado, elencamos algumas características adotadas no governo Bolsonaro que trazem características típicas do fascismo, como os diversos momentos de ameaça de detenção aos opositores políticos, a apregoada eliminação de minorias, a frequente utilização de ameaça comunista fantasiosa para justificar e legitimar a necessidade do uso da violência e repressão. Ainda, a exaltação da família tradicional, em sentido amplo de preconceitos e ataques ao público LGBTQI+. Ademais, o culto a violência e a legalização do porte de armas e facilitação para o seu acesso, além da legitimação de milícias e poderes paramilitares aparecem com centralidade nos discursos presidenciais [...] características basilares das experiências fascistas vêm influenciando e impulsionando o cenário político atual. (GUIMARÃES, PEREIRA, 2020, p. 45-46)

Observamos tais características típicas do fascismo exponenciadas pelo processo de exploração através do neoliberalismo neofascista. Influências fascistas que inspiram o cenário político, econômico e social, e se reapresentam sob novas roupagens e outras formas de exploração. Contudo, uma distinção é necessária, pois “[...] o fascismo dos entreguerras usava o Estado para fortalecer o Estado, não para demoli-lo” (FAGUNDES, 2020, n.p.). Esta demolição do Estado<sup>39</sup> é vivenciada no contexto contemporâneo, diferentemente do que se perpetuava no fascismo histórico. Konder (2009) nos esclarece que não podemos generalizar ao afirmar que toda ação reacionária é fascista, pois “[...] nem toda repressão – por mais feroz que seja – exercida em nome da conservação de privilégios de classe ou casta é fascista. O

---

ideias fascistas continuam refletindo na realidade atual política, econômica e social. Neste momento, por meio da apropriação de concepções do neofascismo na particularidade histórica brasileira”. (GUIMARÃES, PEREIRA, 2020, p. 38).

<sup>38</sup>“Outra característica relevante é a abordagem da violência que se diferencia entre o fascismo clássico e o neofascismo. Enquanto os primeiros criavam um poder paramilitar uniformizado e padronizado (a exemplo dos emblemáticos Camisas Negras) como ferramenta de opressão e violência, os neofascistas optam por maneiras mais difusas de disseminar suas ideias, atacando pequenos grupos ou indivíduos que de alguma forma represente oposição. Isso ocorre, sobretudo através das mídias sociais, com grupos organizados e por apoiadores individualmente, principalmente pelas redes sociais do Presidente Jair Bolsonaro. O mesmo coleciona falas polêmicas, violentas, preconceituosas e de ódio, que incitam e encorajam grupos e pessoas a atacar personalidades famosas de oposição e perfis civis. É importante salientar que a violência simbólica não aparece como unívoca no neofascismo; a violência física também é marca de grande expressão, tal como foi vista durante o próprio período das eleições presidenciais” (GUIMARÃES, PEREIRA, 2020, p. 37).

<sup>39</sup>“*En otro nivel de análisis, aunque estrechamente vinculado con lo anterior, parece claro que el fascismo realiza un significativo reordenamiento de la superestructura estatal. ¿Regímenes fascistas o Estados fascistizados? Yo creo, retomando la fórmula de Dimítrov, que la "subida del fascismo al poder no es un simple cambio de un gobierno burgués por otro, sino la sustitución de una forma estatal de la dominación de clase de la burguesía —la democracia burguesa— por otra, por la dictadura terrorista abierta*” (CUEVA, 1995, p. 84).

conceito de fascismo não se deixa reduzir, por outro lado, aos conceitos de ditadura ou de autoritarismo” (KONDER, 2009, p. 25).

O neoliberalismo se utiliza dos elementos característicos da ideologia fascista, contudo conforme exposto anteriormente, seria um equívoco afirmarmos e denominarmos o Estado enquanto fascista. O que temos é um neofascismo que se apresenta com novas características utilizadas pelo neoliberalismo para se reafirmar e potencializar seus objetivos. “Assim, o neoliberalismo transformou as políticas sociais – a partir do trinômio clássica privatização, focalização e descentralização [...] Estabelecendo a cultura da crise para [...] necessidade do ajuste fiscal nas contas públicas e, conseqüentemente, na redução de direitos” (GUIMARÃES, PEREIRA, 2020, p. 42). Esta justificativa é utilizada para a desresponsabilização do Estado na universalização dos direitos regulamentados na Constituição de 1988 e nas políticas públicas de atendimento à população. Portanto, os desmontes e retrocessos possuem um argumento de fácil convencimento se não estivermos atentos às suas determinações e interesses.

### 2.3 Desfinanciamento na Política de Saúde Mental: morte silenciosa no contexto de necropolítica

Neste item seguimos a discussão sob a ótica dos desmontes, mas especificamente em relação ao desfinanciamento na Política de Saúde Mental, correlacionando-o com as demandas apresentadas sob o viés da necropolítica. Esse conceito é reafirmado no desfinanciamento e no silêncio diante da morte da população em situação de sofrimento psíquico, em que o “deixar morrer” se tornou aceitável.

Durante audiência pública realizada na Câmara dos Deputados, especialistas em saúde mental destacaram a urgência de maior investimento financeiro nas políticas públicas de saúde mental no Brasil, tendo em vista o aumento do número de casos de ansiedade, depressão e suicídio. A discussão foi direcionada pela Comissão de Seguridade Social e Família no mês de novembro de 2022, e um dos pontos destacados foi o subfinanciamento salientado pelo psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, o qual alertou que a saúde mental no Brasil recebe valores inferiores a 2% do orçamento do SUS, quando necessitaria receber no mínimo 5%. Além disto, ele destaca um “apagão de dados”<sup>40</sup> relacionados à política desde 2016. Eles

---

<sup>40</sup>Podemos constatar a afirmação de Pedro Delgado sobre a inexistência de dados da Política de Saúde Mental, pois após realização de buscas no site do Ministério da Saúde não localizamos informações de execução física



eram fornecidos pelo Ministério da Saúde com regularidade, contudo o ministério publicou informações incompletas sobre a saúde mental em 2021, apresentando redução dos serviços oferecidos, justamente quando se tem um aumento da demanda (HAJE, 2022).

Nessa mesma audiência, a secretária adjunta da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Miriam Gorender, afirmou que no Brasil existe um déficit significativo na assistência em saúde mental, o que impacta a saúde e vida da população, sendo o suicídio uma das consequências de tratamentos ineficazes, considerando que aqueles usuários que não estão assistidos estão nas ruas, o que corresponde a aproximadamente 80% das pessoas em situação de rua com transtorno mental. Outra estimativa é em relação à população carcerária, pois 12% possuem transtorno mental grave. Miriam ainda afirmou que no Brasil há um genocídio silencioso e invisível, pois, as pessoas morrem nas ruas por doenças e outras privações, mas nas prisões, perdem suas vidas através do suicídio (HAJE, 2022).

Essa passividade em deixar morrer ou viver, que também se materializa no desmonte e desfinanciamento da Política de Saúde, é uma forma de necropolítica. Para dialogar com esta categoria, utilizamos a obra do filósofo e historiador camaronês Achille Mbembe (2018),

[...] propus a noção de necropolítica e de necropoder para dar conta das várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, as armas de fogo são dispostas com o objetivo de provocar a destruição máxima de pessoas e criar “mundos de morte”, formas únicas e novas de existência social nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o estatuto de “mortos-vivos”. (MBEMBE, 2018, p. 71)

Ressaltamos que este poder de submeter a população à situação de “mortos- vivos” não está somente no controle do Estado, mas diz respeito ao poder ideário soberano em funcionamento da sociedade neoliberal. Conforme destacado por Negris,

A necropolítica é, ainda, uma técnica de poder que está presente na era da governamentalidade neoliberal. Obviamente, ela se manifesta nas zonas periféricas do neoliberalismo, fora do circuito das grandes potências econômicas do planeta. Nessas zonas periféricas, a necropolítica, em tensionamento com outras técnicas de poder, se traduz no crescente aumento das práticas discriminatórias, no vertiginoso aumento dos discursos de ódio, nos grandes extermínios étnicos ocorridos em várias partes do mundo, nos expurgos em massa de determinadas populações do globo, no aumento do número de assentamentos de refugiados. (NEGRIS, 2020, p. 98)

Consideramos que a necropolítica é uma morte<sup>41</sup> intencional e silenciosa, fruto do funcionamento da sociedade neoliberal,<sup>42</sup> que se direciona às periferias e ao extermínio de

---

e nem financeira da referida política. Isto demonstra além da ausência de transparência e informação, um apagamento das memórias. Se não há registros, não há história e consequentemente não há memória.

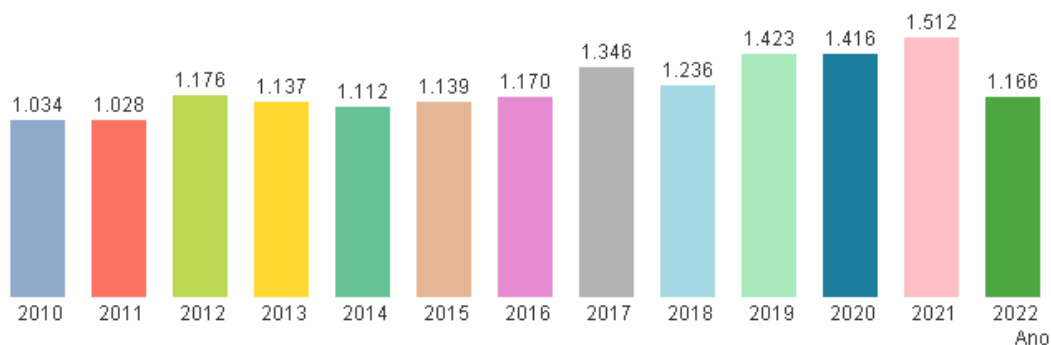
<sup>41c</sup>Devemos lembrar que esse direito de matar deve ser entendido em seu sentido mais amplo, devendo englobar não só a morte de fato, mas também todas as condutas que levam à exposição à morte, o incremento do risco

determinados grupos sociais. Portanto, ela não é para todos, mas atinge muitos. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a revisão mundial em saúde mental<sup>43</sup> dialogam com a nossa discussão sobre a importância das prioridades governamentais no financiamento da Política de Saúde Mental, na contramão desta necropolítica em curso no cenário brasileiro,

Em 2019, quase um bilhão de pessoas – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – viviam com um transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade. Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, causando um em cada seis anos vividos com incapacidade. Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis. O abuso sexual infantil e o abuso por intimidação são importantes causas da depressão. Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental. A depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia. (OMS, 2022, n.p.)

Portanto, são diversos determinantes sociais que influenciam na saúde mental e que acarretam a morte silenciosa da população, em um contexto político e social de agudização da barbárie e banalização da vida. Para contribuir com a nossa problematização, trazemos dados da Secretaria Estadual de Saúde sobre o índice de suicídios em período de treze anos.

**Quadro 1- Índices de suicídios no Rio Grande do Sul**  
**Total de Suicídio (Por Ano)**



Fonte: SES (2022).

Ana Maria Costa (2009) em seu artigo “Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde?” destaca o revigoramento das discussões sobre determinação social apresentadas no informe final da Comissão de Determinantes Sociais da

---

de morte, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc. Em suma, toda a espécie de clivagem que expõe a vida do outro ao perigo de morte” (NEGRIS, 2020, p. 85).

<sup>42</sup> “Como Foucault mesmo disse, cada sociedade tem seu regime de verdade, isto é, tipos de discursos que uma sociedade acolhe e faz funcionar como verdadeiros ou falsos. Determinadas práticas e regimes de verdade são estabelecidos em um lugar e durante um tempo histórico específico. Isso não significa que essas práticas e regimes se reproduzirão com a mesma configuração e sentido em todos os lugares” (NEGRIS, 2020, p. 89).

<sup>43</sup> “O trabalho detalhado fornece um plano para governos, acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental” (OMS, 2022, n.p.).

Saúde criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005, e pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)<sup>44</sup> em 2006. Contudo, a autora destaca que há discordância de diferentes regiões mundiais sobre o risco de reducionismo ao correlacionar as determinações sociais de saúde a epidemiologia sem considerar o cenário político, social e econômico que influenciam as desigualdades sociais. O “[...] informe da comissão da OMS realiza uma denúncia descontextualizada das desigualdades sociais caracterizadas como injustiça social abstendo-se da análise crítica dos processos sociais e econômicos existentes que são os causadores dessas injustas desigualdades” (COSTA, 2009, p. 444).

Os processos sociais e econômicos possuem relação direta com os determinantes sociais de saúde. Contudo, suas implicações não atingem somente a população mais vulnerável economicamente, se levarmos em consideração a vulnerabilidade vivenciada por diferentes classes e gerações em decorrência da violência, que também influencia estas determinações e está intimamente ligada a estrutura da sociedade. Costa (2009) destaca que umas das maneiras de minimizar estes determinantes sobre a saúde da população é conscientizá-la sobre a relação do processo de saúde e doença com os contextos sociais e econômicos. Somente assim será possível promover a mobilização por direito.

Diante do exposto, consideramos que essa redução de recursos espraia o potencial da necropolítica e coloca em risco as conquistas realizadas coletivamente até então. Os trabalhadores da saúde, usuários e seus familiares, assim como a comunidade em geral, terão consciência de seus direitos e poderão reivindicá-los quando compreenderem as implicações do desmonte em curso e a importância do cenário econômico e social na perpetuação desta lógica de necropolítica na sociedade neoliberal. Na sequência abordamos como a loucura foi tratada ao longo do tempo para reafirmarmos a importância da luta em prol das conquistas do cuidado em liberdade e contra os retrocessos.

---

<sup>44</sup>“Em primeiro lugar, é importante localizar o conceito da determinação social da saúde sob a matriz marxista no contexto de saúde como bem coletivo e, portanto, produto da acumulação social. O reconhecimento das necessidades e dos desejos dos grupos sociais e das coletividades, quando transformados em ação para concretizar estas necessidades e desejos, necessariamente gera confrontos com outros interesses hegemônicos. Na maioria das vezes, esses interesses conflitados são os responsáveis pela falta, pelas necessidades sentidas [...] Os interesses hegemônicos no capitalismo operam na subtração e na exploração de grupos sociais, e esta **ampliação de consciência destes grupos é a maior potência da determinação social da saúde como base de compreensão dos processos sociais e econômicos na sua relação com a saúde**. Portanto, a determinação social da saúde pode legitimar e conferir complexidade a compreensão sobre os processos sociais e, desta forma, politizar a saúde **trazendo a consciência necessária para nutrir e impulsionar a demanda pelo direito**” (COSTA, 2009, p. 444-445, grifo nosso).

### 3 O LUGAR DA LOUCURA NA HISTÓRIA: DA ALIENAÇÃO À CIDADANIA

*“baixava seguido [...] eu ia para o Espirita Levas Leite, eu fiquei um mês e 18 dias, fiquei até no isolamento [...] com a porta trancada, sem roupa, com uma janelinha lá em cima que não tinha nem ar para respirar”*

*Amiga*

A loucura foi tratada historicamente com repressão, restando aos sujeitos a cela e o enclausuramento. Isolamento não só dentro dos hospitais psiquiátricos ou de custódias, mas da sociedade. Iniciamos com o trecho de um depoimento de uma usuária entrevistada, pois a produção do conhecimento abre janelas para que continuemos respirando e resistindo com esperança. Neste capítulo, nossa janela se abre para mostrar o lugar da loucura na história, da cela à cidadania.

Os conhecimentos históricos e culturais mencionam positiva e negativamente a loucura, demonstrando a linha invisível existente entre saúde e doença. São comuns as expressões: “fulano é louco de pedra”, “que loucura”, “a multidão foi à loucura”, “louco de amor”, que demonstram os antagonismos de como se referenciar à loucura, ora banalizada, bizarra e desproporcional, ora romantizada e relacionada a genialidade que inspirou peças e filmes. “Foram os filósofos gregos que trouxeram a ideia organicista da loucura. Ela perdurou até o começo da Idade Média, quando houve uma mudança radical desses conceitos e a doença mental passou a ser vista como demoníaca” (COHEN, 2013, p. 28).

Em **História da loucura**, Foucault (1978) conduz a sua obra sobre a “estrutura da exclusão”. Tal fenômeno inicia pela diminuição dos internos (leprosos e loucos) nos leprosários no final da Idade Média. Contudo, estes “ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada” (FOUCAULT, 1978, p. 6). A partir do século XV, com o controle da lepra, esses espaços são utilizados para tratamento de patologias venéreas e todo tipo de doentes, incluindo os loucos.

Por volta da metade do século XVII, a loucura estava “[...] ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença” (FOUCAULT, 1978, p. 12). Neste período, a loucura possuía circularidade nas ruas, aqueles sujeitos “conhecidos” eram aceitos, mas os “estranhos”, com atitudes desviantes, incluindo os bêbados e os devassos, eram trancafiados em navios, algo ritualístico.

A Nau dos Loucos significava no século XV o expurgo da loucura, associada à experiência trágica, pois a loucura não era tratada. “E é possível que essas naus de loucos, que assombraram a imaginação de toda a primeira parte da Renascença, tenham sido nau

peregrinação, navios altamente simbólicos de insanos em busca da razão [...]” (FOUCAULT, 1978, p.14-15). O autor destaca que uns subiam e outros desciam o rio, o que demonstra a circularidade da loucura e o fato de algumas cidades lhe aceitarem e outras não. Naus dos Loucos eram embarcações que, na literatura europeia do século XVI, transportavam os insanos em uma viagem pelos mares, tipo de obra ficcional que foi revivida pelos escritores Renascentistas, ultrapassando a ficção e o ideário da época, pois existiu concretamente nas sociedades europeias nos séculos XIV, XV e XVI (JABERT, 2001; FOUCAULT, 1978).

Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos [...] esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos [...] Alemanha: em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados. (FOUCAULT, 1978, p. 13)

O estigma idealizado pela população era concretizado através do expurgo que incidia sobre os loucos em “estado de vagabundagem”. Havia cidades como Nuremberg, que não era local de peregrinação, mas acolheu um significativo número de loucos que “[...] são alojados e mantidos [...], mas não tratados: são [...] jogados na prisão [...] os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros [...] eles eram ali "perdidos", purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários” (FOUCAULT, 1978, p. 15). A subsistência destes loucos nas cidades era custeada pelo orçamento da municipalidade. Além da prisão mencionada, também existiu em grande parte da Europa ao longo da Idade Média, uma torre dos loucos conhecida como *Caen ou Châtelet de Melun*.

Portanto, a Nau dos Loucos com o passar dos anos foi se adaptando a diferentes culturas. Persistiu com a limpeza das cidades, leia-se “estrutura da exclusão”, cuja origem data 1657, com a criação do Hospital Geral e da grande internação dos pobres, e em 1794, período da libertação dos acorrentados de Bicêtre. Estes dois momentos históricos, do decreto de fundação do Hospital Geral de Paris e do nascimento da psiquiatria moderna são acontecimentos primordiais que marcam a origem da chamada estrutura de exclusão (FREITAS, 2004). Em relação ao hospital geral e seus objetivos, podemos considerar:

O Hospital Geral tinha como objetivo recolher e “hospedar” os pobres de Paris, suprimindo a mendicância e a ociosidade. Pessoas de qualquer sexo, de qualquer idade, válidas ou inválidas, “doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis”, todos eram forçados a trabalhar como forma de “purificação”. O hospital era uma instituição sem caráter médico, apenas “uma espécie de entidade administrativa” semijurídica, com poder de julgar e executar, sem direito a apelações. Foucault observa que essas casas de internamento se espalharam por toda a Europa,

especialmente na França, Alemanha e Inglaterra, muitas delas estabelecidas dentro dos muros dos antigos leprosários, e eram mantidas com dinheiro público. (BATISTA, 2014, p. 394)

A internação enquanto criação institucional criada no século XVIII é “[...] o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (FOUCAULT, 1978, p. 89). O autor ainda destaca que esta medida institucional não permite compará-la com a prisão dos meados da Idade Média. Como estratégia “econômica” e “precaução social”, ela tem valor de invenção para sanar os problemas da cidade. Econômica, pois com a internação, a maioria dos problemas das cidades estaria resolvida e a desordem, enquanto ameaça ao Estado e ao bem-estar da sociedade, seria solucionada. Isolados, os loucos não atrapalhavam o andamento do trabalho e da produção, e se reabilitados poderiam ser úteis para a ela.

A teoria social de Marx (1858) e sua análise totalizante infere sobre a relação da loucura com o modo de produção capitalista, e seu tratamento sob o prisma asilar-manicomial baseado no saber psiquiátrico. Considerando “[...] a crítica do manicômio na própria crítica ao modo de produção da vida que se expressa – e perpetua – no/pelo mesmo manicômio; que o tem como forma de manifestar a sua condição exploratória, opressiva, reificada e alienante” (COSTA, 2021, n.p.). A riqueza e expansão do capitalismo estavam associadas ao desenvolvimento da pobreza e da loucura, pois na Grã-Bretanha o “[...] correspondente crescimento da riqueza moderna e do pauperismo [...] a mesma lei parece valer com respeito à loucura. O aumento da loucura [...] acompanhou o aumento das exportações e ultrapassou o aumento da população” (MARX, 1858, n.p.).

Desde a origem, as instituições asilares e/ou manicomiais tinham como alternativa não o cuidado, mas a segregação entre produtivos e excedentes improdutivos, os sobrantes. Portanto, tais instituições serviam como “[...] aparelhos de repressão àqueles que não podiam participar do jogo social e da venda da força de trabalho” (LIMA, 2021, n.p.). Mas, qual a relação entre capitalismo e manicômio? Ambos são interdependentes, pois o capitalismo é a fábrica do manicômio, e o manicômio contribui com a perpetuação e sustento do capitalismo,

Se o louco não é lucrativo como força de trabalho, ele o é como consumidor dos serviços do manicômio e seus insumos. Se o louco é uma denúncia viva das contradições do capitalismo, ele precisa ser segregado, invisibilizado, silenciado, e, no seu extremo, aniquilado social e objetivamente. Se ele não encontra trabalho – e sequer pode compor o exército industrial de reserva –, pode ser mão de obra barata (ou não paga) no circuito manicomial. E assim sucessivamente. Tudo isso, mais uma vez, evidencia que a relação entre manicômio e capital é extremamente imbricada. (LIMA, 2021, n.p.)

Nesta perspectiva, a loucura contribui com o capitalismo através do consumo dos serviços manicomiais (instituições e medicamentos), e/ou contribui com sua força de trabalho não paga, quando não inserida no mercado de trabalho. Portanto, o interesse do capitalismo se sobrepõe em qualquer situação, enquanto exploração da força de trabalho no mercado ou enquanto loucura, consumo e auxílio na manutenção das instituições.

Marx (1858),<sup>45</sup> em seu artigo “O crescimento da loucura na Grã-Bretanha” publicado no *New-York Daily Tribune*, em 20 de agosto de 1858”, nos oferece elementos para compreensão da determinação social da loucura, problematizações das estruturas asilares e ao tratamento dado à loucura na época. O que possibilita a identificação de uma forma embrionária da antipsiquiatria e movimento antimanicomial, que se desenvolveram a partir do século XX e XXI. Em relação à mão de obra (não paga) nas instituições asilares destinadas aos loucos pobres e indigentes, “[...] os profissionais são, em sua maioria, internos indigentes, totalmente inaptos para as tarefas que lhes são impostas” (MARX, 1878, n.p.).

Desde o surgimento da loucura, observamos o custeio da sua mercantilização via recursos públicos, o que demonstra o jogo de interesses entre público e privado, Estado e mercado. Estas instituições eram mantidas pela mão de obra dos pacientes, que não eram úteis ao mercado formal de trabalho os ditos “mendigos” e “ociosos”. Portanto, para além da higienização das cidades, este era o interesse do setor público-privado. O que nos chama atenção tanto para a obra de Foucault sobre a História da Loucura, quanto aos demais autores até aqui problematizados, é que a raça e gênero não são pautadas nas problematizações.

As barreiras enfrentadas pela loucura e determinados grupos sociais não são homogêneas, mas dispare a depender das “[...] Estruturas interseccionais que vão além da categoria de classe revelam como raça, gênero, sexualidade, idade, capacidade, cidadania etc. se relacionam de maneiras complexas e emaranhadas para produzir desigualdade” (COLLINS; BILGE, 2020, p. 37). Logo, no capitalismo as barreiras enfrentadas pela loucura dependem destes marcadores sociais, os quais também determinam o lugar e o tratamento da loucura como veremos no capítulo 4 sob a perspectiva da internação.

O louco posteriormente surge como uma periculosidade “insana”, originando a ciência psiquiátrica no século XIX. Diante disto, nos questionamos: quando e por que a loucura passou a ser um problema social? O que ocasionou a mudança da palavra loucura para alienação mental? Doença mental? E depois em transtorno ou sofrimento psíquico? Em certo

---

<sup>45</sup>“Se não é possível afirmar um Marx antimanicomial, até porque seria um anacronismo, vide que tal movimento germina e se desenvolve no decorrer do século XXI, temos em Marx germens e fundamentos para uma práxis antimanicomial radical e revolucionária no presente” (COSTA, 2021, n.p.).

momento, a pobreza materializada nos “mendigos” e nos “ociosos” não precisava mais ser aprisionada, ao contrário da loucura. Por conseguinte, no final do século XVIII e XIX, nascem os asilos com caráter terapêutico, sendo a loucura definida como “alienação mental” e integrada ao campo da Medicina, conforme proposto por Pinel<sup>46</sup> (BATISTA, 2014). Antes de iniciarmos as discussões sobre Luta Antimanicomial e RP, precisamos destacar uma breve conceituação de instituição, pois esta representa a exclusão da “loucura”, que não está restrita entre os muros. Ela os transcende via preconceito e estigma, o que iremos abordar na sequência.

### 3.1 A institucionalização da loucura como periculosidade

As instituições e suas representações sempre foram, e ainda são a representação social da figura negativa da loucura. Neste item realizamos considerações que nos aproximam destas afirmações. Sobre a definição de instituição e suas representações, para além dos muros institucionais

Uma instituição é um sistema lógico de definições de uma realidade social e de comportamentos humanos aos quais classifica e divide, atribuindo-lhes valores e decisões, algumas prescritas (indicadas), outras proscritas (proibidas), outras apenas permitidas e algumas, ainda, indiferentes. Essas lógicas podem estar formalizadas em leis, em normas escritas ou discursivamente transmitidas, ou podem ainda operar como costumes, quer dizer, como hábitos não-explicitados. As citadas lógicas se concretizam ou se realizam socialmente em formas materiais ou "corporificadas" que, segundo sua amplitude, podem ser: organizações, estabelecimentos, agentes, usuários e práticas. Cada instituição é universal, ou seja, indispensável para toda e qualquer sociedade, mas para realizar-se em suas formas concretas passa por um momento de particularidade e outro de singularidade única e irrepetível. (BAREMBLITT, 1992, p. 78)

Conforme Rotelli, a instituição se constitui em um “[...] conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: "a doença", à qual se sobrepõe no manicômio o objeto periculosidade" (ROTELLI, 2001, p. 90). O autor ainda faz uma crítica dizendo que são necessários laboratórios<sup>47</sup> e não ambulatórios. Laboratórios de oportunidades

<sup>46</sup>Na França, Pinel liberta os loucos de Bicêtre dos grilhões e defende sua reeducação através do controle social e, sobretudo, moral. Na Inglaterra, o principal responsável pela reforma, contemporaneamente a Pinel, é Samuel Tuke, que busca curar os doentes numa casa de campo, livre de grades e correntes” (BATISTA, 2014, p. 394).

<sup>47</sup>Em Trieste, o termo "laboratório" designa uma estrutura complexa: Lugar de produção de cultura, de trabalho, de intercâmbio e de relações entre artistas, artesãos, pessoas doentes ou não. Um lugar onde os papéis são intercambiáveis e o trabalho dos operadores que os coordenam tem por objetivo experimentar práticas inovadoras” (ROTELLI, 2001, p. 92).



e probabilidades ao “paciente”, não limitando a sua liberdade aos espaços que lhes são destinados.

No que diz respeito à instituição, podemos fazer uma correlação com a obra de Foucault, pois ele problematiza que, embora desaparecida a lepra e apagado o leproso da história, “[...] essas estruturas permanecerão [...] pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" [...]. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão” (FOUCAULT, 1978, p. 10). Neste sentido, o autor faz uma crítica às estruturas excludentes que permanecem e transcendem espaço e tempo. Portanto, para compreendermos a origem da exclusão, fez-se necessário voltarmos ao passado da loucura.

Barbosa (2016) afirma que o tratamento e a concepção sobre periculosidade são representações da coletividade diante das relações e histórias correlacionadas ao delito e à loucura. O que é atribuído à loucura enquanto periculosidade diz mais sobre a sociedade e seu *modus operandi* do que propriamente o significado e abrangência da sua conceituação. “A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam” (FOUCAULT, 2002, p. 85). A periculosidade é concebida pela sociedade de acordo com diferentes comportamentos, ela está para além das legislações que a definem como infração, mas é um ideário criado para definir determinados atos como virtuosos ou desviantes.

O lugar da loucura associado à periculosidade é construído pela sociedade de acordo com suas circunstâncias e interesses. O contexto de repressão sempre esteve atrelado à loucura, em dado momento ligado a instituições, seus representantes e à determinação de comportamentos, posturas e condições socialmente aceitas. Sendo reflexo das circunstâncias vivenciadas,

Somos essencialmente indeterminados, embora possamos ser eventualmente condicionados pelas nossas circunstâncias, mas nós não somos as nossas circunstâncias. **Somos o que fazemos de nós mesmos dentro das circunstâncias que nos são dadas**, ou seja, eu sou eu e a minha circunstância. Mais existencialmente, eu não sou aquilo que fizeram de mim, mas aquilo que eu fiz com o que fizeram de mim. (JACOBINA, 2008, p. 78, grifo nosso)

A loucura sofre uma dupla condenação quando o sujeito além do transtorno mental é considerado como “[...] criminoso que possui na periculosidade de suas ações a instabilidade que fere diretamente as expectativas sociais pré-determinadas” (CAIXETA, 2012, p. 21). Observamos esta estigmatização também no Código Penal, que considerou como perigosas as pessoas que infringiram a lei e são classificadas como doentes mentais, não sendo

responsabilizadas pelos seus atos, mas ainda assim perigosas. Sobre a teoria da periculosidade, salientamos sua origem e intencionalidade,

A ‘teoria da periculosidade’, ideia sedutora para muitos e que vem sendo, desde 1940, utilizada como fundamento para a imposição das medidas de segurança com seu inafastável caráter sancionatório, é aplicada acriticamente como justificativa para a segregação indeterminada (e muitas vezes perpétua) de quem tem algum transtorno psiquiátrico. [...] Em resumo: se, por um lado, a culpabilidade é a premissa fundamental de aplicação da pena; por outro, será a periculosidade, a partir do Código Penal de 1940, o pressuposto para a imposição da medida de segurança. (TEDESCO, 2021, p. 193-194)

A justificativa para segregação do transtorno psiquiátrico é definida como culpabilidade e, a partir do código penal de 1940, como periculosidade. Independente da modalidade sancionatória, a segregação é executada de forma indiscriminada para as medidas de segurança<sup>48</sup>. Estas medidas são uma forma de proteção da sociedade e dos seus interesses e abrangem suas diversas instituições de controle,

O controle dos indivíduos, essa espécie de controle penal punitivo dos indivíduos ao nível de suas virtualidades não pode ser efetuado pela própria justiça, mas por uma série de outros **poderes laterais**, à margem da justiça, como a polícia toda uma rede de instituições de vigilância e de correção a polícia para a vigilância, as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas, pedagógicas para a correção. É assim que, no século XIX, desenvolve-se, em torno da instituição judiciária e para lhe permitir assumir a função de controle dos indivíduos ao nível de sua periculosidade, uma gigantesca série de instituições que vão **enquadrar os indivíduos** ao longo de sua existência; instituições pedagógicas como a escola, psicológicas ou psiquiátricas como o hospital, o asilo, a polícia etc. Toda essa rede de um poder que não é judiciário deve desempenhar uma das funções que a justiça se atribui nesse momento: **função não mais de punir infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades**. (FOUCAULT, 2002, p. 86, grifo nosso)

A responsabilidade pelo controle penal dos indivíduos é transferida também para a sociedade através dos poderes laterais que visam o enquadramento dos sujeitos. Estas instituições podem ser melhor representadas via hospitais e polícias, mas também asilos e instituições pedagógicas. Um poder que, ao mesmo tempo em que não é judiciário, não pune as infrações, mas corrige os indivíduos, enquadra-os de acordo com os seus predicados. Cohen (2013) traz a concepção de alienação e suas diferentes considerações:

Anteriormente, o indivíduo portador de um transtorno mental que tivesse cometido um crime, era apenas um indivíduo alienado. Este conceito deriva do latim *alienatio, onis*: afastamento, privação, que deriva do adjetivo *alienus*: próprio de outro, um estranho, intruso. A alienação foi percebida como uma carência ou descontrole até o início do século XIX. A partir desse período ela vai ser entendida como loucura e posteriormente como uma doença mental. (COHEN, 2013, p. 30-31)

<sup>48c</sup>No chamado período moderno do Direito Penal, também conhecido como época humanitária do Direito do séc. XVIII, observa-se a intensa influência do Iluminismo, movimento que pregou a reforma das leis e da administração da Justiça penal. Surge o conceito de medida de segurança por doença mental” (COHEN, 2013, p. 27-28).

Portanto, a definição da alienação nas suas diferentes fases denota a afirmação de segregação da loucura de acordo com as virtualidades e regras da sociedade. O que pode ser considerado crime em determinada realidade, também pode ser normal em outra. A exemplo da legalização da maconha no Uruguai, do aborto, nepotismo e tantos outros fatos que são ora criminalizados ora aceitos, de acordo com os diferentes interesses envolvidos. Sobre a correlação entre loucura e periculosidade,

Retomando a questão do porquê sempre estamos tentando fazer este tipo de associação entre a doença mental e a periculosidade, acredito que ela provem de um período de obscurantismo da nossa sociedade, quando **ela segregava todas as pessoas que fossem consideradas diferentes da média politicamente correta**, portanto teriam **condutas incontroláveis**, o que as tornariam perigosas. Naquele período, por medida de segurança, foram presos tanto os doentes mentais, os leprosos, os criminosos, as prostitutas, etc., pois eles foram considerados socialmente perigosos. (COHEN, 2013, p. 40, grifo nosso)

Os sujeitos que tinham condutas fora do padrão ou não politicamente corretas eram considerados incontroláveis e perigosos. Isto justificava a segregação, pois diante do perigo da anormalidade, o regramento da sociedade poderia sofrer interferência e/ou interrupção. Mas, este obscurantismo não ficou no passado, ele se reatualiza no presente e se exponencia, na criminalização do desvio de conduta. Esta por sua vez tem cor, raça e classe. São primeiramente suspeitos e criminalizados os sujeitos que pertencem à população de periferia, preta e pobre. Sem vez e sem voz, o que resta é criminalização da loucura enquanto comportamento na contramão das regras sociais. Em relação à loucura e a tentativa do restabelecimento da “normalidade”,

Nesse processo dialético de convivência com a loucura, a própria ciência foi se dando conta da insuficiência da abordagem tradicional: **a entrega do louco ao ambiente manicomial apenas o cronifica**. O mandato social dado ao **psiquiatra, para considerá-lo como tutor universal do louco e, principalmente, como escudo protetor entre a sociedade e a loucura** (e entre o louco e sua própria loucura), foi insuficiente para trazer a cura — objetivo mítico de restabelecer um padrão de normalidade capaz de eliminar a periculosidade do psicótico. O que se viu e se vê, na prática, é o agravamento da condição psicótica e a perda da possibilidade de retorno social ao louco que penetra nesse sistema. (JACOBINA, 2008, p. 88, grifo nosso)

Nesta complexidade dialética com a loucura, as ações mostraram-se insuficientes quando destinavam o louco ao manicômio que, ao invés de eliminar a doença, apenas o cronificava via enclausuramento e medicalização. O saber psiquiátrico neste contexto foi, e é considerado enquanto escudo entre sociedade e loucura, poder centralizado no médico que pode determinar e justificar a internação, conter a loucura e controlar comportamentos. O doente mental de qualquer forma tem sua possibilidade de retorno social agravado, pois sofre

um somatório de interferências: internação, medicalização e segregação em decorrência do estigma social imposto pelo poder da normalização, conforme destacamos a seguir.

Recorremos à obra de Foucault (2010), **Os anormais**, para aprofundarmos a discussão sobre anormalidade e do que é afinal ser normal em nossa sociedade. Segundo o autor, anormalidade seria basicamente uma transgressão das regras, um comportamento que “[...] vem tocar, abalar, inquietar o direito, seja o direito civil, o direito canônico ou o direito religioso [...] ponto de atrito entre a infração a lei-quadro, natural, e a infração a essa lei superior instituída por Deus ou pelas sociedades” (FOUCAULT, 2010, p. 54).

Na aula de 22 de janeiro de 1975, Foucault aborda as anomalias do século XIX, denominando-as: monstro humano, incorrigível e a criança masturbadora. O monstro incorreria não apenas nas leis da sociedade, mas também nas da natureza. A união destas três figuras é a anormalidade no século XIX. Na concepção do autor, elas também são consideradas monstros, indivíduos a serem corrigidos. “[...] o que essas condutas infringem não é a lei [...] São qualificações morais, isto é, a modéstia, a fidelidade. São também regras éticas [...] número de regras que podem ser fisiológicas, psicológicas, morais, etc.” (FOUCAULT, 2010, p. 15).

As discussões que antecedem estas afirmações sobre a anormalidade exemplificam o exame psiquiátrico para legitimar o poder de punição na perspectiva de julgamento da instituição judiciária, demonstrando que os sujeitos se assemelham ao seu crime “[...] uma doença que não é uma doença, já que é um defeito moral” (FOUCAULT, 2010, p. 18). Na sequência o autor menciona o direcionamento dos exames médico-legais “Não é a delinquentes ou a inocentes que o exame médico-legal se dirige, não é a doentes opostos a não doentes. É a algo que está a meu ver, na categoria dos ‘anormais’” (FOUCAULT, 2010, p. 36).

Sobre a origem e articulação entre as técnicas de normalização e os poderes a elas ligados, o autor acrescenta à nossa discussão sobre a anormalidade ao afirmar o seguinte,

**[...] essas técnicas de normalização, e os poderes de normalização** que são ligados a elas, **não são apenas efeito do encontro, da composição, da conexão entre o saber médico e o poder judiciário, mas que, na verdade, através de toda a sociedade moderna**, um certo tipo de poder – nem médico, nem judiciário, mas outro – é que conseguiu colonizar e repelir tanto o saber médico como o poder judiciário; um tipo de poder que desemboca finalmente na cena teatral do fórum, apoiando-se, é claro, na instituição judiciária e na instituição médica, mas que, em si mesmo, **tem sua autonomia e suas regras. Essa emergência do poder de normalização, a maneira como ele se formou, a maneira como se instalou, sem jamais se apoiar numa só instituição, mas pelo jogo que conseguiu estabelecer entre diferentes instituições, estendeu sua soberania em nossa sociedade.** (FOUCAULT, 2010, p. 23, grifo nosso)

É uma normalização para além do saber médico e judiciário, poder de normalização construído na sociedade e pela sociedade. Com regras próprias bem definidas, restam dúvidas sobre quem as define e em qual modelo foram baseadas, seja de família, relacionamento ou normalidade. Temos um poder que se tornou soberano na sociedade, mas, que obviamente responde aos interesses médicos e judiciários, conforme discutiremos posteriormente. Em relação aos parâmetros destas regras sobre a anormalidade, destacamos a seguinte afirmação,

O contexto de referência do indivíduo a ser corrigido é muito mais limitado: é a família mesma, no exercício de seu poder interno ou na gestão da sua economia; ou, no máximo, é a família em sua relação com as instituições que lhe são vizinhas ou que a apoiam. O indivíduo a ser corrigido vai aparecer nesse jogo, nesse conflito, nesse sistema de apoio que existe entre a família e, depois, a escola, a oficina, a rua, o bairro, a paróquia, a igreja, a polícia, etc. Esse contexto, portanto, é que é o campo de aparecimento do indivíduo a ser corrigido. (FOUCAULT, 2010, p. 49)

O contexto de parâmetro da sociedade é o mesmo que define o direcionamento das leis e das regras, e nos questionamos que parâmetros são estes. Talvez o modelo exigido seja uma regra que nem mesmo a sociedade consegue seguir, pelo menos na aparência. O autor exemplifica esta afirmação quando menciona que a masturbação “[...] é o segredo universal, o segredo compartilhado por todo o mundo, mas que ninguém comunica a ninguém. É o segredo detido por cada um, o segredo que nunca chega à consciência de si e ao discurso universal” (FOUCAULT, 2010, p. 50-51).

Outro exemplo usado é o caso de Anne, que em 1975 foi levada a juízo e condenada, mas após recurso na corte foi libertada<sup>49</sup>. Contudo, a sua liberdade foi condicionada a obrigatoriedade do uso de roupas femininas e proibição de frequentar lugares com outras mulheres. Neste caso a condenação ocorre porque mesmo sendo mulher “[...] tem gostos perversos, gosta de mulheres, e é essa monstruosidade, não de natureza mas de comportamento, que deve provocar a condenação [...] a atribuição de uma monstruosidade que não é mais jurídico-natural, que é jurídico-moral [...] de conduta” (FOUCAULT, 2010, p. 62-63) Portanto, não se trata da loucura e/ou até mesmo da periculosidade criminosa em si, mas uma transgressão moral, de conduta e, portanto, anormal.

[...] uma espécie de terceiro termo insidioso e oculto, cuidadosamente encoberto, à direita e à esquerda, de um lado e do outro, pelas noções jurídicas de "delinquência", de "reincidência", etc., e os conceitos médicos de "doença", etc. Ele propõe, na verdade, um terceiro termo, isto é, ele pertence verossimilmente e é o que eu gostaria de mostrar a vocês – **ao funcionamento de um poder que não é nem o**

<sup>49</sup>Um dos casos examinados pelo autor ocorreu em 1614-1615 e se tratava de uma pessoa hermafrodita. Alguém batizada com nome de Marie Lemarcis, que aos poucos se tornou homem. Ela foi condenada ao enforcamento, mas após exame de um perito, foram reconhecidos sinais de virilidade e Marie Lemarcis foi solta, mas obrigada a usar roupas femininas e proibida de morar com qualquer outra pessoa. Ou seja, a medicina sobrepõe o direito penal, sob pena de matar e/ou produzir a verdade.

**poder judiciário nem o poder médico, um poder de outro tipo, que eu chamarei, provisoriamente e por enquanto, de poder de normalização.** Com o exame, tem-se uma prática que diz respeito aos anormais, que faz intervir certo poder de normalização e que tende, pouco a pouco, por sua força própria, pelos efeitos de **junção que ele proporciona entre o médico e o judiciário, a transformar tanto o poder judiciário como o saber psiquiátrico, a se constituir como instância de controle do anormal.** E é na medida em que constitui o médico-judiciário como instância de controle, não do crime, não da doença, mas do anormal, do indivíduo anormal, é nisso que ele é ao mesmo tempo um problema teórico e político importante. É nisso também que ela remete a toda uma genealogia desse curioso poder [...]. (FOUCAULT, 2010, p. 36, grifo nosso)

Conforme exposto, este poder de normalização é cuidadosamente naturalizado aos olhos da sociedade e funciona a favor das instâncias de controle da anormalidade que são o saber psiquiátrico<sup>50</sup> e poder judiciário. Ambos com poder de condenação, o saber médico justifica uma condenação através do exame médico-legal a favor da normatividade. Desta forma, o exame psiquiátrico possui uma tripla função: contesta o delito, pois remonta a situação de caracterização pessoal que preveem o delito, embora não desobedeça a lei. O exame tem o poder de fazer com que o réu se pareça com seu crime através da verossimilhança. Por conseguinte, o exame reforça a índole do suposto criminoso quando tem por função “[...] descrever o fundo das condutas criminosas ou paracriminosas que ele vem trazendo consigo desde a infância, é evidentemente contribuir para fazê-lo passar da condição de réu ao estatuto de condenado” (FOUCAULT, 2010, p. 27).

Em relação ao saber médico o autor destaca que a “A psiquiatria terá de tornar psiquiátrica toda uma série de condutas, de perturbações, de desordens, de ameaças, de perigos, que são da ordem do comportamento, não mais da ordem do delírio, da demência ou da alienação mental” (FOUCAULT, 2010, p. 125). Aqui Foucault aborda a psiquiatrização dos comportamentos, a patologização do funcionamento dos sujeitos que são anormais para o poder da normalização. Assim, a anormalidade que ultrapassa a questão da loucura e se concentra nos comportamentos desviantes “[...] indivíduo que é capaz de perturbar a ordem ou a ameaçar a segurança pública [...] não se trata mais, portanto, dos estigmas da incapacidade no nível da consciência, mas dos focos de perigo no nível do comportamento” (FOUCAULT, 2010, p. 120-121). Há uma centralização do poder de punir em que “A questão

---

<sup>50</sup>“Vocês compreendem por que a psiquiatria [...] se interessou pelo problema da criminalidade e da loucura criminal [...] na verdade, ela se interessou imediatamente pela loucura que mata, porque seu problema era constituir-se e impor seus direitos como poder e saber de proteção no interior da sociedade [...] interesse capital que a psiquiatria não pode deixar de ter para esse gênero de crimes [...]” (FOUCAULT, p.103); “Não pôde deixar de ter por que queria assumir o poder e se tornar necessária. Os [...] psiquiatras necessitavam disso para definir e firmar seu poder no interior dos sistemas de regulação da higiene pública” (FOUCAULT, 2010, p.121).

do ilegal e a questão do anormal, ou ainda, a do criminoso e a do patológico, passam, portanto, a ficar ligadas” (FOUCAULT, 2010, p. 78).

Será que a anormalidade poderá se tornar normal e aceita socialmente ao ter por referência a família, sociedade e instituições, conforme destacamos anteriormente? E considerando o movimento contínuo de transformação da realidade em um processo “[...] que não está concluído em nossos dias, o processo que fez que o poder psiquiátrico intramanicomial, centrado na doença, pudesse se tornar uma jurisdição geral intra e extramanicomial, não da loucura, mas do anormal e de toda conduta anormal” (FOUCAULT, 2010, p. 114). Ou seja, o poder psiquiátrico no controle das condutas anormais, dentro e fora das instituições, que transcendeu os muros institucionais.

A figura do anormal vai transformando e adaptando, pois “[...] à medida que as funções da família e o desenvolvimento das técnicas disciplinares serão remanejados” (FOUCAULT, 2010, p. 52). Aqui o autor responde o nosso questionamento, considerando que a partir desta perspectiva de constante transformação e adaptabilidade, os anormais dificilmente vão ser considerados normais, pois os parâmetros estabelecidos estão em constante transformação, conforme a realidade vivenciada pelas instituições normatizadoras.

Estas instituições possuem certo estranhamento diante da própria realidade, em que este poder de normalização “[...] essa concepção de poder é, na verdade, construída a partir de certo número de modelos históricos superados [...] emprestado da realidade histórica” (FOUCAULT, 2010, p. 43). O autor menciona neste trecho que é um equívoco considerar o poder como algo negativo e repressivo, já que estes modelos são oriundos de modelos da realidade histórica. Então podemos considerar que este poder realiza uma crítica a ele próprio, seja consciente ou inconscientemente, sob o crivo da normatização.

Observamos até aqui como a periculosidade e o poder de normalização são atrelados à loucura. Esta discussão nos permite compreender o ponto de partida da Luta Antimanicomial e o contexto que foi enfrentado pelo doente mental para alcançar sua cidadania e ter seus direitos garantidos. Quando falamos no doente mental, também consideramos todos aqueles que lhe representam na luta pela cidadania e dignidade: familiares, profissionais e gestores.

### 3.2 Luta Antimanicomial: caminhos da resistência

No cenário brasileiro, a Luta Antimanicomial foi um movimento social que nasceu no processo de redemocratização do país; As bandeiras de luta do movimento prezam pelas transformações societárias no que diz respeito ao viés anticapitalista e de reestruturação do

atendimento em saúde mental em prol de uma sociedade sem manicômios, considerando que eles são produto da organização das relações sociais no contexto do modo de produção capitalista (AGUIAR, 2020).

No cenário da abertura do regime militar, as primeiras características da trajetória antimanicomial se apresentam no setor de saúde através da constituição de 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do movimento de Renovação Médica (REME). Estes eram espaços de debate e produção do pensamento crítico na área, a partir dos quais emergiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o qual assume uma significativa função nas denúncias ao governo militar relacionadas ao sistema nacional de assistência psiquiátrica que era permeado por práticas de tortura, encarceramento, fraudes e corrupção. As objeções do movimento correspondiam ao aumento salarial, redução das exacerbadas consultas por turno de trabalho, crítica à perpetuação dos manicômios, ao tratamento com o uso de eletrochoques, e melhor atendimento à população através da humanização dos serviços (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2005).

Durante o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 1978, é evidenciado o início de um debate político nacional para além da área da saúde. Oportuno destacar a participação de Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman no I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro. Em São Paulo ocorre em 1979 o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujos debates pontuaram a necessidade de uma articulação mais afinada com os demais movimentos sociais. Em Belo Horizonte é realizado o III Congresso de Psiquiatria, que articulado ao MTSM indicou o desenvolvimento de ações alternativas de assistência psiquiátrica (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2005).

Dois eventos importantes que marcam o movimento em 1987 são a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru-SP. Este último registra a participação de usuários, familiares e novas parcerias que passaram a contribuir com a amplitude do movimento no que diz respeito à incorporação de novos atores, para além dos trabalhadores, em prol da mudança nas políticas e práticas psiquiátricas. Neste II Congresso é criado o Manifesto de Bauru, documento que instituiu o movimento antimanicomial e demarcou a pactuação entre os profissionais e sociedade no enfrentamento das formas de tratamento da loucura (AMARANTE, 1995).

A Luta Antimanicomial é um movimento de organização política com ações de enfrentamento nos diversos territórios que vai de encontro aos poderes e privilégios no combate político contra os manicômios e as formas institucionalizadas no tratamento da



loucura. Para além do manifesto, este evento demarcou a transformação do MTSM em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial sendo um avanço na história do Movimento contra exclusão e discriminação (AGUIAR, 2020).

Esse momento denota a modificação teórica e política do MTSM, na interlocução com as entidades de usuários, seus familiares e o afastamento em relação ao Estado. É definido o lema: por uma sociedade sem manicômios, que caracteriza a discussão do movimento em relação à loucura para além das limitações assistenciais no que diz respeito ao tratamento dado aos “loucos” na sociedade e nas instituições. Entre 1987 e 1993, diversas interlocuções foram realizadas e núcleos do movimento foram se desenvolvendo, como um dos marcos do Movimento Antimanicomial realizado em Salvador/BA, o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, evento cuja principal discussão se deu em relação a sua organização e que produziu um documento sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2005).

O relatório final do encontro realizado em Salvador menciona que o Movimento da Luta Antimanicomial é um movimento social constituído de pluralidade e autonomia, cujas parcerias devem estar interligadas com os demais movimentos sociais nos novos e diferentes espaços que possam oportunizar para a população a apropriação com a luta. Espaços estes de fortalecimento que se materializam através dos conselhos de direitos, eventos, movimentos populares, setores políticos e demais entidades profissionais (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2005). Como resultado desta luta, tem início nos anos 2000 um modelo de atenção à saúde mental mais aberto e apoiado pela comunidade.

Os encontros do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e dos Encontros Nacionais de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial até 2016 podem ser visualizados no quadro abaixo,

*Quadro 8 – Encontros do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil*

Evento	Ano	Local
I Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1991	São Paulo (SP)
II Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1992	Rio de Janeiro (RJ)
I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1993	Salvador (BA)
III Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1993	Santos (SP)
II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1995	Betim (MG)
IV Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1996	Franco da Rocha (SP)
III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1997	Porto Alegre (RS)
V Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1998	Betim (MG)
IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1999	Paripueira (AL)
VI Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2000	Goiânia (GO)
V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2001	Miguel Pereira (RJ)
VII Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2002	Xerém (RJ)
VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2005	São Paulo (SP)
VII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2007	Vitória (ES)
VIII Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2007	Vitória (ES)
VIII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2009	S. Bernardo do Campo (SP)
IX Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2009	S. Bernardo do Campo (SP)

Fonte: Amarante, 2007.

A maioria dos encontros e movimentos aconteceram em São Paulo, mas também nas demais localidades do Brasil. A Luta Antimanicomial abrangue e envolveu diversos atores. Considerando o resultado da nossa pesquisa bibliográfica que demonstrou poucas produções sobre o RS, salientamos

Descentralização do atendimento aos doentes mentais é tema no Rio Grande do Sul desde 1925. A alternativa única de um hospital psiquiátrico de abrangência estadual -o Hospital Psiquiátrico São Pedro - já dá mostras de fracasso: superlotação, abandono e cronificação eram problemas sofridos pela população (des)atendida e que preocupavam as administrações públicas do primeiro quarto do século 20. A proposta foi a construção de hospitais psiquiátricos regionais [...] Os serviços extra-hospitalares constituídos por equipes multiprofissionais só passam a ser concebidos a partir da metade do século, com a produção de novos recursos tecnológicos. No Rio Grande do Sul, ao final da década de 1950 e início dos anos 60, são criados os primeiros ambulatórios públicos, vinculados às universidades e ao hospital psiquiátrico estadual. (FAGUNDES, 1992, p. 57-58)

Observamos a relevância do RS neste movimento pela mudança no cuidado. Processo anterior à RP, que paulatinamente foi delineando um novo paradigma para o cuidado em saúde mental, o movimento de saúde mental vai se compondo em movimento popular e se vincula com outras mobilizações para democratização do Estado e controle social. Na saúde, têm-se os conselhos e conferências; no âmbito jurídico, o ministério público e o direito são parceiros para as mudanças.

No poder legislativo, vereadores e deputados somam-se ao movimento com projetos de leis que modificaram a legislação psiquiátrica de 1934. A nível federal, tramitava o projeto de autoria do deputado Paulo Delgado para extinguir os hospitais psiquiátricos, os

substituindo por uma rede de atenção em saúde mental, além de regular a internação compulsória. No RS é aprovada uma lei semelhante, que contou com expressiva mobilização do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Neste mesmo período ocorre “[...] Seminário Internacional de Saúde Mental, do qual participam 1500 pessoas e são considerados integrantes dos Movimentos de Saúde Mental do Brasil, do Rio Grande do Sul, do Uruguai, da Argentina, da Itália” (FAGUNDES, 1992, p. 62). O público que participou do evento era dos municípios, Governo do estado e Federação dos Hospitais.

Fagundes (2018) identifica três acontecimentos que foram essenciais para a Política de Saúde Mental no RS. Um deles é o curso de administração de Serviços de Saúde Mental<sup>51</sup> realizado em parceria entre a Política Nacional de Saúde Mental da Argentina e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). O curso foi direcionado aos coordenadores daquele país e destinava algumas vagas à equipes de coordenação de saúde mental do Brasil e Uruguai. Ministrado em Concórdia, na província de Entre-Rios na fronteira com Uruguai, o curso teve participação de profissionais brasileiros, que se comprometeram em multiplicar o conhecimento no Estado. Como trabalho de conclusão, em 1987 foi elaborada coletivamente uma proposta para “Delineamentos da Política de Atenção Integral à Saúde Mental”, no RS. A proposta contemplou o conceito de saúde mental da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde da Argentina, princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil elaborados na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, e as propostas da I Conferência Nacional de Saúde Mental do Brasil.

O curso gerou três novas estratégias, das quais duas transcorreram na Argentina e uma no Brasil. Em Concórdia, Entre-Rios, ocorreram seminários bimestrais sobre planejamento e pesquisa, durante o ano seguinte e criamos o Fórum Concórdia de Salud Mental integrado por argentinos, brasileiros, uruguaios e paraguaios, com encontros anuais [...] O Fórum propiciou encontros com Manfred Max-Neef, chileno, que havia recebido o Prêmio Nobel alternativo de economia pelo trabalho sobre “Desenvolvimento em Escala Humana” (1986) e com Franco Rotelli e Augusto Debernardi, de Trieste, Itália, sobre o tema da desinstitucionalização (1992) [...]. Um dos maestros desses processos formativos, o professor Rubén Ferro, da Universidade Nacional de Córdoba, conceituou saúde mental como possibilidade de colocar-se na encruzilhada, pondo palavras ao desconhecido, ao que não se sabe, ao que se oculta porque não se suporta, escutando a cultura, entregando a técnica e recuperando a palavra para o que se funda num projeto político de transformação, para a melhoria da vida de nosso povo. (FAGUNDES, 2018, p. 23)

---

<sup>51</sup>“O que chamou a atenção dos colegas e coordenadores do curso foi o tema da participação social, que além de estar no conceito de saúde mental, se constituiu em uma das prioridades, um dos princípios e um dos objetivos da política, com propostas para viabilizá-la. A participação social, o controle social e o protagonismo dos usuários e familiares nas políticas públicas do Brasil, em especial no SUS e na saúde mental, é uma marca diferencial, ainda hoje, em relação a outros países dos diversos continentes” (FAGUNDES, 2018, p. 22).

O terceiro procedimento foi a edição do Curso de Administração de Serviços de Saúde Mental pela Escola<sup>52</sup> de Saúde Pública (ESP), no RS. O curso tinha como público a equipe de coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, profissionais das diversas regiões sanitárias do estado, coordenações de saúde mental de Santa Catarina, do Paraná e profissionais universitários de saúde mental do Uruguai (Montevidéu).

No RS, é importante frisar que em decorrência da política de unificação na primeira metade da década de 80, foi organizado o Plano Estadual de Saúde Mental que contou com a participação da Secretaria Estadual de Saúde e Superintendência Regional do INAMPS. As Ações Integradas de Saúde (AIS) contribuíram para a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde Mental. Foram “[...] delimitadas prioridades, elaborado um manual de cuidados primários de saúde mental e realizados treinamentos de pessoal na rede pública de serviços estaduais” (WETZEL, 1996, p. 64). O movimento no RS contou com mobilizações coletivas e capacitação dos profissionais, processos que contribuíram para desfazer as amarras institucionais da loucura.

Um dos desdobramentos do curso foi a composição da equipe descentralizada de saúde mental, fundamental para desencadear processos de formação e criação de serviços e mobilização nos municípios gaúchos. Entre 1988 e 1990, foram realizados dois simpósios internacionais na Universidade Federal de Santa Maria sobre Saúde Mental Comunitária. Os eventos tinham enquanto temas: Repensando o conceito de saúde mental e criando alternativas de liberdade. No segundo, houve a participação de mais de 700 pessoas e uma caminhada pela cidade sob a chamada “Por uma sociedade sem manicômios” e “showmício”. Uma carta final foi escrita por 300 mãos majoritariamente em português, com fragmentos em espanhol e italiano. Além destes eventos foram realizados,

[...] cinco cursos de aperfeiçoamento em Administração de Serviços de Saúde Mental, quatro descentralizados com sede em Santa Maria, Passo Fundo, Ijuí e Bagé e um no hospital psiquiátrico São Pedro. Cada um com um título pertinente ao contexto da região ou da instituição. **Os cursos foram disparadores de processos desinstitucionalizantes nos municípios e muitos criaram serviços locais de saúde mental com trabalhadores dispostos à mudança no cuidado.** Os municípios utilizaram recursos financeiros e logísticos próprios incluindo a redirecionamento do gasto com deslocamentos e internações em hospitais psiquiátricos fora da cidade para a viabilização das novas modalidades de atendimento. Foram pioneiros os municípios de Novo Hamburgo, São Lourenço do Sul, Bagé, Alegrete, Santo Augusto, Dom Pedrito. Passo Fundo cunhou a denominação de CAIS Mental (Centro de Atenção Integral à Saúde Mental) para os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. (FAGUNDES, 2018, p. 27, grifo nosso)

---

<sup>52</sup>“A Escola, coordenada pela professora Lucia Silva e Silva, foi aliada e deu suporte à proposta política-pedagógica do curso, a qual se transformou em uma política de educação permanente em saúde mental que transcendeu o período da gestão 1987-1990” (FAGUNDES, 2018, p. 23).

Resgatamos a história destacando os municípios que foram percursos do cuidado no RS. O processo de desinstitucionalização não foi posto aos profissionais, mas antes contou com um exaustivo aperfeiçoamento em regiões descentralizadas e até mesmo internacionalmente. O movimento disparador no RS em um primeiro momento capacitou os profissionais, que na sequência compreenderam a importância da mudança no cuidado, categoria que, para se efetivar, não pode ser realizada na singularidade, mas deve envolver pluralidades e coletivos. E assim foi construído por muitas mãos o cuidado em liberdade.

### 3.3 Reforma Psiquiátrica: resistência no cuidado e na produção do conhecimento

Neste item abordamos a Reforma Psiquiátrica e a Humanização do cuidado destacando a importância da produção do conhecimento neste processo social complexo, no jogo de forças entre o direito e as oposições que se contrapõe constantemente ao cuidado humanizado e a transformação de paradigma no cenário brasileiro. Além disto, pretendemos avaliar a sua contemporaneidade. Desta forma, é imprescindível conceituá-la,

[...] apresenta-se como um campo transversal de forças, de poderes e de saberes que não se restringe apenas ao interior da instituição psiquiátrica, no social e para o social seu investimento, dependendo, então, das diversas mobilizações e articulações políticas e econômicas que se produzam, mais ou menos intensamente entre os grupos e setores envolvidos nas diferentes regiões do País. (ENGELMAN, 2006, p. 34)

A RP abrange vários saberes, forças e poderes em prol do cuidado em liberdade. Para isso, foi necessária muita mobilização e articulação, que ao longo dos anos marcaram a história da desinstitucionalização no Brasil, atravessada por luta e resistência. Determinar o seu início não é uma ação tão simples, uma vez que várias práticas no campo da assistência psiquiátrica poderiam ser consideradas como reformadoras. Contudo, o marco temporal deste processo data o período de 1976, mas obviamente não se constituindo como algo estanque ao passo que suas ações e repercussões são presentes na contemporaneidade (AMARANTE, 2021).

Sendo assim, a RP é um movimento histórico que questiona o modelo asilar e propõe mudanças com críticas propositivas diante da exclusão e da violência do modelo hospitalocêntrico. O setor previdenciário estava em crise financeira por decorrência dos custos com hospitais privados, auxílio-doença e aposentadorias oriundas de distúrbios psiquiátricos. Tais transformações são consequências das lutas presentes desde a década anterior, no contexto da Atenção em Saúde Mental (DEVERA; ROSA, 2007).

Os movimentos pela transformação da atenção em favor do cuidado foram protagonizados pelos trabalhadores do setor, mobilizados pelo crítico contexto apresentado. Este processo de lutas ocorreu com os dirigentes dos hospitais psiquiátricos, considerando que a base teórica e ética do movimento residia na psiquiatria preventiva comunitária americana. Um dos primeiros avanços pela mudança na atenção em saúde mental no Brasil deu-se em 1967, no encontro que originou a “Ata de Porto Alegre”. Foi vislumbrado pela primeira vez a abertura e expansão da rede extra-hospitalar, reorganização do Serviço Nacional de Doentes Mentais, integração da Saúde Mental com a Saúde Pública e celeridade nos programas de formação de recursos humanos (DEVERA; ROSA, 2007).

O segundo avanço foi realizado no Texas em 1968 na I Conferência de Saúde Mental das Américas, momento em que foram ressaltadas as sugestões da Ata de Porto Alegre, acrescentando-se a proposição de realização de estudos epidemiológicos. Neste momento também é mencionado pela primeira vez os serviços de base comunitária, onde compareceram os principais professores das escolas médicas nacionais. O terceiro avanço ocorreu em 1969, no Chile, e contou com a presença do ministro da Saúde do Brasil, quando novamente foi ressaltada a intencionalidade de implantação de um modelo de psiquiatria comunitária no Brasil. O quarto avanço aconteceu em 1970, quando se realizou em São Paulo o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria em parceria com a Psiquiatria Latino-Americana. Neste congresso foi enfatizada a necessidade de um órgão nacional com liderança ativa e destacado o planejamento para construção de uma rede extra-hospitalar. No evento também foi constituído um grupo de estudo para analisar a estrutura da reformulação da Assistência Psiquiátrica no Brasil (PAULA; CAMISÃO, 2018).

Em 1972 foram realizados simultaneamente o II Congresso Brasileiro de Psiquiatria e a III Reunião de Ministros da Saúde em Santiago do Chile, que contou com a presença de representante brasileiro. A partir desse momento ficou pactuada a execução de um programa de saúde mental no Brasil com validade até 1974. Outro palco fundamental de luta neste contexto foi o Congresso Nacional, pois ocorreu a votação da Lei 6.229 que privilegiava o Hospital Psiquiátrico e o tratamento disponibilizado, mas até 1978 ainda permanecia sem receber aprovação devido às contradições provocadas (DEVERA; ROSA, 2007).

Os profissionais que impulsionaram as lutas por mudanças até 1973 seguiram resistentes. Isto ocasionou uma mudança na estratégia de ação, pois foi avaliado que o Estado de São Paulo era o cenário mais propício para o desenvolvimento de uma reação no território brasileiro. Esta reação tinha por objetivo a transformação das práticas e a Política de Saúde Mental baseada no modelo comunitário. Os documentos são incontestáveis expondo que

ainda em 1973 ocorreram encontros regionalizados dos profissionais da Saúde Mental, dirigidos por São Paulo (PAULA; CAMISÃO, 2018).

Um dos primeiros encontros ocorreu em Florianópolis sob a coordenação da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Nele foi indicado o estabelecimento de prerrogativas legais, de acordo com o modelo assistencial-preventivo e com as concepções preventivas-comunitárias. Nestes eventos estavam presentes os Estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Goiás, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O último encontro extemporâneo, em 1975, em São Paulo, foi a I Jornada Paulista de Psiquiatria Preventiva, que obteve menor índice de participação, porém contou com a presença do diretor da DINSAM, que anunciou o Programa de Psiquiatria Preventiva para o Brasil (AMARANTE, 1995).

Para além das transformações no ideário, uma das diferentes contribuições das lutas foram as vivências estaduais, com maior ou menor perpetuidade, baseadas no cunho preventivo-comunitário com destaque para Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia, estados que se destacaram na caracterização da RP. A década de 70 foi marcada pelas denúncias dos profissionais contra a “indústria da loucura”, condenada como onerosa e cronicadora. O sistema recebeu os conteúdos das denúncias e produziu novas propostas advindas do Ministério de Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e Instituto de Previdência Social, momento em que foram adotadas as propostas da Medicina Comunitária e Preventiva, enquanto mecanismo de desenvolvimento de atenção psiquiátrica à população descoberta pelo sistema previdenciário (DEVERA; ROSA, 2007).

Um dos grandes impasses para a RP foi e é o reconhecimento da cidadania dos “doentes mentais”. Considerando a complexidade desta temática, acreditamos que este movimento é uma constante no cuidado em saúde mental,

Portanto, estamos confrontados com questões, bem mais circunscritas, pois a ideia de reforma psiquiátrica não se identifica absolutamente com a noção de assistência psiquiátrica, mas coloca algo de uma outra ordem teórica de realidade, assumindo então feições políticas diferentes e indicando outros campos possíveis de intervenção no espaço social. Vale dizer, a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um dos seus temas e mesmo como um tema privilegiado, mas certamente a transcende, pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear um outro lugar social para a loucura na nossa tradição cultural. Parece-nos mesmo que é por esta maior abertura teórica do campo da saúde mental e da transcendência da indagação sobre um outro lócus para a loucura que podemos reencontrar de forma rigorosa o outro pólo constitutivo deste debate: a questão da cidadania. (BIRMAN, 1992, p. 72)

A noção de cidadania<sup>53</sup> começou com o movimento da RP e foi reafirmada com a Política de Saúde Mental. Esta perspectiva de direito se apresentou e ainda se apresenta como desafio na Política de Saúde, pois não se trata apenas de reconhecer um direito, mas de garanti-lo. Os usuários da saúde mental devem ser partícipes desse conceito de cidadania, devem ser “como protagonista- protagonista e não como mero objeto das ações - o próprio sujeito com diagnóstico de transtorno mental, seja o nome que se utilize para designá-lo: “usuário”, “ex-usuário”, “sobrevivente”, “psiquiatrizado” ou outro termo qualquer” (AMARANTE, 2021, p. 18).

Para aprofundarmos a reflexão sobre protagonismo, devemos compreender qual o significado da palavra ator. Segundo o dicionário *online* priberam,<sup>54</sup> o vocábulo vem do latim *actor*, *-oris*, e remete a condutor, fazedor, executante, queixoso, advogado, orador, intérprete, administrador. Na definição, temos pessoa que representa um personagem em peças teatrais, filmes ou telenovelas, ou seja, artista, comediante e/ou intérprete; quem executa um papel de protagonista; ou quem é um farsante. Portanto, a definição de ator na discussão da RP denota protagonismo. E como falar em protagonismo e participação quando os mais interessados, os usuários da saúde mental, não estão ocupando massivamente os espaços? Ao contrário, são meros objetos sob o crivo do verniz democrático da saúde mental.

Amarante (2021) afirma que a RP é considerada um processo, pois envolve movimento, instituições, práticas e sujeitos, sejam eles profissionais, familiares e outros atores sociais que são mobilizadores em prol da transformação de práticas e mentalidades. Todavia, ela “[...] não é uma simples transformação do modelo assistencial, em que pese a enorme importância desta. Trata-se de uma transformação de mentalidade, de culturas, de referência científicas, de relações sociais, de formas de ver e estar no mundo” (AMARANTE, 2021, p. 15). A partir de então, contextualizaremos referências científicas importantes para o movimento.

Com o esgotamento do regime militar em meados do final da década de 1970, o fim do milagre brasileiro e o impacto da crise do petróleo, em 1973, que elevou a inflação de 2,74% (1960) para 7,1% (1970), o incômodo no sistema econômico e a ressaca dos “anos de chumbo” da ditadura foram o estopim para os movimentos e resistência com a criação de várias iniciativas e mobilizações. É neste período, em 1976, que nasce a Revista Saúde em

---

<sup>53</sup> “[...] começou a circular entre de maneira decisiva entre nós nos anos oitenta sob a forma de que o Estado brasileiro teria uma “dívida” real para com os doentes mentais, em função da sua longa exclusão social e a consequente ruptura de seus laços sociais” (BIRMAN, 1992, p.72).

<sup>54</sup> Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/>. Acesso em: 26 mar. 2022.



Debate<sup>55</sup>. O periódico tinha por objetivo socializar o pensamento crítico sobre a evolução da saúde, suas formas institucionais, e interpretar as relações existentes entre saúde, poder e movimentos de resistência, além de ser um espaço democrático para divulgar novas concepções sobre saúde (AMARANTE, RIZZOTTO, COSTA, 2015).

Contudo, a revista necessitava de uma instituição jurídica que fornecesse amparo legal, e foi assim que surgiu o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Desde este período, o CEBES responde pela direção política e intelectual da revista. Neste exemplo observamos que não foi a entidade que fomentou o mecanismo de informação e divulgação, e sim a revista que deu origem ao movimento social materializado coletivamente através do CEBES. Portanto, [...] “não se observou uma distinção entre a revista e o CEBES, mas uma complementariedade de estratégias e metas” (AMARANTE, RIZZOTTO, COSTA, 2015, p. 2024). A revista, no decorrer destes anos de existência, realizou várias publicações, passando por períodos conjunturais desafiantes, mas estes momentos foram superados pela militância do movimento sanitário que manteve o debate e o pensamento crítico da saúde enquanto mecanismo político de mobilização e construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Paim (2009) o lançamento da revista Saúde em Debate e a criação do CEBES, em 1976 foram fundamentais para que a lógica da Reforma Sanitária não se vinculasse tão somente a reorganização dos serviços, mas à saúde como direito no viés democrático. A revista oportunizou o estabelecimento de mobilizações interdisciplinares no campo da saúde coletiva, em que os jovens ativistas criadores da revista, e contra a ditadura, vislumbraram um mecanismo que questionasse a política nacional neodesenvolvimentista liberal<sup>56</sup>, uma vez que era o Estado autoritário e seus rebatimentos que estavam em jogo. Os reflexos deste Estado eram um modelo de saúde assistencialista, hospitalocêntrico e curativista e a privatização do sistema previdenciário e do uso dos recursos do Fundo de Apoio Social (FAS-CEF) para subsidiar a criação de hospitais privados (AMARANTE, RIZZOTTO, COSTA, 2015). A relevância da produção do conhecimento para a RP e o movimento antimanicomial é destacada em uma das denúncias apresentadas pela revista

---

<sup>55</sup>“O momento de lançamento da ideia da revista ocorreu na 28ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciência (SBPC), em junho de 1976, em cujo encontro a comunidade científica, que já vinha fazendo duras críticas ao regime militar, passou a exigir o retorno de professores e pesquisadores, vítimas do regime, aos institutos de pesquisas e às universidades” (AMARANTE, RIZZOTTO; COSTA, 2015, p. 2024).

<sup>56</sup>Em **A Ofensiva do Conservadorismo**, a autora menciona que “Não teria sentido promover a distinção entre conservadores e liberais (e por que não os “neodesenvolvimentistas”?) caso se focalize estritamente a base material, pois esta serve como cenário concreto para esses arquétipos políticos [...] defendo a existência de um sincretismo no Brasil em virtude de o conservadorismo tomar a cena pública sob a veste do liberalismo”. Ela ainda defende a tese de que é possível ser liberal e conservador ao mesmo tempo (KELLER, p.135-136, 2019).

Um exemplo claro deste modelo hospitalocêntrico pode ser dado no campo da psiquiatria, onde o que existia eram fundamentalmente instituições asilares, que chegaram a assombrosa oferta de 80 mil leitos, absorvendo cerca de 97% de todos os recursos financeiros destinados à área. As denúncias apresentadas pela Comissão de Saúde Mental do CEBES, em 1980, citavam documentos oficiais que assumiam que o sistema era repleto de distorções decorrentes de pagamentos de serviços não produzidos ou desnecessários. (AMARANTE; RIZZOTTO; COSTA, 2015, p. 2025)

Portanto, a criação da revista e do CEBES aconteceu *pari passu* com o movimento da RP e também foi um marco histórico para as possibilidades da Reforma Sanitária. A revista é um mecanismo político na produção do conhecimento, possibilitando resistência e fortalecimento das pautas democráticas contra o autoritarismo e retrocessos.

Uma ação importante neste processo foi a organização do Núcleo Estadual de Saúde Mental do CEBES, iniciativa de dez médicos que se reuniam em uma sala do Sindicato dos médicos. A direção do sindicato, comandada por simpatizantes do governo autoritário, foi vencida por um conjunto de médicos graduandos e críticos ao sistema “[...] Tratava-se do movimento, autodenominado Renovação Médica (REME). A aproximação do REME com o CEBES vai propiciar o surgimento dos primeiros passos da Reforma Psiquiátrica brasileira” (AMARANTE, 2021, p. 25).

### 3.4 Movimentos Sociais sob a Perspectiva dos Direitos Humanos

Reiterando que tanto o movimento antimanicomial como a Reforma Psiquiátrica são considerados movimentos sociais, pois eles provocaram uma transformação no paradigma do cuidado com a loucura, aprofundamos neste item a concepção sobre movimentos sociais, seus significados e implicações, correlacionando a RP com o Projeto Ético Político do Serviço Social e tendo como base os direitos humanos.

Gohn (2010) ressalta que os movimentos sociais contemporâneos,<sup>57</sup> mesmo tendo suas raízes nos anos 1980, divergem daqueles ocorridos no regime populista, no fim das décadas de 1970 e 1980. E ainda, trazemos Diaz para reforçar que:

No Brasil, os movimentos sociais originam-se da resistência ao regime autoritário dos anos 70 e sua construção coletiva se fez na forma de teia ou rede, articulando-se com outras organizações, tais como sindicatos e partidos políticos. Englobando o conceito de cidadania, a característica que se tornou mais forte foi a construção da “cultura de direitos”: a partir de lutas específicas e de práticas concretas, novos direitos criados ou inventados incorporam-se à agenda política. (DIAZ, 2008, p. 181)

<sup>57</sup> “[...] a partir dos anos 1960, em várias regiões acadêmicas do mundo, o estudo dos movimentos sociais ganhou espaço e *status* de objeto científico de análise” (GOHN, 2010, p. 10).

Gohn (2010), por outro lado, considera que as ações coletivas existentes divergem dos movimentos sociais historicamente construídos, pois são caracterizadas enquanto mobilização social e/ou ações civis que não possuem mais a coletividade como direcionamento, mas sim o particular. São ações de cima para baixo que intencionam adesão e controle social.

No cenário sociopolítico brasileiro do final dos anos 70 e 80 ocorreu uma propagação de movimentos e organizações sociais que evidenciaram política e publicamente as diferentes expressões da questão social. Em 1988, com a Constituição Federal, mesmo parcialmente, alguns direitos foram previstos,<sup>58</sup> como saúde, educação, trabalho, lazer, segurança e previdência social. A constituição “[...] mal iniciara a efetivação dos direitos sociais e já caminhava na contramão do que se propunha a realizar [...] o neoliberalismo [...] apontava para redução de gastos públicos (com a classe trabalhadora) e direitos sociais” (GUIMARÃES, PEREIRA, 2020, p. 39). As autoras frisam que isso reforçou o Estado mínimo ao social, mas com recursos inteiramente voltados aos interesses do capital.

Nos anos 80 é apresentado um novo aspecto teórico e prático sobre os movimentos sociais, pois emergem novas pautas pelo direito à terra e sua posse, à moradia, ao transporte, organizações ampliadas das associações de moradores, movimentos dos desempregados e pelo direito à saúde. Movimentos que tinham como principal pauta o direito a ter direitos. No entanto, em 1990 são adotados os ajustes neoliberais pelos governos nacionais, os quais desmobilizaram as pautas sindicais e populares, além de frustrarem a possível criação de políticas universais (DURIGUETTO; BAZARELLO, 2015).

A concepção dos movimentos segundo Gohn (2010) é “[...] expressão de uma ação coletiva e decorre de uma luta sociopolítica, econômica ou cultural [...] são criados e desenvolvidos a partir de grupos da sociedade civil, têm nos direitos a fonte de inspiração para construção de sua identidade” (GOHN, 2010, p. 14). A autora ainda salienta que os movimentos sociais são aqueles estruturados a partir da sociedade civil, e não o contrário. Como observamos na seguinte afirmação,

[...] as alterações do papel do Estado em suas relações com a sociedade civil e em seu próprio interior. As novas políticas sociais do Estado globalizado priorizam processos de inclusão social de setores e camadas tidas como "vulneráveis ou excluídas" de condições socioeconômicas ou direitos culturais (índios, afro descendentes etc.). Esse papel é realizado de forma contraditória. **Captura-se o sujeito político e cultural da sociedade civil, antes organizado em movimentos e ações coletivas de protestos, agora parcialmente mobilizados por políticas sociais institucionalizadas.** Transformam-se as identidades políticas desses sujeitos

---

<sup>58</sup>Mencionamos parcialmente porque conforme Flores (2009) os direitos são garantias provisórias e a maioria da população não possui acesso adequado à saúde, habitação e transporte conforme pleiteado pelos movimentos sociais nos anos 80.

– construídas em processos de lutas contra diferenciações e discriminações socioeconômicas – em **políticas de identidades, pré-estruturadas segundo modelos articulados pelas políticas públicas, arquitetados e controlados por secretarias de Estado**, em parceria com organizações civis - tipo organizações não-governamentais (ONGs), que desempenham o papel de mediadores. Criam-se, portanto, novos sujeitos sociopolíticos em cena, demarcados por laços de pertencimento territorial, étnico, de gênero etc., **como partes de uma estrutura social amorfa e apolítica**. (GOHN, 2010, p. 13, grifo nosso)

Dessa forma, a intencionalidade de controle e coesão é alcançada a partir do momento em que tais movimentos são cooptados pela mobilização parcial, seguindo o modelo imposto de acordo com os interesses do Estado e das parcerias com as entidades da sociedade civil. Este funcionamento perpetua uma sociedade amorfa, apolítica e desmobilizada diante dos pleitos que priorizem os interesses da população. As pautas e agendas dos movimentos sociais lhes atribuem status de poder porque “[...] Se trata de um tipo de jogo de forças em que se disputa não a construção do bem comum (infelizmente) mas a tomada de espaços sobre a produção, gestão e controle de uma infinidade de coisas” (GOHN, 2007, p. 262).

As relações dos conselhos com o executivo são descaracterizadas enquanto conquistas dos movimentos sociais,

Em outras análises (principalmente na área da saúde e assistência social), parte-se da contextualização da agenda de contrarreformas do Estado e seus impactos regressivos na constituição das políticas sociais e, não obstante a positividade da novidade conselhistas, são problematizadas questões relativas à **centralização do poder no executivo e sua capacidade para neutralizar, impedir e desarticular a ação dos conselhos; diluição dos conflitos e dos enfrentamentos**; sua natureza setorial e fragmentada; tendência à burocratização dos processos participativos; decisões tomadas sob o crivo corporativista; sonegação de informações relativas ao orçamento, dentre outros. (DURIGUETTO, BAZARELLO, 2015, p. 139, grifo nosso)

Compreendemos que as pautas dos conselhos se configuram enquanto decisões institucionais, pois não são produtos das mobilizações dos conselhos, não há chamamento para eleição dos conselheiros. Do contrário, são convidados representantes dos órgãos governamentais e sociedade civil composta por entidades e instituições que possuem parcerias público-privadas com o poder público. A entrevista com a atual secretária municipal de saúde elucida este enfraquecimento da participação *“E forças contrárias... não, as resistências básicas que qualquer município tem de orçamento [...] temos o apoio da administração o prefeito sempre nos apoia nas ações, nas iniciativas, então não vejo forças contrárias”* (MARTINS, 2022, n.p.). Indagamo-nos se isso não se caracteriza como uma ausência de conflitos e forças contrárias na medida em que a população não se faz presente para defender

os seus interesses. Ao mesmo tempo há certo amortecimento da população,<sup>59</sup> pois ela pode se organizar independente da gestão para defender seus interesses.

A mobilização se faz urgente para serem estruturados estes espaços permanentes nas estruturas de gestão “[...] através do resgate dos espaços (alguns já existentes) de formulação, implementação e acompanhamento de políticas e [...] financiamento, que não fossem forjados como lugares de ratificação da lógica dominante, mas sim, lugar com poder de deliberação e veto” (GULJOR, AMARANTE, 2017, p. 652). Os autores ainda ressaltam a importância dos movimentos sociais não estarem sujeitos às agendas da gestão e não serem cooptados enquanto organismos a serviços das pautas da própria gestão.

Quando tratamos da caracterização dos movimentos sociais com caráter contínuo e a distinção entre eles e as mobilizações sociais,

[...] Longe de se tratar de uma questão semântica, **um "movimento social" caracteriza uma organização, com relativo grau de formalidade e de estabilidade, que não se reduz a uma dada atividade ou mobilização. Uma "mobilização social" remete a uma atividade, que se esgota em si mesma quando concluída.** Mobilização pode ser uma ferramenta do movimento; também uma mobilização pode se desdobrar em outras até formar um movimento; mas em si, mobilização não necessariamente significa uma organização nem constitui um movimento social. (MONTAÑO, DURIGUETO, 2010, p. 264, grifo nosso)

Destacamos a resposta de uma usuária sobre a sua participação no Conselho Municipal de Saúde *“um tempo eu estava participando na Secretaria de Saúde com aquelas moças [...] era sempre uma vez por mês, eu ia com uma das moças do CAPS [...] agora faz um tempão que não participei mais”* (LM, 2022, n.p.). Essa ausência de participação descaracteriza o movimento como um movimento social, deixando dúvidas se os interesses da população, usuários e familiares estão sendo contemplados, visto que eles não estão nestes espaços para se manifestar. Se um movimento social não se mobiliza e permite que outras pessoas tomem suas decisões, nos questionamos se ainda podemos denominá-lo movimento social. O movimento social<sup>60</sup> pressupõe uma participação contínua, e não “[...] um poder executivo que também reproduz a perspectiva dos demais poderes [...] exceto em raros momentos, onde são possíveis avanços através da mobilização organizada de setores

<sup>59</sup>“Os hospitais foram sucateados, as favelas vivem em Estado de guerra constante e não vemos mobilização popular. As massas estão sendo lentamente controladas pelo projeto ideológico fascista. A mídia por seu turno denuncia, mas as autoridades dizem que a imprensa mente. O povo fica indeciso, estático, idiotizado” (FAGUNDES, 2020, n.p.).

<sup>60</sup>Gohn (2010), parafraseando Touraine, destaca a ideia de sujeito utilizado pelo autor, comparando-o ao movimento social, pois o sujeito está correlacionado a “[...] vontade, resistência e luta [...] não há movimento social possível a margem da vontade de libertação ou liberação do sujeito” (GOHN, 2010, p. 95).

populares como na questão da Reforma Psiquiátrica” (GULJOR, AMARANTE, 2017, p. 649).

Um dos possíveis motivos “[...] sobre a fragilidade dos movimentos sociais no Brasil [...] é que eles perderam força política [...] porque se transformaram em meios de institucionalização de práticas sociais organizadas de cima para baixo, práticas que são formas de controle e regulação da população” (GOHN, 2010, p. 60). Isto denota uma ausência de espaços democráticos, e conforme Neto (1997), a democracia na sua perspectiva formal prevê a igualdade entre os sujeitos, mas na realidade acaba expressando a “[...] desigualdade material, o que, certamente expressava o caráter limitativo da participação política” (NETO, 1997, p. 290). Compreendemos que “Ao mesmo tempo em que vários movimentos sociais tiveram, em diversos países, mais condições de organização [...] em outros, eles perderam muito sua força política junto a população, em virtude da decepção e da não credibilidade em geral da sociedade civil [...]” (GOHN, 2010, p. 59).

Estabelecendo uma relação com o Serviço Social, dialogamos com Vasconcelos (2016), pois ele destaca que os movimentos da RP, Luta Antimanicomial e Movimento de Reconceitualização – incluindo intenção de ruptura e Projeto Ético Político – são desenvolvidos desde 1980 e possuem convergências. Os princípios do Código de Ética do Serviço Social dialogam com os princípios do movimento antimanicomial, especialmente, na defesa intransigente dos direitos humanos. O processo ocorrido a partir do “[...] “congresso da virada” e a articulação e aproximação com os movimentos sociais e os sindicatos constituiu um marco para o desenvolvimento do projeto ético-político profissional nos anos 1990” (DURIGUETTO, BAZARELLO, 2015, p. 138). Esse foi um momento basilar para o fortalecimento da correlação entre Serviço Social e os movimentos sociais, nas campanhas e lutas antimanicomais,

Entretanto, há claras diferenças entre os dois movimentos. Em primeiro lugar, elas são provenientes do fato da reforma psiquiátrica se tratar, por um lado, de um movimento social mais amplo e difuso e, por outro, o serviço social configurar uma profissão com entidades corporativas mais centralizadas. Em segundo lugar, as diferenças ficam mais claras quando se compara os objetivos estratégicos mais amplos e suas bases teórico-conceituais. O projeto ético-político do serviço social brasileiro construiu sua fundamentação teórica no marxismo e assumiu mais clara e explicitamente a luta pela superação da sociedade de classes e do capitalismo, em um processo de politização e ativismo sem precedentes e sem similaridades em qualquer outra profissão no país, bem como no serviço social nos demais países. O movimento antimanicomial constitui-se como um movimento social amplo, diversificado e pluralista, com base social principal em um espectro variado de profissionais e trabalhadores que atuam nas redes de saúde mental, com enormes diferenças no perfil de formação e posicionamento ético-político corporativo. Além deles, temos a presença de lideranças de usuários e familiares oriundas das classes populares, normalmente com níveis educacionais baixos (as classes médias com

renda mais alta e níveis educacionais mais elevados geralmente não usam o SUS, pois têm seguros e planos privados de saúde). (VASCONCELOS, 2016, p. 44)

Mesmo diante das diferenças, observamos que o Projeto Ético Político do Serviço Social possui estreita relação com o movimento da RP e Luta Antimanicomial. Ressaltamos que tanto o Movimento da RP e de Reconceituação foram conduzidos e gestados no Brasil, embora a RP tivesse influência italiana. Vasconcelos (2016) menciona que há a possibilidade de “fertilização mútua” e destaca que há mais similaridades do que divergências entre os movimentos, reforçando que a profissão tem muito a contribuir com o movimento antimanicomial e com a área de saúde mental e direitos humanos.

A corrente prevalecente no Serviço Social é o materialismo histórico que nos oferece subsídios para compreensão e transformação da realidade. Quando o capitalismo se torna mais severo, com mais exploração e austeridade fiscal, as formas de dominação através do racismo, colonialismo e heteropatriarcado se tornam também mais perversas. E nesta lógica as pessoas com sofrimento psíquico são racializadas, mais dominadas e excluídas, momento em que são violados os direitos humanos.

Compreendemos direitos humanos<sup>61</sup> como conjunto de procedimentos que “[...] possibilitam a abertura e a consolidação de espaços de luta pela dignidade humana” (FLORES, 2009, p. 13). A teoria crítica dos direitos humanos exige um novo paradigma interligado com ações sociais emancipatórias e a continuidade das lutas por dignidade. Embora regulamentados, esses direitos são considerados conquistas provisórias, ou seja, não são vitalícios. Embora previstos, nem sempre se concretizam. Compreende-se dignidade como

[...] não o simples acesso aos bens, mas que tal acesso seja igualitário e não esteja hierarquizado “*a priori*” por processos de divisão do fazer que coloquem alguns, na hora de ter acesso aos bens, em posições privilegiadas, e outros em situação de opressão e subordinação. Mas, cuidado! Falar de dignidade humana não implica fazê-lo a partir de um conceito ideal ou abstrato. A dignidade é um fim material. Trata-se de um objetivo que se concretiza no acesso igualitário e generalizado aos bens que fazem com que a vida seja digna de ser vivida. (FLORES, 2009, p. 31)

A dignidade transpassa o simples acesso, pois este, para se materializar, deverá ser igualitário e livre de qualquer subordinação hierarquizada. Assim, a dignidade é considerada um objetivo material. Ela foge do campo da abstração e exige condições materiais para sobrevivência dos sujeitos. Dito isto, essas condições são “[...] expressão, convicção religiosa, educação, moradia, trabalho, meio ambiente, cidadania, alimentação sadia, tempo para o lazer e formação, patrimônio histórico-artístico, etc.” (FLORES, 2009, p. 28).

<sup>61</sup> “[...] Surgiram no Ocidente como resposta às reações sociais e filosóficas que pressupunham a consciência da expansão global de um novo modo de relação social baseada na constante acumulação de capital” (FLORES, 2009, p. 36).

Os resultados das lutas pela dignidade “[...] se é que temos o poder necessário para isso, deverão ser garantidos por normas jurídicas, por políticas públicas e por uma economia aberta às exigências da dignidade” (FLORES, 2009, p. 33). As políticas públicas são os meios para a materialidade destas normas e são precedidas da abertura econômica que subvencione as ações necessárias. Contudo, estes movimentos em prol dos direitos não foram e não são uma constante. As pessoas “[...] acabam desencantadas, pois, apesar de nos dizerem que temos direitos, a imensa maioria da população mundial não pode exercê-los por falta de condições materiais para isso” (FLORES, 2009, p. 27). Este desencanto também se traduz em desmobilização, daí a explicação pelo esvaziamento dos conselhos de direitos. Se não são dadas as condições materiais para usufruí-los, por que continuar lutando e insistindo? Esta negativa também se apresenta enquanto estratégia, tendo em vista que é muito mais fácil justificar a tomada de decisões de forma verticalizada quando não há participação da população interessada, restam dúvidas sobre quais seriam as condições dadas para garantir este acesso e permanência no processo de participação.

Em relação à participação devemos considerar os seus resultados, pois “Quando começamos a falar de direitos humanos destacando o conceito de direitos, corremos o risco de nos esquecer dos conflitos e lutas que conduziram à existência de um determinado sistema de garantias dos resultados das lutas sociais” (FLORES, 2009, p. 21). Nesta discussão também são questionados: os bens que os direitos precisam garantir, os meios para efetivá-los e as lutas que devem ser travadas para o acesso mais igualitário em condições dignas de existência. Buscamos as contribuições de Norberto Bobbio (2004), que problematiza a Declaração Universal dos Direitos Humanos, especialmente sobre igualdade e liberdade,

A Declaração conserva apenas um eco porque os homens, de fato, não nascem nem livres nem iguais. São livres e iguais com relação a um nascimento ou natureza ideais, que era precisamente a que tinham em mente os jusnaturalistas quando falavam em estado de natureza. A liberdade e a igualdade dos homens não são um dado de fato, mas um ideal a perseguir; não são uma existência, mas um valor; não são um ser, mas um dever ser. Enquanto teorias filosóficas, as primeiras afirmações dos direitos do homem são pura e simplesmente a expressão de um pensamento individual: são universais em relação ao conteúdo, na medida em que se dirigem a um homem racional fora do espaço e do tempo, mas são extremamente limitadas em relação à sua eficácia, na medida em que são (na melhor das hipóteses) propostas para um futuro legislador. (BOBBIO, 2004, p. 18)

As condições igualitárias não são dadas naturalmente levando em consideração as particularidades das diferentes realidades da população. Tais condições devem ser construídas, pois não podemos limitar os direitos às normas, até porque eles não vão



funcionar de forma autônoma e independente. Para serem garantidos e/ou alcançados, eles precisam de sujeitos comprometidos na luta para pleiteá-los a favor da justiça social,

De fato, quando nos diz que somos iguais perante a lei, o que em realidade está dizendo é que devemos ser iguais perante a lei. A igualdade não é um fato já dado de antemão. É algo que se tem de construir, utilizando para isso todo tipo de intervenções sociais e públicas. Portanto, quando utilizamos a linguagem dos direitos, não partimos do que temos, mas sim do que devemos ter. (FLORES, 2009, p.38)

Precisamos considerar os contextos para então compreender os meios necessários para acessar determinados direitos. Uma pessoa em sofrimento psíquico não tem as mesmas condições de alguém que não faz uso de medicações psiquiátricas e acompanhamento periódico no CAPS, assim como aquele sujeito que reside na periferia não tem o mesmo acesso daqueles que residem em regiões centrais com uma extensa rede de cuidados no seu território. “Por mais que uma norma [...] diga que temos os direitos, de pronto nos deparamos com a realidade, com os fatos concretos que vivemos, e o resultado definitivo pode ser bem diferente para uns e outros” (FLORES, 2009, p. 38).

Questionamos quais os outros obstáculos para a efetivação de direitos legalmente previstos. Consideramos que determinada “[...] norma não possa ser aplicada por falta de meios econômicos [...] por falta de vontade política. Ou [...] que uma pessoa ou grupo partam de coordenadas culturais e sociais que impeçam sua colocação em prática” (FLORES, 2009, p. 38-39). O acesso aos direitos não depende somente de lutas e movimentos, há interferência da disponibilidade de recursos econômicos, além da intencionalidade governamental de acordo com as diferentes ideologias baseadas nos valores culturais e sociais.

Para nos aproximarmos da conceituação de ideologia sob a concepção Marxista recorremos à obra de Chauí (2008),

A ideologia burguesa, através de seus intelectuais, irá produzir idéias que confirmem essa alienação, fazendo, por exemplo, com que os homens creiam que são desiguais por natureza e por talentos, ou que são desiguais por desejo próprio, isto é, os que honestamente trabalham enriquecem e os preguiçosos, empobrecem. Ou, então, faz com que creiam que são desiguais por natureza, mas que a vida social, permitindo a todos o direito de trabalhar, lhes dá iguais chances de melhorar – ocultando, assim, que os que trabalham não são senhores de seu trabalho e que, portanto, suas “chances de melhorar” não dependem deles, mas de quem possui os meios e condições do trabalho. Ou, ainda, faz com que os homens creiam que são desiguais por natureza e pelas condições sociais, mas que são iguais perante a lei e perante o Estado, escondendo que a lei foi feita pelos dominantes e que o Estado é instrumento dos dominantes. (CHAUÍ, 2008, p. 73-74)

Portanto, a ideologia burguesa no contexto da sociedade capitalista contribui com o ocultamento das reais condições de igualdade da população, o que contribui com o aumento

da desigualdade, reprodução da exploração e sofrimento como coisas naturais e consequências dos esforços individuais que, nesta lógica, serão determinantes para o acesso aos direitos. Contudo, as normas dependem do “[...] conjunto de valores que impera em uma sociedade concreta. [...] estão inseridas em sistemas de valores e em processos sociais de divisão do trabalho humano a partir dos quais se institui uma forma de acesso aos bens” (FLORES, 2009, p. 40).

É importante destacar que “O sistema de valores hegemônico em nossos dias é majoritariamente neoliberal e, por conseguinte, coloca por cima as liberdades funcionais ao mercado e por baixo as políticas públicas de igualdade social, econômica e cultural” (FLORES, 2009, p. 41). Daí a explicação sobre a desvalorização e retrocessos nas políticas de caráter social. Os direitos são percebidos como onerosos custos e, portanto, devem ser extintos a favor do engodo<sup>62</sup> sobre o livre mercado. Em relação aos valores e crenças ideologicamente construídos,

Os pensamentos da classe dominante são também, em todas as épocas, os pensamentos dominantes; em outras palavras, a classe que é o poder material dominante numa determinada sociedade é também o poder espiritual dominante. A classe que dispõe dos meios da produção material dispõe também dos meios da produção intelectual, de tal modo que o pensamento daqueles aos quais são negados os meios de produção intelectual está submetido também à classe dominante. Os pensamentos dominantes nada mais são do que a expressão ideal das relações materiais dominantes; eles são essas relações materiais dominantes consideradas sob forma de idéias, portanto a expressão das relações que fazem de uma classe a classe dominante; em outras palavras, são as idéias de sua dominação. Os indivíduos que constituem a classe dominante possuem [...] uma posição dominante, entre outras coisas também como seres pensantes, como produtores de idéias, que regulamentam a produção e a distribuição dos pensamentos da sua época; suas idéias são portanto as idéias dominantes de sua época. Tomemos como exemplo uma época e um país em que o poder real, a aristocracia e a burguesia disputam a dominação e onde esta é por tanto dividida; vemos que o pensamento dominante é aí a doutrina da divisão dos poderes, que é então enunciada como uma “lei eterna”. (MARX, 1988, p. 48)

Os pensamentos da classe dominante são caracterizados como lei na sociedade de classes, pois direcionam as relações materiais sob a forma de ideias, estando aqueles que não têm acesso à produção intelectual ideologicamente submetidos à classe dominante. A partir destas afirmações e reflexões podemos compreender as crenças e justificativas baseadas na meritocracia e demais valores construídos ideologicamente na racionalidade do capital. Estes valores são introjetados não apenas pelas classes dominadas, mas também pelas classes dominantes que os reproduzem como leis da verdade.

---

<sup>62</sup>“Se a quatro décadas o Estado controlava as consequências do mercado (poluição, destruição do patrimônio histórico-artístico etc.) aplicando medidas interventoras, na atualidade é o mercado que impõe as regras aos Estados por meio de instituições globais como o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e, sobretudo, a Organização Mundial do Comércio” (FLORES, 2009, p. 24).

A dita meritocracia não existe em nossa sociedade, como bem afirma o seguinte trecho da reportagem do El País intitulada “A meritocracia é uma armadilha”,

A inexistente meritocracia frequentemente é lubrificada com as fecundas ideias do mito do empreendimento, do coaching e do pensamento positivo (a happycracia descrita por Eva Illouz e Edgar Cabanas): você pode conseguir o que você quiser, você deve empreender, você deve sair da sua zona de conforto e romper seus limites. É uma doutrina própria do capitalismo vigente que premia especialmente o individualismo e a competição, sob a ideia meritocrática de que quem mais trabalhar será o mais bem-sucedido: o caminho ao sucesso costuma ser uma luta solitária e contra os outros, que não tem muito a ver com o progresso coletivo. Os veículos de comunicação e as estantes das livrarias estão repletos de exemplos moralizantes de superação pessoal e manuais para a ascensão ao topo, muitas vezes lutando contra as condições mais adversas. Quem for mal ou regular só pode pensar que algo não funciona consigo mesmo, desconsiderando os problemas estruturais da sociedade, o que pode causar ansiedade, desânimo e rancor. (FANGUL, 2021, n.p.)

Não podemos ser ingênuos e acreditar na falácia de que todos têm direitos iguais, do contrário, de acordo com a “[...] divisão social, sexual, étnica e territorial do fazer humano [...] a posição que ocupemos em tais marcos de divisão [...] teremos uma maior ou uma menor facilidade para ter acesso à educação, à moradia, à saúde, à expressão, ao meio ambiente, etc.” (FLORES, 2009, p. 30).

Este apelo pela ascensão com bons exemplos de superação não leva em conta as diferentes realidades e condições vivenciadas pela população brasileira. Isto pode causar adoecimento e interferir na saúde mental dos indivíduos que não conseguem romper os limites da desigualdade imposta no cenário capitalista. Para elucidar esta desigualdade vivenciada pela população geral e pelos usuários da Política de Saúde Mental, destacamos um fragmento da entrevista com uma usuária do CAPS sobre o recebimento de BPC e sua composição familiar,

*[...] Você contribui com a tua filha ali onde mora? Sim, é tudo gastado na casa [...] E esse benefício você consegue se manter com ele? Sim, consigo me manter, pago luz, pago gás e compro comida[...] E com quem que você reside? Somos 8. Ela tem 5 filhos, marido, ela e eu [...] O marido dela trabalha? Sim, ele trabalha, mas não é sempre. Às vezes tem serviço, às vezes não tem [...] as medicações, moça, eu posso dar graças a Deus tem sempre tudo na prefeitura. De vez em quando só que tem que comprar. Agora foi mês de dezembro precisei comprar porque não tinha. (LM, 2022, n.p., grifo nosso)*

No contexto familiar observamos que a principal renda é a oriunda do BPC da entrevistada, LM. Sua filha não trabalha e o esposo dela também não possui trabalho fixo, o casal possui cinco filhos que necessitam de acesso à escola, alimentação, lazer e vestuário. O que contribui para não agravar ainda mais o cenário de vulnerabilidade é a residência ser de propriedade da usuária. A oscilação de disponibilidade gratuita dos medicamentos também interfere sobremaneira na subsistência e planejamento familiar, se é que é possível fazê-lo

sobrevivendo com o mínimo. Contudo, na percepção da usuária, a família consegue se manter, e o fato de seguidamente conseguir medicamentos gratuitos é motivo de louvores aos céus, uma dádiva, e não um direito.

Ainda na perspectiva dos direitos humanos e da liberdade de ser quem somos sem sermos discriminados nem discriminar, selecionamos um trecho da entrevista com uma usuária. O relato demonstra o preconceito vivenciado no CAPS, além do sofrimento causado à usuária por causa de especulações sobre sua orientação sexual,

*[...] a única dificuldade que eu falava, que eu passei no CAPS [...] na época que tinha uns lá que começaram a dizer que eu era homem que eu era isso era aquilo. **E quem que dizia?** Os meus vizinhos, e por fim continuava até no CAPS eles falando que eu era um homem, não era eu a L... **E quem falava no CAPS?** Eu via eles falando entre eles, falando e rindo de mim, debochando. **Mas entre os pacientes ou profissionais ?** Os pacientes e até dos que trabalhavam lá, ficavam falando que eu era homem não sei o que. **E isso te incomodava ?** Sim, eu chorava muito. Até hoje eu sofro muito preconceito da volta onde eu moro. (LM, 2022, n.p., grifo nosso)*

A liberdade para além do ir e vir é expressa nesta situação em que as pessoas, por deduzirem a orientação sexual da usuária, se sentiram autorizadas a escandalizá-la e torná-la motivo de chacotas. Destacamos que a gravidade do preconceito também está em sua origem, pois foi praticado pelos próprios profissionais do serviço. Isto demonstra a urgência das questões de gênero e temáticas relacionadas à orientação sexual/população LGBTQIA+ serem pautas obrigatórias de capacitação para que situações como esta não se repitam em nenhum serviço. “Partindo da concepção estruturante de que a luta pelos direitos humanos é a luta por um processo civilizatório, por uma sociedade inclusiva, solidária, e que reconhece na diversidade a sua grande riqueza, hoje, o desafio é aglutinar forças” (GULJOR, AMARANTE, 2017, p. 653).

Ao nos aproximarmos de uma definição e conceituação da categoria liberdade, precisamos destacar a complexidade que é escrever sobre este assunto e por tudo que ele representa enquanto bem maior da humanidade. Relacionada ao nosso objeto de estudo, ela sempre foi a primeira coisa a ser retirada, restando às pessoas em sofrimento psíquico o confinamento em prisões materializadas em hospitais. Destacamos que a liberdade na realidade brasileira não foi tolhida somente deste público, mas também das mulheres e crianças conforme destacado na obra de Daniela Arbex, **Holocausto Brasileiro**.

A liberdade deste público foi conquistada paulatinamente com os movimentos sociais, e na contemporaneidade se mostra ameaçada no Brasil e no mundo. Com o avanço da extrema direita, o discurso perpetuado é de tolher a liberdade e acabar com as diferenças, singularidades e liberdade. “As relações de solidariedade entre os povos e a busca por um

mundo com menos desigualdade tem sido progressivamente substituída pela lógica do mercado, individualista e predador” (GULJOR, AMARANTE, 2017, p. 646). Neste cenário, o poder hegemônico está coadunado “[...] com as políticas neoliberais, a voz dos movimentos sociais e entidades [...] sempre são reprimidas de forma violenta pelas estruturas do Estado [...] um permanente obstáculo na implementação de políticas que reflitam as demandas das classes mais desfavorecidas” (GULJOR, AMARANTE, 2017, p. 650).

O mundo está vivendo este ataque à diversidade com o auxílio do uso indiscriminado das informações através das *fake news*, cenário em que não há compreensão da assimetria das diferenças. Dessa forma, as pessoas com sofrimento psíquico são as mais excluídas e vivenciam a violência diante do confinamento e da impossibilidade de liberdade. Portanto, destacamos a ascensão da extrema direita e do risco que ela representa para a liberdade, para as diferenças e para a justiça social. No Brasil, vivenciamos a criminalização dos movimentos sociais e “[...] a escolha por representantes pertencentes a elites distantes da realidade da grande massa da população” (GULJOR, AMARANTE, 2017, p. 648), que não defendem a igualdade e não aceitam uma eleição democrática.

Portanto, questionamos como definir e garantir a liberdade no seu sentido mais amplo, além do direito de ir e vir. Liberdade de reconhecer as diferenças raciais, culturais, de classe social, organização pessoal, orientação sexual, liberdade sobre o próprio corpo, de acolher a diversidade humana. Diante de tantas reflexões e contextualizações, falar em liberdade é conseguir vencer a perplexidade e o nó que sentimos na garganta ao tentar defini-la, mas para além disto é preciso ter esperança para lutar cotidianamente. Na obra **A reinvenção dos direitos humanos**, a esperança é definida como a própria vida na defesa contra a “[...] perigosa tendência à passividade e ao abandono da luta. Ativemos aquilo que nos faz ser seres humanos completos: vamos dar uma mão à esperança” (CORTÁZAR *apud* FLORES, 2009, p. 54). Lutar pela liberdade é, antes de tudo, estender a mão à esperança e acreditar que podemos criar uma sociedade menos injusta e desigual, conforme os históricos pleitos dos movimentos sociais.

Nesta apertada síntese de discussão sobre o cuidado em liberdade como principal reivindicação, e fruto do movimento antimanicomial e RP, consideramos fundamental discutirmos sobre a categoria liberdade<sup>63</sup>. No Código de Ética Profissional (CEP) dos Assistentes Sociais ela se constitui enquanto valor ético central no trabalho pela autonomia e

---

<sup>63</sup>Do latim (*libertas, -atis*) significa o direito dos sujeitos procederem conforme lhes aprouver, desde que esse direito não vá contra o direito de outras pessoas e esteja dentro dos limites estabelecidos pela lei. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/LIBERDADE>. Acesso em: 03 nov. 2022.

emancipação dos indivíduos. Outro princípio fundamental CEP, que dialoga diretamente com nosso objeto de estudo, é a defesa intransigente dos direitos humanos e a rejeição diante de ações arbitrárias e autoritárias.

A segunda norma fundamental nesta discussão é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), pois no seu Artigo 2º destaca que os indivíduos podem gozar dos direitos e liberdades de qualquer espécie “[...] seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição”. Nos artigos que sucedem, a declaração denota caráter universal para nossa categoria de análise, dizendo que todo ser humano tem direito não só à liberdade, mas à vida e à segurança pessoal. A liberdade também está correlacionada ao direito de locomoção e residência dentro dos limites de cada Estado, bem como “[...] liberdade de pensamento, consciência e religião; esse direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença pelo ensino, pela prática, pelo culto em público ou em particular”. Outro direito é a liberdade de opinião e expressão; de reunião e associação desde que pacífica; e liberdade de votar (BRASIL, 2012; DUDH, 1948).

Na Constituição Federal de 1988, o Artigo 5º regulamenta que as pessoas “são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. A Lei 10.216/2001, que regulamenta a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, não menciona a palavra liberdade, mas dá preferência para tratamento em serviços comunitários e somente considera a internação quando esgotadas as possibilidades dos recursos extra-hospitalares caso eles se mostrem insuficientes. O texto da legislação não menciona a palavra liberdade, mas oferece elementos que fundamentam a sua compreensão e direcionamento partindo da premissa da livre circularidade dos usuários.

Restam dúvidas se conceituar a liberdade não seria restringi-la, o que poderia retirar o seu sentido mais pleno e mais humano, o que também se apresentaria como uma contradição. E sendo a liberdade uma palavra polissêmica, possui diferentes significados e expressões para os sujeitos de acordo com os contextos vivenciados nas diversas culturas e singularidades.

#### 4 SILENCIAMENTO DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NA SAÚDE MENTAL

*“um leito de atenção integral, ele não pode servir como um lugar para eu trancar uma porta e deixar as pessoas trancadas lá dentro, para mim medicar as pessoas 14, 21 dias e deixar as pessoas babando lá...impregnando de medicação”*

*Graziela Vasques*

Neste item discorreremos sobre violência institucional, que se traduz na medicalização, tortura e nas múltiplas violências vivenciadas no contexto de internação e sofrimento psíquico. As discussões aqui construídas estão fundamentadas no referencial teórico, na História Oral dos entrevistados, na pesquisa documental, e na busca de teses e dissertações no portal CAPES.

No levantamento realizado no portal CAPES a partir dos descritores *saúde mental* e *violência institucional*, houve 03 achados. Um deles trata da “A Prática Psiquiátrica na Bahia (1874/1947)” o outro aborda a “A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento”, ambos anteriores à plataforma sucupira. O último disponível para acesso versa sobre “A vivência de violência por enfermeiras nos caps de um município do interior da Bahia”. As produções referem-se respectivamente aos seguintes períodos: 2001, 2012 e 2014. Além disto, ressaltamos que a pesquisa obteve o mesmo resultado quando trocamos do descritor saúde mental para RP.

Consideramos que o resultado dessa pesquisa/levantamento no portal CAPES expressa um silenciamento a respeito da violência institucional e reitera a importância de abordarmos tal temática no campo da saúde mental, tendo em vista a luta histórica para desconstrução do trato violento e repressor com a loucura nas instituições. Espaços que, independentemente da modalidade, seja leitos em hospitais gerais, CAPS ou demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial, ora defendem pautas democráticas e da Luta Antimanicomial, ora reproduzem a lógica manicomial reatualizando a questão social, ou seja, “Renovação da velha questão social sob outras roupagens e novas condições sócio-históricas de sua produção/reprodução” (IAMAMOTO, 2001, p. 28).

Estas “outras roupagens” assumem/reeditam facetas mais sofisticadas e sutis, como referido por Basaglia (1985),

Entretanto a sociedade chamada "do bem-estar", "da abundância", descobriu agora que não deve expor abertamente sua face de violência para não criar em seu seio contradições demasiado evidentes, que se voltariam contra ela. Por isso encontrou um novo sistema: o de estender a concessão do poder aos técnicos, que o exercerão

em seu nome e que continuarão a criar, através de novas formas de violência — a violência técnica —, novos rejeitados. (BASAGLIA, 1985, p. 101-102)

Os técnicos não se restringem aos profissionais de nível superior, ou àqueles que exercem cargos de direção nas instituições, mas são todos aqueles ligados a alguma instituição. Estes trabalhadores conseqüentemente reproduzem ou não suas diretrizes conforme o poder a eles delegado. Destacamos que comportamentos violentos são reproduzidos por ação ou omissão.

Paulo Amarante (2019), ao falar da “ameaça técnica da indústria da loucura”, afirma que a RP não se limita à dimensão técnica, mas engloba política de reconhecimento e valorização das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2019). Nas reflexões aqui postas, esta ameaça técnica se materializa naqueles profissionais que deveriam prezar pelo cuidado e respeito aos direitos humanos, e não reproduzir sem questionar as tantas violências institucionais a que estão expostas as pessoas em sofrimento psíquico. A mistificação da violência através do tecnicismo faz com que ela passe despercebida e seja silenciada. Os agentes da violência são assim descritos e caracterizados,

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo de indústria, o sociólogo de empresa (para citar só alguns), são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não violenta, que se perpetue a violência global. Sua tarefa, que é definida como terapêutico-orientadora, é adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de "objetos de violência", dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas. (BASAGLIA, 1985, p. 102)

Os agentes institucionais perpetuam a violência quando educam/domesticam os sujeitos atendidos para que aceitem a realidade, enquanto única possível, sem possibilidade de transformação, resistência e/ou questionamento. Aqueles que deveriam defender o interesse dos usuários acabam por objetificá-los ao consentir com os ditames institucionais,

Se aceitamos docilmente esse mandato quando aceitamos nosso papel, não seríamos nós próprios objeto da violência do poder, que nos impõe o dever de agirmos na direção por ele determinada? Nesse sentido nossa ação atual só pode ser uma negação que, tendo surgido de um distúrbio institucional e científico, conduz ao rechaço do ato terapêutico que pretende resolver conflitos sociais adaptando a eles suas vítimas. (BASAGLIA, 1985, p. 110)

O autor caracteriza como agentes da violência os profissionais que aceitam suas funções de maneira dócil e inquestionável, ainda que estas não estejam de acordo com os preceitos da humanização e do cuidado em liberdade. Compreendemos liberdade como aquilo que possui mais de uma alternativa, e não como fim último,



Se o doente não tem alternativas, se sua vida lhe aparece como preestabelecida, organizada, e sua participação pessoal consiste na adesão à ordem, sem outra saída possível, **ver-se-á prisioneiro do território psiquiátrico da mesma maneira como estava aprisionado no mundo externo**, cujas contradições não conseguia enfrentar dialeticamente. Tal como a realidade que não conseguia contestar, a instituição à qual não se pode opor deixa-lhe uma única saída: a fuga através da produção psicótica, o refúgio no delírio, onde não existem nem contradições nem dialética. (BASAGLIA, 1985, p. 118-119, grifo nosso)

Salientamos que a “prisão” e sua violência não se restringem ao interior das instituições psiquiátricas, pois podem ser reproduzidas nos diferentes espaços em que a única alternativa proposta é adesão à ordem e ausência de contestação. Elucidamos tais afirmações compreendendo o que é violência institucional na saúde mental a partir dos referenciais teóricos, das análises das entrevistas e da pesquisa documental.

#### 4.1 Violência Institucional: velhas práticas em novos conteúdos

Neste momento nos deteremos aos processos de violência na forma de internação e medicalização. Aqui, abordamos a violência institucional reatualizada, que se apresenta de forma suscita e despercebida nos serviços de saúde mental. Os seus impactos não atingem diretamente os profissionais, mas sim aqueles que procuram atendimento e são ou deveriam ser públicos prioritários de atendimento. É imprescindível compreendermos a origem e o significado da violência, apoiamo-nos em Minayo (2005), para quem

A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis* que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de **aniquilamento do outro** ou de seus bens. **Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas.** (MINAYO, 2005, p. 13, grifo nosso)

Embora a violência institucional no cotidiano dos diversos espaços sócio-ocupacionais não se apresente visível aos olhos, é possível identificá-la quando gera sofrimento ao público atendido, ou mesmo quando se deixa de prestar atendimento. Este assunto necessita de um olhar atento, pois como Minayo (2005) salienta, a violência é mutante e se modifica juntamente com a sociedade, seus valores e circunstâncias. Estas modificações são “novas formas para velhos conteúdos” (MOTA, 2000, p. 54). Além disto, salientamos que os

trabalhadores também sofrem com a violência institucional, através das condições de trabalho precarizadas, assédio moral, acúmulo de funções e cobrança excessiva por produtividade.

Dito isto, vamos analisar dois projetos do município de São Lourenço do Sul que têm consonância com a violência institucional, pois estão relacionados à internação para usuários de substâncias psicoativas, conforme o Quadro 9:

**Quadro 9– Análise Projetos: Recuperando o Futuro e Mãe me Quer**

<b>Nome projeto</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desafios Apresentados</b>
<p>“Projeto Recuperando o Futuro” 2011</p> <p>Proponente: Hospital Walter Thofern</p>	<p>O objetivo do projeto analisado era “ampliar a rede pública de atendimento à crianças e adolescentes usuários e dependentes de crack e outras drogas, montando uma estrutura física de atendimento ambulatorial e ala de internação de curta permanência”. Na justificativa, é mencionado que, devido ao grande número de crianças e adolescentes usuários de crack em São Lourenço do Sul e região, e a dificuldade de adesão ao tratamento no CAPS, se faz necessário criar uma unidade de desintoxicação. A justificativa ainda expõe que, para administrar a compulsão, é necessário maior período de internação e um lugar fechado e protegido que não tenha acesso à droga, onde o usuário possa se desintoxicar e conversar com a equipe multidisciplinar para, então, ser encaminhado ao CAPS SACI. O tempo de internação sugerido é 28 dias. Além do acompanhamento com a equipe multidisciplinar, é sugerida a participação nas tarefas estipuladas no PTS, além de serem trabalhadas questões de disciplina e espiritualidade.</p>	<p>Não adesão do usuário ao tratamento no CAPS é identificada como justificativa para desintoxicação. Além disto, relaciona o uso de drogas ao fácil acesso, a lares destruídos, relações fragilizadas, evasão escolar, comorbidades psiquiátricas e à convivência do grupo, pois crianças em bairros menos favorecidos e em situações de grande vulnerabilidade social acabam sendo aviõezinhos onde a única opção seriam as drogas. O projeto apresenta caminho inverso, ou seja, justifica que, para administrar a compulsão, é necessário um lugar fechado e protegido sem acesso à droga e onde o usuário possa desintoxicar e, posteriormente, avaliar com a equipe multidisciplinar o encaminhamento ao CAPS SACI. Propõe trabalhar questões de disciplina e espiritualidade e demonstra a forte conexão entre público e privado na defesa dos interesses privados, pois o documento ainda diz que a partir de 2010, graças à iniciativa de algumas empresas como a John Deere e da própria prefeitura, o hospital passou por grandes reformas e com certeza voltará a ser um dos melhores da região. Se for contemplado com o projeto, voltará a ser referência.</p>
<p>“Projeto Mãe me Quer” 2017</p> <p>Proponente: Associação Beneficente São João da Reserva</p>	<p>O objetivo do projeto é criar espaço em hospital geral com ligação aos demais dispositivos da RAPS municipal, regional e estadual, que permita voluntariamente e por tempo necessário, inclusive até o momento do parto, que gestantes dependentes de álcool e/ou outras drogas que não consigam se manter abstinentes no período gestacional tenham a oportunidade para tal e ao mesmo tempo recebam cuidados no campo materno infantil.</p>	<p>No final de 2016 foi iniciada a construção e reforma da nova ala via iniciativa da “nova gestão municipal” e da instituição com recursos oriundos do FUNDICA/COMDICA. Em outro momento é destacado que os leitos destinados ao projeto anterior “Recuperando para o Futuro” foram destinados à Santa Casa para a ala Psiquiátrica, pois o projeto do São João da Reserva não teria financiamento do Ministério da Saúde. Observamos que, embora o documento descreva que foi desenvolvido projeto que atendesse o mesmo público, anteriormente eram adolescentes e agora são gestantes. Na sequência, é mencionado que o projeto</p>

		<p>atual “Mãe me Quer” foi apresentado pelo coordenador da saúde mental Flávio Resmini e pelo Centro de Saúde São João da Reserva ao COMDICA, cuja aprovação pelo conselho se deu através da resolução 001/2017. Ressaltamos que o início das adequações em 2016 ocorreu sem aprovação do COMDICA, pois não foi mencionada na justificativa e demais informações do projeto a resolução aprovando a captação de recursos.</p>
--	--	---

Fonte: A autora (2022).

Quanto ao “Projeto Mãe me Quer”, é descrito que no final de 2016 teve início a reforma e a construção da nova ala, onde a instituição e a nova gestão municipal iniciaram adequações do novo espaço com recursos oriundos do Fundo Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes (FUNDICA). Na época, leitos destinados ao projeto foram redirecionados para a ala psiquiátrica do Hospital Santa Casa, pois não haveria cofinanciamento disponível junto ao Ministério da Saúde. Portanto, foi desenvolvido novo projeto que atendesse o mesmo público respeitando a origem e destino dos valores que o financiaram.

Proposto pelo psiquiatra Flávio Resmini, coordenador saúde mental e Centro de Saúde São João da Reserva, o projeto foi apresentado ao Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes (COMDICA) via manifestação de interesse e justificativa de necessidade. “Mãe me Quer” foi aprovado pelo COMDICA conforme resolução 001/2017, assinada pelo então presidente Justino Antônio Irrasabal da Silva. Na justificativa do projeto é mencionado o atendimento a grupos vulneráveis e o cuidado prolongado até o momento do parto, o que não necessariamente seria em unidade psiquiátrica, mas ambiente que proporcionasse abstinência e cuidados com o processo gestacional e psicossocial. Na justificativa ainda são apresentados dados de uma pesquisa estadunidense e uma pesquisa brasileira da Fiocruz com dados gerais. O objetivo geral do projeto descreve a criação de um espaço de excelência com ligação aos dispositivos da RAPS – em âmbito municipal, regional e estadual. O projeto foi assinado no dia 28 de agosto de 2017 pela então secretária Arita Bergmann, por Flávio Resmini e Carlos Emanuel Bolico, administrador da Associação Beneficente São João da Reserva.

Na justificativa do projeto “Mãe me Quer” elaborada pela secretaria de saúde, é mencionado o repasse mensal de 25 mil reais entre Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, sendo a habilitação efetuada via Portaria nº 923 de 15 de maio de 2019. Conforme documento, o projeto tem como intenção abranger os seguintes municípios: Herval,

Turuçu, Amaral Ferrador, Jaguarão, Arroio do Padre, Cristal, Capão do Leão e Arroio Grande. Também é mencionada equipe mínima de dois profissionais de nível superior e quatro médicos. A equipe descrita na justificativa diverge da exposta no projeto, que teria 2 auxiliares de enfermagem por turno, 2 enfermeiros assistentes, 1 médico ginecologista-obstetra, 1 enfermeiro responsável, 1 psicólogo, 1 médico psiquiatra, 1 clínico geral e 1 assistente social.

Além disto, observamos que a contribuição do COMDICA e da Secretaria Municipal de Saúde na elaboração do projeto demonstra uma troca de interesses, tendo em vista que em certo momento a Santa Casa foi atendida pelos recursos do projeto, pois o Hospital São João da Reserva não receberia recursos via governo federal. No projeto, é justificado “cuidado prolongado da gestante, não necessariamente em ala psiquiátrica, em ambiente de abstinência e cuidado gestacional”. Dito de outra forma: uma internação de 9 meses sob a justificativa e adjetivação de cuidados, mas sem nenhum diagnóstico da demanda ora justificada. Como mencionado anteriormente, a ausência de diagnósticos e dados da realidade local são elucidadas via dados de uma pesquisa estadunidense e uma brasileira da Fiocruz, usadas na justificativa. Em relação ao objetivo geral do projeto, ele se propõe a criar um espaço de excelência com ligação à RAPS. Contudo, questionamos se esta ligação não deveria ocorrer preventivamente, antes de qualquer internação, através da redução de danos e cuidado *in loco*. Salientamos que a redução de danos nem é mencionada no projeto.

A Redução de Danos é definida como “[...] um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas” (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS, 2010, n.p.). A redução, ao contrário de prevenir o uso de drogas, trabalha pela prevenção aos danos decorrentes dele.

Segundo Mayer e Siqueira redução de danos caracteriza-se enquanto,

[...] uma das diretrizes de trabalho do SUS. Não estabelece a diminuição do consumo como condição de acesso ou exige abstinência *a priori*, mas o protagonismo da pessoa que usa drogas. Fundamenta-se nos Direitos Humanos e considera o exercício da liberdade, os modos de viver e trabalhar, a saúde como produção e determinação social, convergindo com a posição ética e compreensiva proposta pela Saúde Coletiva. Implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, na perspectiva da rede. Incluem conjuntos de estratégias singulares e coletivos voltados as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva. Dirige-se à identificação e minimização dos fatores de riscos sociais econômicos e de saúde bem como potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida. (MAYER; SIQUEIRA *apud* ADAMY e SILVA 2010, p. 148)

A redução de danos pressupõe que a abstinência não seja condicionante para acolhimento, pois tem como diretrizes os Direitos Humanos, a liberdade nos seus modos de viver e trabalhar, e a organização e manifestação das pessoas que fazem uso de drogas. Para promover proteção, cidadania e defesa da vida no âmbito da promoção de saúde, é preciso “[...] transformar a cidade numa máquina de produzir cuidado” (PETUCO, MEDEIROS, 2010, n.p.). A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, define propostas que dialogam com os princípios da RP. Outrossim, “[...] vemos a necessidade de desconstruir o senso comum de que todo usuário de drogas é um doente que requer internação, prisão ou absolvição” (GODOY, 2017, p. 147). Sobre a redução de danos no âmbito da Reforma Psiquiátrica,

Passaram-se 20 anos de Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e quase 12 anos no Brasil e ainda estamos em um campo de extrema disputa. Historicamente, o tema álcool e outras drogas caminharam à margem do processo da Reforma Psiquiátrica, pois foi pouco discutido no processo de criação e implantação desse outro modelo de cuidado. É a partir dessa lacuna que modalidades de tratamento geradoras de exclusão têm sido justificadas, além de suscitar olhares diversos com referencial muitas vezes de aspectos morais. Talvez essa lacuna também seja a de nos apontar que não basta fechar os hospitais psiquiátricos e criar novos serviços, mas fortalecer a rede de atenção e, principalmente, incidir sobre o olhar da sociedade. (GODOY, 2017, p. 148-149)

Não é suficiente o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos, pois mesmo no leito de hospital geral o tratamento pode ocorrer de forma excludente e repressora, silenciando a violência institucional. Como observamos na fala da psicóloga Graziela de Araújo Vasques, que autorizou sua identificação “*medicar as pessoas 14, 21 dias, e deixar as pessoas babando lá, impregnando de medicação e depois quando eu devolvo ela pra rede, eu devolvo ela ainda impregnada, ainda muito medicada e sem condição de articular pra entender o que ela vai fazer da vida*”. Quanto às internações em hospitais gerais, Graziela ressalta “[...] a gente tem leito de hospital geral aqui, então a gente pode prender as pessoas lá dentro também [...] se eu tenho leito de atenção integral, ele não pode servir como um lugar pra eu trancar uma porta e deixar as pessoas lá dentro”. A internação compulsória, e a não compulsória denunciam o pseudocuidado,

Assistimos a mídia enaltecendo projetos de leis de internação compulsória que retrocedem às conquistas do cuidado em liberdade e no território, das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, violam direitos humanos, estigmatizam usuários, além de induzir à terceirização do Sistema Único de Saúde. O que tem sido “vendido” como oferta de cuidado tem por trás uma limpeza social, tirando das ruas os que denunciam nosso maior problema, que é a desigualdade social. (GODOY, 2017, p. 146-147)

O cuidado também é “vendido” na oferta de leitos através do Projeto “Mãe me Quer”, regulamentado na Secretaria Estadual de Saúde do RS pela Resolução nº 254/2019 da Comissão Intergestores Bipartite-CIB/RS, com menção em seu artigo primeiro ao conhecimento sobre a habilitação junto ao Ministério da Saúde e da Unidade de Acolhimento para gestantes usuárias de drogas “Mãe Me Quer”, no município de São Lourenço do Sul. Esta resolução foi assinada em 25 de junho de 2019 por Arita Bergmann, Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS (SES, 2019). A intencionalidade na elaboração do projeto possivelmente foi proporcionar o cuidado, mas distancia-se dos preceitos da RP, violando os direitos humanos e estigmatizando os usuários. Prosseguindo nesta discussão, apresentamos estatísticas brasileiras de internações em decorrência do uso de Substâncias Psicoativas.

**Tabela 1 – Internações Associadas ao Uso de Drogas no Brasil por Gênero**

Número de internações hospitalares associado ao uso de drogas, gênero masculino, 2008 a 2015, Brasil.

DROGA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Álcool	86490	73454	74124	74490	68393	62051	58302	53351
Outras drogas	15228	12468	16516	17612	17991	16892	14142	10967
Tabaco	483	331	334	263	175	126	97	76
Múltiplas drogas	32132	33191	35965	37724	39137	36670	34717	31391
<b>TOTAL</b>	<b>134333</b>	<b>119444</b>	<b>126939</b>	<b>130089</b>	<b>125696</b>	<b>115739</b>	<b>107258</b>	<b>95785</b>

Número de internações hospitalares associado ao uso de drogas, gênero feminino, 2008 a 2015, Brasil.

DROGA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Álcool	9591	7972	8246	8258	7613	7381	6963	6185
Outras drogas	4746	3461	5326	6144	5999	5687	4428	3750
Tabaco	135	102	155	84	109	94	69	52
Múltiplas drogas	5394	6000	7154	7941	8510	8069	8016	6978
<b>TOTAL</b>	<b>19866</b>	<b>17535</b>	<b>20881</b>	<b>22427</b>	<b>22231</b>	<b>21231</b>	<b>19476</b>	<b>16965</b>

Fonte: adaptado do II Relatório Brasileiro Sobre Drogas (2021).

Conforme as informações apresentadas na Tabela 1, há uma prevalência do gênero masculino nas internações conexas aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias. Das 96.081 internações relacionadas ao consumo de álcool em 2008, 86.490 correspondiam ao gênero masculino (90%). A predominância se manteve naquelas relacionadas ao uso de outras drogas, em que 76,3% (15.228) eram homens em 2008 e 54,95% (10.967) em 2015.

Contudo, tais dados não demonstram a realidade vivenciada pelas mulheres. Conforme a Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, a taxa de gestações de nascidos vivos em mulheres usuárias de crack ou drogas similares foi de 3,82 e 2,56. Em contrapartida, a projeção da taxa de fecundidade para o Brasil em 2013 seria 1,77. Um total de 46% das mulheres informaram quatro ou mais gestações, o que demonstra uma discrepância para as usuárias em cenas de

uso. Outra questão destacada é sobre os estudos não disporem de estatísticas fidedignas para “[...] análises estratificadas por sexo, o que, em cenas de amplo predomínio masculino, acaba por gerar análises enviesadas no sentido de um conjunto cuja amostra é composta por 80% ou mais de homens” (JALIL *et al.*, 2014, p. 87). Além da discrepância nos dados, consideramos

[...] o fato de estar usando uma determinada droga de modo abusivo expõe a mulher a situações de discriminação e exclusão social, contribuindo assim para que o consumo se dê de forma oculta. Esse ocultamento, por sua vez, retarda qualquer tipo de tratamento específico e aumenta o risco para vários agravos sociais e de saúde. Porém, de um modo geral, a abordagem enfoca aspectos farmacológicos relacionados à substância e suas conseqüências para gravidez e para o feto, sem contextualizar as características da pessoa usuária e do contexto social e cultural no qual a pessoa está inserida. (OLIVEIRA, PAIVA, 2007, p. 630).

O tratamento geralmente dirige-se à dependência e ao uso propriamente ditos, e não à mulher e ao seu contexto. “O uso de drogas é frequentemente visto como contrário aos papéis socialmente normativos das mulheres como mães, parceiras e cuidadoras” (SHARMA *et al.*, 2017, p.1). Elas acabam procurando ajuda com menos frequência do que os homens, pois sofrem preconceitos contra a “anormalidade”

Nesse sentido, os direitos direcionam-se mais ao próprio feto e, em função disso, há uma preocupação em relação à promoção da saúde fetal que envolve principalmente o exercício responsável da maternidade. Esta responsabilidade, no tocante à mulher usuária de SPA, pode enredar ainda mais estes corpos nos **sistemas de vigilância e regulação (sanitária, social e moral)**. Desse modo, essa rede poderá incidir de modo intensivo sobre as mulheres gestantes usuárias de SPA consideradas inaptas para exercer a maternidade. Em outros termos, se às mulheres-grávidas em geral já são dispensados um cardápio de prescrições sobre o que devem fazer e como devem cuidar de si e de seus/suas filhos/as, às **mulheres usuárias de SPA** grávidas esses cuidados se ampliam, na medida em que **elas parecem estar todo o tempo sob suspeita e vigilância**. No limite, seus corpos adictos atestam antecipadamente a **incapacidade** de seguir tais prescrições, eles expressam a **inabilidade** para o cuidar. (JANSEN, MEYER, FELIX, 2017, p. 100-101, grifo nosso)

As mulheres usuárias de Substâncias Psicoativas (SPA) sofrem com o estigma de incapacidade e periculosidade, como se não tivessem capacidade para cuidar de si e dos filhos. Tal inaptidão é imposta pelo sistema de vigilância e regulação da nossa sociedade, que é permissiva para aquilo que lhe convém no caso das drogas líticas, e age com viés repressivo e estigmatizante a todo comportamento que foge da normatividade socialmente aceita. Em relação aos estigmas atribuídos às mulheres usuárias de SPA,

[...] estigmas sociais que são impostos a essas mulheres e que repercutem no não acesso aos serviços de saúde geram o ocultamento das necessidades e demandas femininas, pois o consumo de drogas feito por elas muitas vezes ocorre de maneira velada, para evitar que sejam julgadas e discriminadas por tal ato, o que provoca a sua invisibilidade frente aos serviços de saúde e às políticas públicas, provocando, assim, o aumento da vulnerabilidade social e dos agravos de sua situação de saúde. (BOLZAN, 2015, p. 112)

A subnotificação denuncia os estigmas vivenciados pelas mulheres usuárias de drogas, uma vez que a invisibilidade nos índices também demonstra a realidade do acesso e da descentralização dos serviços que têm alcançado esse público de forma insuficiente. Isto contribui sobremaneira com o acréscimo dos agravos na saúde e vulnerabilidade social destas mulheres. O Plano Estadual de Saúde do RS corrobora com esta discussão ao afirmar que “[...] do total de óbitos de mulheres negras, por substâncias psicoativas, 64% foi devido ao uso do álcool, sendo que do total de óbitos por substâncias psicoativas de mulheres brancas, 40% foi devido ao uso de álcool” (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 117). E ainda conforme dados do relatório da Pesquisa Nacional sobre Uso de Crack realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, o maior índice de mulheres que fazem uso prejudicial não são mulheres brancas e representam 78,56% do universo identificado (JALIL *et al.*, 2014). Apresentamos informações, por região, para cada 100 mil habitantes, entre o período 2008-2015:

**Tabela 2 – Internações Associadas ao Uso de Drogas por Regiões**

REGIÃO/UF	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Região Norte	5,7	5,9	7,4	8,7	8,1	8,0	11,4	9,6
Região Nordeste	50,4	40,9	42,1	39,2	37,6	34,6	33,3	29,5
Região Sudeste	90,6	71,2	76,7	80,1	76,8	69,2	62,1	50,6
Região Sul	160,2	168,6	182,0	187,9	178,1	168,1	159,2	150,8
Região Centro-Oeste	94,1	87,8	90,9	91,9	92,9	81,1	60,4	55,3
<b>BRASIL</b>	<b>82,7</b>	<b>72,6</b>	<b>77,5</b>	<b>79,0</b>	<b>75,8</b>	<b>69,3</b>	<b>63,4</b>	<b>55,8</b>

Fonte: adaptado do II Relatório Brasileiro Sobre Drogas (2021).

Observamos que as taxas de internação por uso de substâncias a cada 100 mil habitantes diminuíram nos últimos anos, constituindo em 55,8 no ano de 2015 e 82,7 em 2008. Entre 2008 e 2015, há diminuição das taxas nas diferentes regiões do país, exceto na região Norte, onde as taxas foram de 5,7 em 2008 para 9,6 em 2015. Outra região que apresentou um significativo aumento foi a região Sul, de 160,2 em 2008 para 187,9 em 2011, posteriormente com declínio para 150,8 em 2015. Já em 2015, a região do país com maior representatividade nas internações decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias, foi região Sul, correspondendo a 150,8, sendo o menor número representado pela região Norte, com 9,6.



Informações do III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira referente ao ano de 2017<sup>64</sup> expressam que o uso de álcool e tabaco, e o uso de álcool e uma substância ilícita entre os homens foram superiores aos percentuais entre as mulheres. Contudo elas apresentaram índices superiores aos homens no que diz respeito ao consumo de álcool e pelo menos um medicamento não prescrito (BRASIL, 2017). Estes dados sobre as mulheres representarem o maior quantitativo relacionado ao uso de álcool e algum medicamento não prescrito direcionam a discussão sobre os diferentes tipos de drogas, além da cronificação do sofrimento através da medicalização. A qual somada à repressão, no contexto de internações prolongadas para mães “incapazes” de oferecerem cuidado aos seus filhos, corrobora com a violência institucional. O que se reflete também na discrepância dos dados, que demonstram uma subnotificação<sup>65</sup> e indícios da perpetuação da invisibilidade de informações relacionadas a mulheres usuárias de SPA.

A violência institucional é multifacetada e pode se expressar via sofrimento psíquico “[...] barreiras de acesso ao tratamento, a contextos institucionais de mortificação dos sujeitos, à gênese e consequências da irrupção de paroxismos antissociais, ao complexo fenômeno das drogas, a formas mitigadas e por vezes invisíveis de dominação” (DELGADO, 2012, p. 188). Essas formas silenciadas de mortificação dos sujeitos, através da violência institucional, podem ocorrer de forma passiva e/ou ativa, e precisam ser problematizadas no campo da saúde mental.

Consideramos também o conceito de “tolerância institucional”<sup>66</sup>. Esta definição significa “[...] tolerar a violência [...] falhando em garantir o acesso a direitos e atuando na manutenção de padrões discriminatórios hegemônicos que mantêm intactas as estruturas desiguais de nossa sociedade e de nosso Estado” (CFEMEA, 2014, p.11). Violência institucional ou tolerância institucional nos levam para o mesmo caminho: violência dos direitos dos usuários da saúde mental, e quando falamos em usuários remetemos aos homens e mulheres em suas diversidades.

---

<sup>64</sup>Estudo realizado em 2015, mas publicado em 2017. A publicação foi realizada posteriormente, pois o ministro da Cidadania, Osmar Terra, discordou do resultado, o que caracterizou censura pelo governo federal (KRAPP, 2019; OLIVEIRA, 2019).

<sup>65</sup>“A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostra que, em 2021, 51,1% da população brasileira era do sexo feminino. O dado representa 4,8 milhões de mulheres a mais que homens no país” (CORSINI, 2021, n.p.).

<sup>66</sup> “[...] tomado de empréstimo da pesquisa conduzida pelo Projeto Interagencial da Colômbia e definido como o conjunto de valores, imaginários, comportamentos, atitudes e práticas racistas e sexistas reproduzidas nas instituições do Estado a partir da atuação de seus servidor@s, favorecendo e perpetuando a violência contra as mulheres, incluindo a omissão dos deveres estatais de restituição de direitos, proteção, prevenção e erradicação e a perpetuação direta de atos de violência por parte dos atores institucionais” (CFEMEA, 2014, p.11).

Em relação a essa discussão, apontamos o depoimento da participante usuária do CAPS Nossa Casa, que por ocasião da entrevista escolheu ser chamada pelo nome Amiga e falar sobre os serviços da saúde mental que frequenta. Ela relatou que *“muita coisa triste aconteceu comigo no CAPS [...] era menina jovem, naquele tempo tinha uns 15 anos, brigona, queria bater com o doutor Flávio [...] era guriazinha rebelde”*. O depoimento, pertencente à uma usuária que frequenta o CAPS a 30 anos, demonstra a culpabilização que ela assimilou, como se a ocorrência dos fatos tristes se justificasse diante da sua rebeldia. Esta afirmação pode ser também identificada em outro trecho do depoimento *“[...] me internei no hospício, não escutava ninguém, nem mãe, nem pai”*. Observamos que, na percepção da usuária, a rebeldia justificava as internações. Neste período, Amiga já frequentava o CAPS há aproximadamente três anos.

Amiga também expressou repulsa à figura do médico, considerando que quanto a ele, a *“[...] autoridade está pautada [...] em certos valores e crenças culturais que são compartilhados como verdadeiros socialmente, além de exercerem determinado domínio sobre a conduta moral dos sujeitos”* (AGUIAR, D’OLIVEIRA, 2011, p. 82). Portanto, quando perpetuados valores e comportamentos socialmente aceitáveis, o médico pode representar o cuidado ou até mesmo dominação no controle de conduta dos sujeitos, podendo abominar e/ou institucionalizar aqueles usuários que fogem desta ordem.

Podemos elucidar as afirmações descritas acima com o depoimento da genitora de Amiga, que também participou da nossa pesquisa e escolheu ser chamada pelo número 23. Quando questionada se algumas coisas permanecem iguais, como na época de estruturação da saúde mental no município, ela nos responde com o seguinte depoimento: *“[...] ela vai qualquer coisa atacada ruim, eles tratam de internamento [...] ela é uma pessoa muito difícil de lidar [...] nunca ficou sem medicação [...] agora foi tremendo em 2019... 2020 ela vivia mais internada do que em casa”*. As informações da entrevistada são dos dias atuais e a medicação se apresenta central neste “cuidado”.

Refletimos sobre as razões pelas quais Amiga foi para o CAPS, colocando em questão se a internação ocorreu porque ela era considerada rebelde, assim tornando-se paciente pela recorrência das medicações e/ou internações, ou se falamos dos dois tipos de violência,

[...] a violência por omissão e a violência por comissão, sendo a primeira conceituada como: a negação total ou parcial de ações médico-sanitárias, bem como a debilidade institucional observada através da desnormatização, do descaso, da negligência e até mesmo, num grau máximo, da omissão, da inexistência de um serviço público de saúde. Já a violência por comissão, compreende a violência técnica inerente à teoria e à prática dentro dos serviços de saúde. Trata-se da violência embutida nas práticas de saúde e nos **procedimentos indesejáveis e/ou**

**desnecessários e a consequente repercussão sobre a saúde e a vida da população usuária.** (DINIZ *et al.*, 2004, p. 354-355, grifo nosso)

Salientamos que independentemente do tipo de violência, se por omissão ou comissão, seus efeitos são os mesmos sobre a saúde mental dos usuários. Procedimentos desnecessários repercutem em anos de medicalização, internação e cronificação de um sofrimento que se apresentou inicialmente enquanto rebeldia e comportamento resistente, conforme exposto na fala de Amiga. Destarte, salientamos a memória da participante quando questionada sobre suas lembranças nos primórdios da saúde mental: *“baixava seguido [...] eu ia para o Espírita Levas Leite, eu fiquei um mês e 18 dias, fiquei até no isolamento [...] com a porta trancada, sem roupa, com uma janelinha lá em cima que não tinha nem ar para respirar”*. Este relato demonstra a repressão, tortura e controle por parte do sistema. Em suma, uma violência institucional sem meandros, que pode também ser correlacionada com a prática de tortura. Lembrando que [...] *“para compreender por que a clausura não é alternativa de cura, basta perguntar a um usuário dos serviços de saúde mental de que maneira a passagem por uma internação psiquiátrica marcou sua vida”* (PAULON, 2006, p. 4).

Contextualizando a prática de tortura, destacamos notícia veiculada no site G1, em agosto de 2016, a qual relata informações sobre o caso Damião Ximenes, morto no dia 4 de outubro de 1999 na Casa de Repouso Guararapes, no município de Sobral região Norte do Ceará. Essa era a única clínica psiquiátrica credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na época. A matéria demonstra que o paciente faleceu em decorrência de tortura, maus tratos e grave violação dos direitos humanos. O laudo indicava que ele havia falecido por parada cardiorrespiratória, e a necropsia revelou que ele foi amarrado com as mãos para trás e sofreu diversos golpes, apresentando escoriações pelo corpo.

A psiquiatra Lídia Dias Costa, que acompanhou o caso e sua exumação por solicitação da Assembleia Legislativa e Ministério Público do Ceará, relatou que *“foram encontradas lesões na parte craniana de Damião, que apontavam para morte em decorrência de traumatismo craniano”* (ALMEIDA, 2016, n.p.). Quando questionada sobre a causa da morte, a médica afirmou que Damião foi vítima de tortura. E para fortalecer o argumento, a psiquiatra mencionou o "Protocolo de Istambul", documento internacional que caracteriza condutas relativas à prática de tortura.

Segundo relatório elaborado e aprovado pela Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos, o governo brasileiro violou, no caso Ximenes, cinco artigos da Convenção Americana de Direitos Humanos, da qual o Brasil é signatário. Diante de tais violações, o Brasil foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos com sete votos a zero.

Na sentença, foram mencionadas as seguintes violações: o direito à integridade pessoal do paciente e sua família, os direitos às garantias judiciais e direito à proteção judicial aos familiares. O governo foi sentenciado a pagar indenização por danos morais e materiais à família de Damião Ximenes. A Corte Interamericana também exigiu agilidade na investigação dos responsáveis pela morte de Damião e determinou a criação de programas de capacitação aos profissionais das instituições psiquiátricas no Brasil (ALMEIDA, 2016).

Há uma matéria no site da Justiça Global, de 22 de abril de 2021, sobre a audiência que ocorreria no dia 23 de abril do corrente ano: “Estado brasileiro será questionado em audiência por descumprimento de sentença do caso “Ximenes Lopes vs. Brasil””. Na notícia há relato da mãe do paciente, que afirma ter encontrado seu filho caído, nu, com as mãos amarradas e desacordado. Quando ela solicitou ajuda ao médico da clínica, dizendo que o filho morreria, o profissional ironizou afirmando “todos vamos morrer”. Portanto, o paciente morreu pela negligência e violência institucional de quem deveria ter cuidado da sua saúde. Além disso, 15 anos se passaram desde a sentença de 2006 e o governo brasileiro não cumpriu suas obrigações. Pelo contrário, exponenciou seus ataques à política de saúde mental promovendo retrocessos, como o desmonte da Rede de Atenção Psicossocial e o fortalecimento de comunidades terapêuticas, instituições privadas e restritivas de liberdade que trabalham sob o viés da coerção e repressão (CORTE..., 2021).

No dia 30 de abril de 2021, foi veiculada uma notícia intitulada “Governo Brasileiro é constrangido durante audiência na Corte Interamericana de Direitos Humanos”, que demonstra algumas problematizações a partir da realização da audiência. O representante do Brasil, mesmo diante as acusações e graves denúncias apresentadas, respondeu reafirmando: [...] “compromisso com o Sistema Interamericano de Direitos Humanos com a prestação do serviço de saúde mental, fundamentada no reconhecimento de direitos humanos e na qualidade intrínseca de seus usuários” (GOVERNO..., 2021, n.p.). Após esta resposta, a presidente da Corte questionou duas vezes se o Estado brasileiro só tinha isso a declarar diante das inúmeras denúncias apresentadas. O Brasil foi interrompido por não responder os questionamentos feitos pela Corte.

Nesta mesma audiência, o perito do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT),<sup>67</sup> Lúcio Costa, divulgou dados da Inspeção Nacional em Hospitais

---

<sup>67</sup>“O Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) compõe o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT) e, de acordo com a Lei n. 12.847, de 2013, realiza inspeções em estabelecimentos em que se encontram pessoas privadas de liberdade, em todo território nacional, com a finalidade de prevenir e combater a tortura e outros ou penas tratamentos, penas cruéis, desumanos ou degradantes. O MNPCT resulta da ratificação, pelo Estado brasileiro, do Protocolo Facultativo à Convenção

Psiquiátricos do Brasil<sup>68</sup> realizada em 40 hospitais psiquiátricos em 2018, nas cinco regiões do país:

[...] 459 pessoas morreram no maior pólo manicomial do Brasil em Sorocaba. Pessoas morreram de fome, de frio, vítimas de barra de ferro, tudo isso dentro da unidade. Dos 40 hospitais psiquiátricos, 33 não contavam com nenhuma atividade terapêutica; 37 não tinham equipe mínima para o cuidado dessas pessoas. Em 60% dos hospitais foi identificado o uso de força do trabalho dessas pessoas, ou seja, forçavam as pessoas a trabalharem em situações análogas à escravidão. Encontramos uma criança que foi internada aos sete anos e na época da visita ela estava com dez anos! (CORTE..., 2021, n.p.)

Tais informações demonstram que apesar dos avanços e da RP, ainda persistem tratamentos desumanos e degradantes. Além das graves violações aos direitos humanos, esses tratamentos denunciam o paradigma manicomial ainda existente e financiado pelo governo brasileiro, cujas ações se materializam na contrarreforma em curso e como “golpe contra a saúde” de acordo com Fleury (2020). A Política de Saúde sofre duros golpes e, em consequência, vidas são destruídas em virtude dos interesses privados.

O Conselho Federal de Psicologia sistematiza os dados gerais do Relatório da Inspeção Nacional:

[...] pelo menos 1.185 pessoas estão internadas em condição de longa permanência nos hospitais psiquiátricos brasileiros. 82,5% dos hospitais inspecionados mantêm pessoas moradoras, havendo uma criança de 10 anos e uma idosa de 106 anos nessa condição, ambas mulheres, num mesmo hospital de São Paulo [...] 52% das Instituições inspecionadas em dezembro de 2018, foram inauguradas durante a ditadura militar no Brasil. 83% destas unidades são privadas, a maioria delas sem fins lucrativos [...] 45% das unidades estão com falta ou compartilhamento de insumos básicos de higiene, banheiros sem porta e banho frio. Em 40% dos casos essas pessoas sofrem restrição de acesso aos ambientes de convivência e lazer, além de ficarem também muitas vezes isoladas de seus familiares. 87% dessas pessoas sofrem violações de livre acesso ao contato com familiares durante a internação. O direito de exercer a capacidade civil, liberdade e segurança pessoal também está entre os direitos violados encontrados pelos peritos, com situações como de internação compulsória realizada de maneira arbitrária ou ilegal, além de indícios de sequestro, cárcere privado e apropriação indevida de recursos financeiros das pessoas internadas nessas instituições. Segundo o relatório, pessoas internadas em hospitais psiquiátricos são submetidas à medicação excessiva, à contenção mecânica diárias e ao isolamento em quartos sem nenhum suporte. Foram encontradas situações de violências como estupro, LGBTFobia, revista vexatória e intolerância religiosa. O documento retrata ainda a exploração da mão de obra de pessoas internadas, assim como a internação de crianças e adolescentes nessas instituições. (INSPEÇÕES..., 2020, n.p.).

---

das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (OPCAT), promulgado pelo Decreto n. 6.085, de 19 de abril de 2007” (CRP, 2019, p. 19).

<sup>68</sup>I Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, em parceria com os Ministérios Públicos estaduais, Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Federal, Ministério dos Direitos Humanos e Conselho Federal de Psicologia. A ação foi realizada de 03 a 07 de dezembro de 2018 e alcançou 40 unidades de internação psiquiátricas públicas e privadas com leitos SUS em funcionamento, em 17 estados, mobilizando cerca de 100 membros do Ministério Público e um universo de mais de 6,2 mil profissionais da saúde.

Tais informações demonstram a violência que os pacientes sofrem nestas instituições, via trabalho forçado e condições desumanas de sobrevivência, além do excesso de medicação. O caso Ximenes, em que o paciente veio a óbito depois de três dias institucionalizado, demonstra a grave ameaça à vida entre os muros institucionais, de estabelecimentos que defendem seus interesses sob o falso discurso de saúde e acolhimento, ao passo que contraditoriamente propagam violência e morte.

Como afirma Ângela Davis, não [...] “reconhecemos o fato de que as instituições psiquiátricas com frequência são parte importante do complexo industrial-prisional; tampouco reconhecemos a intersecção entre o complexo industrial-farmacêutico e o complexo industrial-prisional” (DAVIS, 2018, p. 101). Estas instituições atuam como a grande indústria da loucura ao prendê-la e produzi-la sob o viés da medicalização, do sofrimento e repressão do adoecimento.

Em 2006, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD),<sup>69</sup> que tem influência na mudança de paradigma do modelo biomédico para o modelo social, passa a abranger o público com transtornos mentais, incluindo problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Em 2015 também foi aprovada a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI)<sup>70</sup> que contempla os direitos das pessoas com transtornos mentais e pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A Lei nacional de prevenção e combate à tortura (Lei federal n. 12.847/2013) instituiu o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT), cujos aspectos fundamentais para Inspeção Nacional são o conceito de tortura e a privação de liberdade para aquelas pessoas que estão internadas em hospitais psiquiátricos. O Art. 3º, para os efeitos da referida Lei, considera tortura e privação de liberdade,

I - tortura: os tipos penais previstos na Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997, respeitada a definição constante do Artigo 1 da Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, promulgada pelo Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991;

II - pessoas privadas de liberdade: aquelas obrigadas, por mandado ou ordem de autoridade judicial, ou administrativa ou policial, a permanecerem em determinados locais públicos ou privados, dos quais não possam sair de modo independente de sua vontade, abrangendo locais de internação de longa permanência, centros de detenção, estabelecimentos penais, hospitais psiquiátricos, casas de custódia, instituições socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei e centros de detenção disciplinar em âmbito militar, bem como nas instalações mantidas pelos órgãos elencados no art. 61 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. (BRASIL, 2013, n.p.)

<sup>69</sup>Decreto Legislativo n. 186, de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.

<sup>70</sup>Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Destaca-se que a privação de liberdade se constitui para além da internação involuntária ou compulsória, também naquelas situações com longas internações e institucionalizações. Com exceção dos crimes de natureza militar, a privação de liberdade, segundo a Constituição Federal, é condicionada a duas situações previstas no Artigo 5º, inciso LXI: “flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente”. No segundo caso, excepcionalmente, a medida aplica-se em situação de dívida alimentícia. O delito,<sup>71</sup> por sua vez, é definido como crime, e toda infração é imputável, sendo a privação de liberdade precedida por processo legal, o que não acontece nas situações que envolvem internações psiquiátricas involuntárias (BRASIL, 1988, Art.5). De acordo com o Art.1º da Convenção Contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes (1984) e do Decreto n.º 40, de 15 de fevereiro de 1991, tortura é,

[...] qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a uma pessoa a fim de obter, dela ou de terceira pessoa, informações ou confissões; de castigá-la por ato que ela ou terceira pessoa tenha cometido ou seja suspeita de ter cometido; de intimidar ou coagir esta pessoa ou outras pessoas; ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer natureza; quando tais dores ou sofrimentos são infligidos por um funcionário público ou outra pessoa no exercício de funções públicas, ou por sua instigação, ou com o seu consentimento ou aquiescência. Não se considerará como tortura as dores ou sofrimentos que sejam consequência unicamente de sanções legítimas, ou que sejam inerentes a tais sanções ou delas decorram. (OEA, 1984; BRASIL, 1991, n.p.)

A Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura<sup>72</sup> define tortura no seu segundo artigo,

[...] ato pelo qual são infligidos intencionalmente a uma pessoa penas ou **sofrimentos físicos ou mentais**, com fins de investigação criminal, como meio de intimidação, como castigo pessoal, como medida preventiva, como pena ou com qualquer outro fim. Entender-se-á também como tortura a aplicação, sobre uma pessoa, de **métodos tendentes a anular a personalidade da vítima, ou a diminuir sua capacidade física ou mental**, embora não causem dor física ou angústia psíquica. (OEA, 1985, Art.2, grifo nosso, n.p.)

Mesmo não causando diretamente sofrimento físico ou mental, as instituições cometem tortura quando desempenham ações/tratamentos ou penas cruéis, desumanas e degradantes que venham a diminuir a personalidade do usuário ou sua capacidade física e mental. Desta forma, podemos considerar a tortura como um tipo de violência institucional se

<sup>71</sup>“O ordenamento jurídico brasileiro adota o sistema bipartido para definição de infração penal. A partir do Código Criminal do Império, as terminologias crime e delito são tratadas como sinônimos” (SANNA, 2013, p. 166).

<sup>72</sup>A Convenção, adotada e aberta à assinatura no XV Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, em Cartagena das Índias (Colômbia), em 9 de dezembro de 1985, é assinada por 20 países e compõe de forma central o Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos.

levarmos em consideração os seus impactos na vida da população, uma vez que a “[...] violência institucional ocorre também na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos [...]” (ANTONI, MUNHÓS, 2016, p. 646). Destacamos em quais condições ocorre a violência aqui problematizada,

[...] no momento em que o profissional de saúde extrapola os limites de poder e autoridade a ele atribuídos bem como impede ou limita a autonomia do usuário, oprimindo-o, institui-se a violência [...] Há que se destacar que a privação dessa autonomia representa também a negação de um princípio fundamental da atenção à saúde prevista na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990: “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”. O usuário deixa de participar e ter voz ativa na decisão sobre seu cuidado, tornando-se simples objeto de intervenção. (LADEIA, MOURÃO, MELO, 2016, p. 399)

Sendo o cuidado é centralizado na medicalização, os espaços públicos e diferentes instituições da rede de atendimento não proporcionam voz ativa aos sujeitos. Quando não pleiteiam pelo fim do silenciamento e da não problematização da violência institucional, também contribuem com a limitação<sup>73</sup> de autonomia dos usuários, contrário ao disposto na Lei Orgânica da Saúde.

Destacamos que “[...] não é somente na relação entre profissional e usuário que a violência institucional acontece, mas, também, na negação desse “encontro”, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e peregrinações em busca de atendimento” (LADEIA, MOURÃO; MELO; 2016, p.399). Relacionamos esta reflexão com a obra **Como Funciona o Fascismo**, na qual o autor faz referência ao tratamento dispensado às pessoas com deficiência em meados da década de 30:

Os cidadãos com deficiência foram considerados desprovidos de valor, porque o valor na ideologia nacional-socialista surgiu do valor de suas contribuições para a sociedade através do trabalho. Na ideologia nazista, aqueles que dependiam do Estado para sua sobrevivência não tinham valor algum. Os governos fascistas foram responsáveis por algumas das piores demonstrações de crueldade já vistas na humanidade em relação às populações com deficiência. A Lei para a Prevenção da Progenie com Doenças Hereditárias, promulgada em 1933 pela Alemanha nazista, determinou a esterilização de cidadãos deficientes, sendo seguida pelo programa secreto T4, que realizou gaseamentos de cidadãos alemães com deficiência, e, finalmente, em 1939, os médicos foram ordenados a matá-los. (STANLEY, 2018, p. 171)

Vemos, então, que só há “loucura” porque uma normatividade enquadrou o que é aceitável e o que é “loucura” na sociedade, fazendo necessária uma adequação ao modelo imposto, em detrimento do estigma enquanto “criminosos e/ou anormais”. Neste sentido, as pessoas são vistas como mercadorias, com valores de uso e de troca, como desejáveis e

<sup>73</sup>Podemos também considerar a limitação do usuário a partir do termo “revolução passiva” e/ou antecipação das necessidades conforme exposto na tese de doutorado de Josiane Santos (2008) quando ela faz referência a obra de Coutinho (1999) intitulada **As categorias de Gramsci e a realidade brasileira**.



indesejáveis (CASARA, 2021). Indesejáveis enquanto força de trabalho, mas desejáveis ao mercado em decorrência da lucratividade via medicalização da “loucura” e do sofrimento.

Em relação ao adoecimento, destacamos notícia veiculada em 2018 no Jornal da USP, a qual destaca o Brasil como o país com maiores índices de ansiedade e estresse da América Latina. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), na última década, a depressão teve um aumento de “18,4%, isso corresponde a 322 milhões de indivíduos, ou 4,4% da população da Terra. No Brasil, 5,8% dos habitantes – a maior taxa do continente latino-americano – sofrem com o problema” (GRACIOLI, 2018, n.p.). Para ilustrar a lucratividade da indústria farmacêutica, usaremos os dados do Conselho Federal de Farmácia, destacados na notícia do dia 10 de setembro de 2020. A matéria compreende o período de janeiro a julho (2019 e 2020) e demonstra o aumento nas vendas dos medicamentos psiquiátricos durante a pandemia. Tal adoecimento fortalece cada vez mais a lucratividade do capital, via indústria farmacêutica, como veremos na sequência.

*Quadro 10- Tipos e Custos dos Medicamentos Psiquiátricos Durante a Pandemia*

Medicamentos	2019	2020	Aumento
Anticonvulsivantes, incluindo antiepilépticos	46.216.034	52.132.718	12,80%
Antidepressivos e estabilizadores de humor	56.373.846	64.178.042	13.84%

Fonte: Conselho Federal de Farmácia (2020).

O cuidado da “loucura” foi fetichizado nos últimos governos, pois não se executam os preceitos legais historicamente regulamentados. Além disto, são utilizados subterfúgios para convencer a população em relação à tomada de decisões arbitrárias. Casara (2021) diz que o “neoliberalismo com verniz democrático [...] é a resposta para os problemas gerados pelos “velhos” neoliberalismos” (CASARA, 2021, p. 154). Portanto, o estado cria respostas aos problemas gerados por ele mesmo, respostas estas insuficientes por não estarem no rol de prioridades dos governos, governanças e políticas públicas desenhadas no processo de contrarreforma da Política de Saúde Mental.

Estas contrarreformas e violências institucionais precisam ser problematizadas, pois geralmente os agentes públicos discutem e trabalham como se a violência e tortura fossem algo alheio aos seus espaços,

[...] a violência institucional persiste ainda pouco reconhecida e naturalizada por profissionais e usuários, com movimentos discretos para seu enfrentamento. As múltiplas vozes envolvidas se calam. A invisibilidade da violência institucional por profissionais de saúde e usuários, bem como o silêncio perpetuado, mesmo diante de sua identificação, alerta para a urgência de mais mobilização popular e estudos que possam subsidiar políticas públicas para melhor reconhecimento e enfrentamento desse problema. (LADEIA; MOURÃO; MELO, 2016, p. 401)

Precisamos desnaturalizar a violência institucional e dar voz aos envolvidos. O silenciamento deslegitima e enfraquece qualquer resistência que venha a ser mobilizada. Todavia, aqui apresentamos a problematização deste estudo e discussão sobre o tema como forma de resistência, dando voz ao alcance e repercussões dele.

Assim como Stanley (2018) mencionou que para as pessoas com deficiência restava a morte, Marx (2017) pontua que [...] “todo homem morre 24 horas a cada dia” (MARX, 2017, p. 281), homem que é comparado a uma máquina, cuja substituição é realizada como uma mercadoria em decorrência da sua utilidade enquanto força de trabalho. A reflexão denota o enquadramento dos sujeitos na sociedade, onde todos aqueles que não são servem como força de trabalho para o mercado, tornam-se estigmatizados e “indesejáveis” sob a lógica desta normatividade.

A sociedade através da sua racionalidade neoliberal conservadora repudia qualquer ameaça ao seu *status quo*, ao que contrarie o padrão estabelecido. Diante disto, tem-se contraditoriamente uma negativa para acolher os percebidos como “desvios de conduta” e “anormais” na sociedade. Tal racionalidade em favor da normatividade objetiva adequar os sujeitos e adestrar seus comportamentos, que precisam ser internalizados por eles enquanto normativas no ideário neoliberal conservador (CASARA, 2021). Essa racionalidade propaga a ordem estabelecida e está interligada ao projeto societário que objetiva manter a organização da sociedade em divisão de classes, perpetuação da opressão e controle dos corpos que demandam atendimento na Política de Saúde Mental.

Essas breves considerações demonstram a imprescindibilidade da discussão sobre o silenciamento da violência institucional na saúde mental, pois “[...] o não reconhecimento e o silenciamento diante de atos de violência institucional favorecem a sua manutenção, perpetuação e terminam por legitimá-la como intrínseca às práticas de saúde” (LADEIA, MOURÃO, MELO, 2016, p. 399).

## 5 TRABALHO EM MARX E SUAS CARACTERÍSTICAS CENTRAIS

*Até quando os problemas causados pelo capitalismo continuarão a ser “solucionados” com mais capitalismo?*

*Boaventura de Sousa Santos*

Neste capítulo problematizamos a categoria trabalho e seus rebatimentos aos trabalhadores e usuários. Também discorremos sobre as inflexões da terceirização e as relações público-privadas na Política de Saúde Mental, sobre capitalismo solucionado com mais capitalismo que exponenciam a precarização na política pública de saúde.

A relação do homem com a natureza é contraditória, pois ao mesmo tempo em que ele a transforma, também é transformado nesse processo, pois o trabalho satisfaz as suas necessidades criando valores de uso. Portanto, o trabalho é condição humana em qualquer sociedade. Através dele, a sociedade se humaniza, mas ao mesmo tempo se desumaniza nas relações de produção em razão dos processos de alienação. Marx (2017) afirma,

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, ou seja, um resultado que já existia idealmente. (MARX, 2017, p. 255)

Além do esforço físico, o trabalho exige planejamento para que certa atividade orientada a um fim seja executada. Compõem o processo de trabalho, os momentos simples operados via objetividade, ou seja, o trabalho propriamente dito seguido do objeto e dos meios para auxiliar em sua execução. Em relação aos objetos, destacamos aqueles que são preexistentes, extraídos da natureza mediante o trabalho, como peixe, madeira, entre outros. Já objetos que são filtrados a partir de um trabalho, são considerados matéria-prima, como o minério. Portanto, “do mesmo modo como a terra é seu armazém original de meios de subsistência, ela é também seu arsenal originário de meios de trabalho” (MARX, 2017, p. 257).

Os meios de trabalho, por sua vez, são uma coisa ou um conjunto de coisas que estão entre o trabalhador e seus objetos, que são necessárias para a execução da atividade. Em contrapartida, na colheita de frutas o próprio corpo humano serve como meio de trabalho ao dispensar a força necessária para a execução dele. Categoria central na obra de Marx (2017) e atividade que o homem utiliza para sanar suas necessidades do estômago e do espírito, o trabalho é, portanto:

[...] um processo entre homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. [...] condição de existência do homem, independente de todas as formas sociais, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana. (MARX, 2017, p. 120 e 255)

Como reflete Marx, “O olho tornou-se um olho humano, no momento em que o seu objeto se transformou em objeto humano, social, criado pelo homem para o homem” (MARX, 2004, p. 109). O trabalho, então, torna-se humanizado à medida que satisfaz as necessidades do homem. Nesse processo, o estético não pode ser alheio ao marxismo humanista, já que constitui condição essencial da existência humana. Porém, o autor destaca que a propriedade privada tornou os homens tão estúpidos, que um objeto só lhes pertence se possuído como capital ou utilizado,

Embora a propriedade privada considere todas essas encarnações de posse imediatas apenas como meios de subsistência, a vida que servem é a da propriedade privada, trabalho e capital. Portanto, verificou-se uma simples alienação de todos esses sentidos; e o sentido de ter ocupar o lugar de todos os sentidos físicos e espirituais. A existência humana tinha de ser reduzida a esta pobreza absoluta, para dar origem à sua riqueza íntima... (MARX, 1986, p. 77)

Marx (1986) considera que o homem perde a sua humanidade e nega a si próprio. Em vez de se humanizar, no capitalismo o homem acaba alienando a própria essência e se desumaniza, uma vez que, na sociedade capitalista, os homens não produzem para satisfazer diretamente suas necessidades individuais ou coletivas. Nesse interim, o indivíduo perde sua dimensão humana e se reduz a uma dimensão meramente econômica: produzir e consumir mercadorias.

O sistema capitalista possui caráter de coisificação na medida em que coisifica o homem e sua existência. Sua máxima é a manipulação dos indivíduos através da fetichização, transformando o homem em objeto. Esse objeto é visto por Marx (2017) como mercadoria no processo da compra e venda da força de trabalho,

[...] nosso capitalista põe-se, então, a consumir a mercadoria por ele comprada, a força de trabalho, isto é, faz com que o portador da força de trabalho, o trabalhador, consuma os meios de produção mediante seu trabalho [...] o processo de trabalho não é mais do que o consumo da mercadoria por ele comprada, a força de trabalho, que, no entanto, ele só pode consumir desde que lhe acrescente os meios de produção. (MARX, 2017, p. 262)

Portanto, a força de trabalho é mercadoria adquirida pelo capitalista desde que contribua à mais valia. Ademais, “[...] o capital não se valoriza sem a força de trabalho, uma vez que as máquinas não criam valor, mas o potencializam” (ANTUNES, 2020, p. 16). Entendemos, assim, que o sistema capitalista depende da força de trabalho. No que diz

respeito às mercadorias, os capitalistas também as consomem, mas o fazem para explorar. Eles dividem o trabalho, mas expropriam a riqueza produzida para seus interesses privados.

[...] O antigo possuidor de dinheiro se apresenta agora como capitalista, e o possuidor de força de trabalho, como seu trabalhador. O primeiro, com um ar de importância, confiante e ávido por negócios; o segundo, tímido e hesitante, como alguém que trouxe sua própria pele ao mercado, e agora, não tem mais nada a esperar além da... esfola. (MARX, 2017, p. 251)

Compreendemos que os meios de trabalho empregam o trabalhador e lhe ditam as regras, sendo [...] “uma questão de necessidade aceitar o pão do padeiro” (MARX, 2017, p. 249). É importante ressaltar que o aumento da riqueza e valorização do capital ocorrem em detrimento da força de trabalho e da precarização das suas condições de existência. Tais fatores, além do sofrimento e exploração, ocasionam adoecimento e alienação, o que demonstra a verdadeira face do capital e sua intencionalidade para com a classe trabalhadora. Pois, “[...] *não é o trabalhador quem emprega os meios de trabalho, mas estes o trabalhador [...] a condição de existência do assalariado, que consiste na venda da própria força com vistas ao aumento da riqueza alheia ou à autovalorização do capital*” (MARX, 2017, p. 720, grifo nosso).

As considerações realizadas contribuíram para adensarmos as discussões sobre o processo de trabalho e suas condições de exploração e sofrimento no contexto da sociedade capitalista. Essas questões ultrapassam a mera leitura da realidade, e nos fazem compreender suas implicações e movimentos necessários para a transformação da realidade via processos de resistência e mobilização coletiva no cotidiano de trabalho. Caso contrário, “Se deixarmos o capitalismo responder à crise, sua proposta é clara: obrigar a força de trabalho a ir à labuta e assim conhecer os subterrâneos do inferno de Dante” (ANTUNES, 2020, p. 21).

### 5.1 Individualização e Concorrência: manipulação do capital

Vázquez (1968) denomina como “homem-massa” o homem que é manipulado, aquele tipo de sujeito ideal “[...] homem engendrado por suas próprias relações; isto é, o homem despersonalizado, desumanizado, oco por dentro, esvaziado de seu conteúdo, concreto e vivo, que pode se deixar modelar docilmente por qualquer manipulador de consciências [...]” (VÁZQUEZ, 1968, p. 276). Esta manipulação é concretizada pela linguagem, que assegura a inteligibilidade na comunicação e, assim, a intencionalidade da manipulação. Sobre a linguagem fascista, ela é ideal “quanto mais extensas tanto mais superficial for seu conteúdo e quanto débeis forem seus meios de expressão” (VÁZQUEZ, 1968, p. 277). Em relação a este

aspecto “[...] um princípio central da política fascista é que o objetivo da oratória não deve convencer o intelecto, mas influenciar a vontade” (STANLEY, 2018, p. 64). Portanto, o poder da ideologia fascista é manipular os sujeitos e as suas necessidades no processo de exploração na sociedade capitalista.

As necessidades dos sujeitos são percebidas como falta, fazendo com que o desejo seja substituído pela necessidade no contexto da lucratividade, do consumo e da produção de mercadorias. O “[...] poder<sup>74</sup> produz tanto o mercado e o consumidor quanto o crime e o desviante” (CASARA, 2021, p. 135). Nesta esfera de produção, circulação e troca de mercadorias, se move a compra e venda da força de trabalho. Nela, os homens são concorrentes entre si,

[...] pois cada um olha somente para si mesmo. A única força que os une e os põe em relação mútua é a de sua utilidade própria, de sua vantagem pessoal, de seus interesses privados. E é justamente porque cada um se preocupa apenas consigo mesmo e nenhum se preocupa com o outro. (MARX, 2017, p. 251)

Neste sentido “[...] cada um é um trabalhador que explora a si mesmo para sua própria empresa. Cada um é senhor e servo em uma única pessoa” (CASARA, 2021, p. 130). Ademais, o progresso social é “[...] baseado no estímulo à responsabilidade individual mediante a constituição de “reservas” e a formação de um patrimônio pessoal obtido graças ao trabalho” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 122). Essa manipulação é feita em prol da individualização e da exploração da classe trabalhadora no sistema capitalista neoliberal<sup>75</sup>:

[...] ajudar os indivíduos a ajudar a si mesmos, isto é, a “dar a volta por cima” numa competição geral que não é questionada em si mesma. Isso se traduz num discurso amparado na reintrodução das categorias típicas do esquema concorrencial do vínculo social: o capital humano, a igualdade de oportunidades, a responsabilidade individual etc., em detrimento de uma concepção alternativa do vínculo social que se basearia em uma maior solidariedade e em objetivos de igualdade real [...] O valor ético está na luta concorrencial. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 122 e 238)

A lógica de exploração concorrencial se baseia na meritocracia, que ao reforçar o individualismo, desmobiliza e imobiliza os sujeitos no processo de trabalho. Neste sentido, o capital usa subterfúgios para convencer um indivíduo de que o outro não é um aliado, mas um concorrente. Além disto, segundo esta lógica, os sujeitos podem alcançar a igualdade de oportunidades. Nos questionamos como poderão ter igualdade de oportunidades diante de

<sup>74c</sup>A biopolítica (bem como a necropolítica) aparece nesse contexto como um exercício de poder produtivo, ou seja, como a gestão da vida (e a produção estratégica da morte) através da orientação, do controle e da maximização dos mecanismos fisiológicos, psicológicos, demográficos e econômicos.” (CASARA, 2021, p. 134)

<sup>75c</sup>[...] filosofia econômica com a pretensão de restabelecer níveis de lucratividade que permitam criar condições orientadas a uma explosão global de desenvolvimento.” (BLACKBURN, 1999, p. 144)

uma sociedade tão desigual, que explora e descarta aqueles que não tem utilidade para o processo produtivo no jogo de interesses do capital.

David Harvey, em seu livro **O neoliberalismo História e Implicações**, procura preencher a lacuna sobre a história político-econômica da origem da neoliberalização. Harvey assim define o neoliberalismo:

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do dinheiro. (HARVEY, 2008, p. 12)

O neoliberalismo se mostrou como uma transformação exponencial do capitalismo e das sociedades para a retomada da acumulação do capital, como um “sistema de justificação e de legitimação do que quer que tenha sido necessário para fazer alcançar esse fim” (HARVEY, 2008, p. 28). Tal afirmação expõe o caráter truculento e catastrófico do capital, cuja ação e barbárie está autorizada em nome da exploração e do lucro. Ao passo que eles se unem, também difundem interesses público-privados. Sobre o capital e suas características,

O capital não é uma coisa, mas um processo em que o dinheiro é perpetuamente enviado em busca de mais dinheiro. Os capitalistas – aqueles que põem esse processo em movimento – assumem identidades muito diferentes. Os capitalistas financeiros se preocupam em ganhar mais dinheiro emprestando a outras pessoas em troca de juros. Os capitalistas comerciantes compram barato e vendem caro. Os proprietários cobram aluguéis porque a terra e os imóveis que possuem são recursos escassos. Os rentistas ganham dinheiro com royalties e direitos de propriedade intelectual. Comerciantes de bens trocam títulos (por ações e participações, por exemplo), dívidas e contratos (incluindo seguros) por um lucro. Até mesmo o Estado pode atuar como um capitalista, por exemplo quando usa as receitas fiscais para investir em infraestruturas que estimulem o crescimento e gerem mais receitas em impostos. (HARVEY, 2011, p. 41)

O capitalismo é um sistema constituído por profundas contradições, sendo uma das principais o fato de que quanto maior for a riqueza dos capitalistas, maior será a pobreza do proletariado. Esta é a lei geral da acumulação capitalista, uma vez que “[...] Onde há igualdade, não há lucro” (MARX, 2017, p. 233). Isto evidencia o entendimento de que quanto mais estruturado e organizado o capitalismo,

[...] maiores são as desigualdades de classe. E é desnecessário dizer que há evidências suficientes para apoiar a visão de que a retórica do livre mercado e do livre-comércio e seus **supostos benefícios universais**, à qual fomos submetidos nos últimos trinta anos, produziu exatamente o resultado esperado por Marx: uma concentração maciça de riqueza e de poder numa ponta da escala social, **concomitante ao empobrecimento crescente de todos os demais**. (HARVEY, 2013, p. 59, grifo nosso)

Marx ainda destaca sobre a desigualdade e a falsa ideia perpetuada pelo capitalismo: “Assim, com a acumulação do capital produzida por ela mesma, a população trabalhadora produz, em volume crescente, os meios que a tornam relativamente supranumerária” (MARX, 2017, p. 706). O autor aborda o exército industrial de reserva no capítulo 23 do livro I de **O Capital**, em que as próprias condições do processo de trabalho produzem este exército com “verniz democrático”.

Portanto, o estado cria respostas aos problemas gerados por ele mesmo, respostas estas insuficientes por não estarem no rol de prioridades dos governos, governanças e políticas públicas que, no processo de contrarreforma do Estado, possuem reflexos devastadores no atendimento à população.

## 5.2 O Lado Insano do Capital: caminhos para o adoecimento

O capital, com suas diferentes características e “supostos benefícios universais” e/ou “verniz democrático”, continua sua exploração, subjugando e expropriando a riqueza socialmente produzida em detrimento dos seus próprios interesses. Portanto, nada muda e a exploração assume novas roupagens neste contexto de concorrência e individualização em que as relações e os sujeitos são descartáveis. “Tudo o que era sólido desmancha no ar, tudo o que era sagrado é profanado, e as pessoas são finalmente forçadas a encarar com serenidade sua posição social e suas relações recíprocas” (MARX, 2008, p. 15-16). Encontramos esse conceito na maioria das ideias de Marx (2008), o que explicita a perspectiva do capital, que destrói as relações sociais e cria necessidades para gerar mais consumo e muito mais lucro.

Marx (2017) nos diz que “[...] As forças de trabalho retiradas do mercado por estarem gastas ou mortas tem de ser constantemente substituídas [...]” (MARX, 2017, p. 246). Sua capacidade de trabalho não é nada quando não é vendida. Esta reflexão é adensada no capítulo V, no qual o autor menciona que uma máquina que não possui utilidade para o processo de trabalho é inútil. A afirmação caracteriza o processo de descartabilidade do homem no processo de trabalho, o qual se assemelha a uma máquina. O trabalho é útil, desde que o homem esteja vivo e produtivo, pois “O trabalho vivo tem de apoderar-se dessas coisas e despertá-las do mundo dos mortos [...]” (MARX, 2017, p. 260).

Na perspectiva desta discussão sobre o trabalho, destacamos a entrevista com Graziela, que autorizou sua identificação. Ela trabalhou na Política de Saúde Mental de 2010 a 2016 e foi coordenadora da saúde mental no município. Sobre a rotatividade, Graziela nos diz “*acho que é um problema gravíssimo a rotatividade de pessoal porque as pessoas por*



*mais que já tenham trabalhado na rede, quando elas vêm de novo é outro momento [...] então são coisas assim que vão se perdendo*”. A rotatividade ocasiona perdas para o trabalhador, para a política em si e para os usuários.

Observamos na seguinte afirmação o sofrimento gerado em benefício dos interesses do capital através da precarização do trabalho,

[...] vejo que os **colegas têm medo de pedir para conversar, porque se tu pede para conversar tu está sendo chato, tu está dando trabalho** [...] vejo muita insatisfação dos trabalhadores, mas **são insatisfações individuais, justamente por conta do medo**. Se nós não tivermos um levante dos trabalhadores, se unirem e pedirem diálogo com a gestão e transformações, e exigirem que sejam dadas **condições de trabalho**, de cuidado. Vai ser muito difícil manter a história de São Lourenço. (VASQUES, 2022, n.p., grifo nosso)

Os trabalhadores, por receio de perderem, o emprego, acabam se calando e se isolando. Eles não reivindicam melhores condições de trabalho e nem expõem suas insatisfações. Quando isto acontece, não há comunicação e as relações tendem a funcionar de forma verticalizada. Vasquez salienta *“Enquanto houver gestões que não priorizam o diálogo, mas sim a coisa vertical né... de eu sei mais, tu menos, eu mando e tu me obedece, aí infelizmente a gente tá correndo um risco e tá diminuindo a qualidade do cuidado”*. No fragmento destacado, observamos a descartabilidade dos trabalhadores como se fossem máquinas, conforme problematizado por Marx (2017). Nessa perspectiva, trazemos Foucault para discorrer sobre a utilidade e produtividade do trabalhador,

Mas o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; **as relações de poder** têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, **sujeitam-no a trabalhos**, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; **mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição** (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); **o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso**. Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos da violência ou da ideologia; **pode muito bem ser direta, física, usar a força contra a força, agir sobre elementos materiais sem no entanto ser violenta; pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada, pode ser sutil, não fazer uso de armas nem do terror, e no entanto continuar a ser de ordem física**. (FOUCAULT, 2014, p. 29, grifo nosso)

As relações de poder sujeitam os trabalhadores ao trabalho e, conseqüentemente, a força de trabalho só é possível na medida em que há sujeição. A utilidade do corpo do trabalhador exige produtividade e submissão. A sujeição é conquistada por técnicas intencionalmente planejadas, que ideologicamente ou instrumentalmente impõem a ordem física, e é então “[...] impossível localizá-la, quer num tipo definido de instituição, quer num

aparelho do Estado. Estes recorrem a ela; utilizam-na, valorizam-na ou impõe algumas de suas maneiras de agir” (FOUCAULT, 2014, p. 30). O autor relaciona o saber e controle, e os denomina como tecnologia política do corpo, interconexão perfeita para a submissão do trabalhador.

Continuamos com Marx sobre trabalho e o interesse ineliminável do capital:

Mas o capital tem um único impulso vital, o impulso de se autovalorizar, de criar mais-valor, de absorver, com sua parte constante, que são os meios de produção, a maior quantidade possível de mais-trabalho. O capital é trabalho morto, que, como um vampiro, vive apenas da sucção de trabalho vivo, e vive tanto mais quanto mais trabalho vivo suga. O tempo durante o qual o trabalhador trabalha é o tempo durante o qual o capitalista consome a força de trabalho que comprou do trabalhador. (MARX, 2017, p. 222)

Portanto, o capital se valoriza criando mais riqueza baseada na exploração da força de trabalho “[...] o capital cria uma forma peculiar de riqueza, o valor baseado no trabalho” (ROSDOLSKY, 2001, p.46). Este trabalho se torna alienado diante do estranhamento do real, quando as riquezas socialmente produzidas não são socialmente compartilhadas. Marx destaca nos **Manuscritos Econômico-Filosóficos**, sobre a questão da alienação:

A exteriorização (Entäußerung) do trabalhador em seu produto tem o significado não somente de que seu trabalho se torna um objeto, uma existência externa (äussern), mas, bem além disso, [que se torna uma existência] que existe fora dele (ausserihm), independente dele e estranha a ele, tornando-se uma potência (Macht) autônoma diante dele, que a vida que ele concedeu ao objeto se lhe defronta hostil e estranha. (MARX, 2004, p. 81)

Sendo assim, a alienação faz com que o trabalho se torne somente um meio de subsistência e talvez nem isto. O trabalhador deve se submeter à exploração se quiser garantir sua mínima sobrevivência. O trabalho que ele executa é alheio, e por isso o desumaniza e o oprime. Os objetos também não lhe pertencem e ele não se reconhece neles, os concebendo como algo que o supera em valor. Desta forma, o trabalhador é servo e alienado daquilo que produz no processo de trabalho.

E quando este trabalho não oferece estabilidade, segurança nas relações, nos projetos, nas equipes e na rede de atendimento, impacta na vida privada e profissional. Esse aspecto descaracteriza a experiência profissional em decorrência das contradições impostas pelo sistema capitalista, via instabilidade dos vínculos empregatícios e relações estabelecidas (DARDOT; LAVAL, 2016).

Contudo, entende-se que a rigidez e a impossibilidade de “manobra” do trabalho implicam a ausência de ressignificação e insatisfação do trabalhador. Isto ocasiona sofrimento em decorrência da falta de um processo de planejamento, interfere na qualidade do

desenvolvimento do trabalho e no alcance dos objetivos do sujeito nos diferentes espaços sócio-ocupacionais (PEYON, 2018).

Na trilha desta discussão, o autor destaca os mecanismos de defesa utilizados na exploração contra o sofrimento. Tais mecanismos acentuam o processo de exploração e alienação dos sujeitos nas ações profissionais diante do estranhamento do real. Considerando que o profissional, querendo se distanciar da situação estressante, acaba estreitando ainda mais a possibilidade de manobra ao trabalhar:

[...] de forma mais eficaz e se disponibiliza mais rapidamente para atender uma nova ligação, que gera uma nova irritação, um novo esforço para resolver a situação, e assim sucessivamente. A organização do trabalho nesse caso se beneficia do sofrimento dos trabalhadores, pois o mecanismo de defesa encontrado para lidar com a raiva emergente envolve justamente a sua transformação em produtividade. Ao restringir às possibilidades de resposta das telefonistas, as quais trabalham sob vigilância constante, a organização do trabalho gera, durante a realização da tarefa, um sofrimento e uma raiva que, por meio de um processo de culpa e formação reativa, transforma-se em um atendimento eficaz. (PEYON, 2018, p. 198)

Quanto mais acentuado o distanciamento entre as projeções do trabalhador, ou seja, suas necessidades e sua realidade de trabalho, mais comprometido e mais exposta estarão ele e a sua saúde, visto que a sua reação é a produtividade sob a vigilância constante não só do empregador, mas também dos trabalhadores (concorrentes entre si). Esta desarmonia nas relações e condições de trabalho interfere na saúde do trabalhador em seus diferentes aspectos, uma vez que o caráter psicossomático e o adoecimento não devem ser desconsiderados nas discussões sobre as condições de trabalho.

A mercantilização da loucura e do sofrimento é consequência do sistema capitalista que fortalece a desigualdade para manter seu senhorio, fator determinante para o processo de produção, reprodução e acumulação do capital. No caso do capital pandêmico, isso se evidencia ainda mais, como destaca Antunes:

Ele tem um claro caráter discriminatório em relação às classes sociais, pois sua dinâmica é muito mais brutal e intensa para a humanidade que depende do próprio trabalho para sobreviver. A classe burguesa, incluindo seus séquitos de altos gestores, tem seus fortes instrumentos de defesa (recursos hospitalares privilegiados, condições de habitação que lhes permite escolher as melhores condições de realizar suas quarentenas etc.), enquanto na classe-que-vive-do trabalho a luta é para ver quem consegue sobreviver. (ANTUNES, 2020, p. 16)

As discussões demonstram o sofrimento oriundo desta desigualdade na sociedade capitalista, via crise econômica e desemprego. Esses aspectos atrelados ao receituário de opressão e exploração contribuem para o aumento significativo das vendas de medicamentos psiquiátricos. Isso demonstra a mercantilização de um sofrimento que nem sequer tem sua gênese neste campo do saber, mas é uma das consequências da desigualdade social.

A classe trabalhadora é a mais prejudicada, pois ela precisa lutar para garantir minimamente sua sobrevivência, vivendo em condições ultraprecárias. É interessante refletir sobre afirmação da participante Graziela “*Então a galera tá sobrevivendo dentro do que é possível. Bom, eu vou te atender, Bárbara. Vou fazer o melhor que eu puder contigo enquanto tu estiver perto de mim, depois eu já não posso garantir, é isso*”. A palavra sobrevivência demonstra a luta da classe trabalhadora e as consequências da precarização do trabalho, que é mais acentuada na chamada terceirização, assunto que iremos abordar a seguir.

### 5.3 O Direito do Trabalhador e as Inflexões a partir da Terceirização

*O que permanece de períodos anteriores é sempre metamorfoseado em algo que simultaneamente o denuncia e dissimula, e por isso, permanece sempre como algo diferente do que foi sem deixar de ser o mesmo*

*Boaventura de Sousa Santos*

Neste item tecemos considerações sobre terceirização, novos modelos de gestão do trabalho e rebatimentos da relação público-privado na Política de Saúde Mental. A modalidade de contratação via terceirização foi, ao longo dos anos, metamorfoseando-se, mas sem deixar suas raízes que sempre foram arraigadas na produtividade, precarização e rotatividade. Problematizamos suas origens e determinações com a realidade recente, que dissimuladamente se espria na política de saúde.

Ao abordarmos a “terceirização” ou “subcontratação”,<sup>76</sup> é importante lembrar que independente da terminologia usada, suas marcas também estão no passado desde a transição para trabalho assalariado e modo capitalista de produção. Em meados do século XVI, tanto na Inglaterra quanto na França, a subcontratação era o mecanismo utilizado para controle da autonomia dos artesãos, o que significava limitação aos seus direitos sobre a produção e o próprio trabalho (DRUCK, *et al.*, 2018).

O artesanato rural<sup>77</sup> era rentável, pois havia diferença entre salário urbano e rural, sendo este apenas para complementar o arrendamento de terras. Castel (2008) considera a

<sup>76</sup>Tratadas como sinônimos no texto “A terceirização no serviço público: particularidades e implicações” (DRUCK, *et al.*, 2018).

<sup>77c</sup>[...] é mais camponês do que operário, sua atividade industrial continua sendo enquadrada pelas regulações de uma economia doméstica. Através do desenvolvimento do artesanato rural, os campos distantes podem participar do desenvolvimento do mercado, da economia monetária e da produção industrial, em resumo, da produção da modernidade, mas sem serem, apesar disso, modernizados [...] os quase-assalariados parciais e miseráveis, que amiúde são os artesãos rurais, não se inscrevem, evidentemente, numa lógica de acumulação capitalista. De modo geral produzem para completar os ganhos de sua pequena exploração agrícola [...] continuando a basear a produção na domiciliação, esse sistema mantém as relações tradicionais de dependência e os valores da sociedade rural” (CASTEL, 2008, p. 164).

hipótese de que a Revolução Industrial ocorreu, em parte, quando a indústria rural da Inglaterra não conseguiu conquistar novas terras ao não adquirir mais mão de obra, e também devido ao fechamento das terras<sup>78</sup>. Leo Huberman, em **História da Riqueza do Homem**, esclarece que este processo de fechamento ocorreu porque o sistema de campo aberto não dava ao empreendedor autonomia para trabalhar no seu próprio ritmo “[...] ou tentar experiências novas; tinha de se adaptar ao ritmo dos que trabalhavam faixas de terras contíguas à sua” (HUBERMAN, 1981, p. 99). Em decorrência desta desvantagem, iniciou-se a estratégia de troca das faixas, que significava otimizar 12 hectares dispersas para 5 ou 4 propriedades unificadas em 3 ou 2 hectares.

Foi aplicada também a estratégia de cercar a propriedade, transformando o que antes era campo aberto em campo fechado. As cercas permitiam que as terras fossem lavradas, melhorando a produção e não causando prejuízo a ninguém. Entretanto, havia outros dois tipos de cercas que prejudicaram muitas pessoas. Uma delas, erguida em decorrência da elevação do preço da lã, era destinada a proteger a criação de ovelhas, assim reduzindo a necessidade de mão de obra. A prática era garantia de mais dinheiro aos senhores, mas ocasionava o fim do emprego e dos meios de subsistência aos lavradores, restando aos sobrantes o desemprego. Além disto, o senhor expulsava os arrendatários das terras que precisava com o fim de unificar as propriedades dispersas que possuía. Desta forma, mais pessoas eram desapossadas dos seus meios de vida. A outra cerca prejudicial era aquela que cercava “[...] a terra em servidão de pastagem. Isso significava que o gado do arrendatário pobre não tinha onde pastar, o que provocava sua ruína” (HUBERMANN, 1981, p. 100).

A outra medida adotada foi a elevação do arrendamento, impossibilitando que os arrendatários tivessem condições de pagar e assim forçando o abandono das terras. A expulsão das classes mais baixas das terras também contribuiu para que os sujeitos se tornassem assalariados e, então, fossem úteis para suprir a mão-de-obra da indústria, tendo “[...] apenas a sua capacidade de trabalho para ganhar a vida” (HUBERMANN, 1981, p.103).

Observamos que a origem do sistema capitalista sempre teve na sua base o interesse no trabalho, desde que estivesse proporcionando lucro ou vantagem,

As duas principais características da "revolução industrial" podem, assim, ser interpretadas como duas respostas às insuficiências da proto-indústria: recurso à

---

<sup>78c</sup>Na Oração dos Senhores de' Terras, surgida na época, encontramos o seguinte: “Sinceramente pedimos que eles (que possuem terras, pastos e locais de residências) não possam elevar os arrendamentos de suas casas e terras, nem impor taxas ou pagamentos absurdos. Fazei que se possam contentar com o que é suficiente e não juntar casa com casa ou terra com terra para o empobrecimento dos outros...”. Mas apesar das orações, os senhores continuaram a fechar as terras e elevar arrendamentos. Aldeias inteiras foram evacuadas, com os habitantes expulsos morrendo de fome, roubando ou mendigando na estrada” (HUBERMAN, 1981, p.102).

máquina, que aumenta a produtividade do trabalho sem ter que multiplicar o número dos trabalhadores; reunião dos trabalhadores na fábrica, que permite uma melhor divisão do trabalho, uma melhor vigilância, uma dedicação completa do operário à sua tarefa e, assim, acaba com os seguintes elementos contraprodutivos do artesanato rural: a dispersão geográfica, a independência do trabalhador rural mais ligado à sua terra do que à sua profissão, sua distância em relação às exigências da cultura industrial. (CASTEL, 2008, p.166)

A Revolução Industrial não significou a ampliação do sistema anterior, por mostrar-se nocivo aos interesses dos trabalhadores, mas ocorreu em decorrência da limitação da indústria rural. Esta limitação não estava relacionada a questões de incapacidade dos artesãos, mas ao interesse na produtividade. A origem da terceirização no Brasil iniciou com o trabalho rural via “sistema de “gato”, que se apoiava no trabalho tipicamente sazonal “[...] Foi também uma forma de contratação utilizada desde os primórdios da industrialização nas áreas urbanas, ainda que de forma secundária” (DRUCK *et al.*, 2018, p.114).

O primeiro exemplo do “sistema de parcerias” data do século XIX, “[...] Vergueiro constituía uma sociedade da qual faziam parte membros de sua família – passava a ser Vergueiro e Cia. Em 1852, novo contrato, agora com o governo provincial [...]” (COSTA, 1999, p. 204). Vergueiro se comprometeu no período de três anos a fornecer 1.500 colonos migrantes europeus em substituição ao trabalho escravo.

Este relato histórico é corroborado na seguinte afirmação “[...] enquanto os escravos dos cafezais paulistas fugiam das fazendas [...] imigrantes italianos faziam o percurso inverso, dirigindo-se para as plantações” (KOWARICK, 1994, p. 86). Este exemplo é elucidado nas vésperas da abolição. O autor ainda menciona Hall (1969 *apud* KOWARICK, 1994, p. 83) que usa a terminologia “escravos brancos”<sup>79</sup> como alusão às condições de trabalho dos imigrantes que não teriam outra opção de escapar da parceria do endividamento<sup>80</sup> senão através da fuga. Portanto, os imigrantes ora fugiam, ora tornavam-se escravos do trabalho. Marx, no capítulo destinado para discussão da assim chamada “acumulação primitiva”, nos esclarece como se deu este processo,

Num primeiro momento, dinheiro e mercadoria são tão pouco capital quanto os meios de produção e de subsistência. Eles precisam ser transformados em capital. Mas essa transformação só pode operar-se em determinadas circunstâncias, que contribuem para a mesma finalidade: é preciso que duas espécies bem diferentes de possuidores de mercadorias se defrontem e estabeleçam contato; de um lado, possuidores de dinheiro, meios de produção e meios de subsistência, que buscam valorizar a quantia de valor de que dispõem por meio da compra de força de trabalho

<sup>79</sup>Cavalcanti (2021) considera o termo “escravidades” considerando as inúmeras escravidões ao longo da narrativa humana e suas manifestações no processo histórico.

<sup>80</sup>“Imigrantes eram obrigados a restituir aos fazendeiros o preço do traslado” (KOWARICK, 1994, p. 83). Os imigrantes assinavam contratos que os fixava cinco anos nas fazendas e caso não cumprissem as cláusulas poderiam ser presos.

alheia; de outro, trabalhadores livres, vendedores da própria força de trabalho e, por conseguinte, vendedores de trabalho. Trabalhadores livres no duplo sentido de que nem integram diretamente os meios de produção, como os escravos, servos etc., nem lhes pertencem os meios de produção, como no caso, por exemplo, do camponês que trabalha por sua própria conta etc., mas estão, antes, livres e desvinculados desses meios de produção. (MARX, 2017, p.786)

Portanto, as condições para a produção capitalista são oriundas da polarização entre o trabalhador e a propriedade dos meios de produção. Uma vez desenvolvida, a produção capitalista, além de manter esta separação, também a exponencia. Este processo converte em capital os meios de subsistência/produção e transforma conseqüentemente os produtores em trabalhadores assalariados (MARX, 2017).

A acumulação primitiva é mais do que a separação entre produtor e meio de produção. É considerada como "primitiva" pois é a pré-história do capital e do modo de produção antecedente. “A estrutura econômica da sociedade capitalista surgiu da estrutura econômica da sociedade feudal. A dissolução desta última liberou os elementos daquela” (MARX, 2017, p.786). Consideramos a terminologia *continuidade metamorfoseada* ao invés de *dissolução*,

[...] o alvorecer do capitalismo não fez surgir o trabalho livre em detrimento de antigos métodos perversos de exploração da força de trabalho, tais quais a escravidão e a servidão. **O declínio da sociedade feudal, a ampliação do comércio e a industrialização não significaram a superação das ausências e a consagração da liberdade e da humanidade a todos os seres humanos. Longe disso, representaram a continuidade metamorfoseada da exploração** e a imposição de uma nova mistura de liberdade, humanidade e suas ausências nas relações estabelecidas entre capital e trabalho. (CAVALCANTI, 2021, p. 36, grifo nosso)

A superação de um sistema pelo outro não significou a conquista do trabalho livre, mas sim a continuidade da exploração através das suas novas e contextualizadas metamorfoses. As relações de trabalho possuem a falsa ideia de liberdade e humanidade, mas ao contrário são prisioneiras das condições impostas pela exploração da força de trabalho.

No final do século XIX, em decorrência do crescimento urbano-industrial, os imigrantes se deslocaram para as cidades, pois a imigração ocasionou excedente número de povoadores nas plantações. Os distintos estágios históricos do capitalismo, seus modelos produtivos e métodos de trabalho foram adequando a terceirização/subcontratação ao longo dos anos. O desenvolvimento da industrialização e urbanização, no século XIX e parte do século XX não a escusou, mas a alocou de maneira secundária ou periférica, em especial na Europa e nos Estados Unidos (DRUCK *et al.*, 2018).

Correia (2011, p. 43) em seu artigo “Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS?” problematiza o “[...] processo de privatização dos serviços públicos em curso no Brasil, através dos denominados “novos modelos de gestão”: Organizações Sociais (OSs),

Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs)”. A autora destaca que este processo de desmonte do SUS iniciou em 1990, sendo impactado pelas “[...] contrarreformas neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde” (CORREIA, 2011, p. 43).

Ressaltamos que “trata-se do ideologicamente Estado Mínimo, que é na prática o Mercado Máximo” (DIAS, 1997, p. 110). Contudo a sua maximização se dá na articulação com a burguesia e a minimização com a classe trabalhadora. A convergência de repasse dos fundos públicos para os setores privados ocorre desde 1995, pois o Plano Diretor no governo Fernando Henrique Cardoso preconizava que uma das funções do Estado seria coordenar e custear as políticas públicas e não as executar, o que significava transferir a responsabilidade do Estado ao setor público não-estatal (CORREIA, 2011).

Em 1999, a Lei Federal n.º 9.790, de 23 de março, instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, na esfera Federal de Governo. Esta Lei propõe “a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui e disciplina o Termo de Parceria”, tal como o Contrato de Gestão firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social. (REZENDE, 2008, p. 28)

A autora destaca que a partir deste marco legal, instituiu-se o Termo de Parceria, considerado um mecanismo de vinculação entre poder público e entidades da Sociedade Civil de Interesse Público. Sendo a definição de interesse público promover e/ou intencionar a cooperação entre as partes, garantindo a deliberação dos Conselhos de Direitos. Os Termos de Parcerias também devem ser acompanhados e fiscalizados pelo Poder Público através de política pública que formaliza o objeto da parceria. Mas, contraditoriamente, o interesse público acaba traduzindo-se em interesse privado, pois não existe a cooperação entre as partes, na medida em que se tem a precarização do serviço público e o custeio via fundos públicos para as entidades privadas, ou seja, públicas não-estatais.

Sobre privatizar o que é público, trazemos a seguinte afirmação “[...] “novos modelos de gestão”, apesar de suas diferenças internas, integram a estratégia de contrarreforma do Estado, pois têm a mesma natureza de repasse do fundo público para o setor privado, flexibilizando a gestão e os direitos sociais e trabalhistas [...]” (CORREIA, 2011, p. 44). Portanto, é um modelo de funcionamento que privatiza<sup>81</sup> o que é público e precariza os

---

<sup>81</sup>O site São Lourenço Repórter divulgou uma notícia no dia 7/12/2022 sobre a Operação Septicemia, que teve desdobramentos em São Lourenço do Sul. A ação se deu contra uma quadrilha que realizava desvios de recursos da saúde pública no Rio Grande do Sul. O referido esquema foi descoberto “[...] há três anos, quando



serviços existentes, pois os gastos mais significativos são com as parcerias<sup>82</sup> nas políticas públicas que seguem este modelo de gestão.

Nas décadas mais recentes do capitalismo, persiste e se acentua a terceirização, informalidade, precarização, materialidade e imaterialidade, conceitos essenciais para a perpetuação e ampliação da sua lógica. Na mais recente crise global, em 2007-2008, esta lógica se acentuou através da regulamentação de matriz tayloriano-fordista, dominante ao longo do século XX e modificada pelos diversos modos de terceirização, informalidade e precarização, exponenciando a exploração do sobretrabalho em curto espaço de tempo. Por conseguinte, “[...] a informalidade deixa de ser a exceção para tendencialmente tornar-se a regra e a precarização passa a ser o centro da dinâmica do capitalismo flexível [...]” (ANTUNES; DRUCK, 2014, p. 13).

No caso brasileiro, constata-se uma “epidemia da terceirização”<sup>83</sup> nas últimas duas décadas, que contagiou a indústria, os serviços, a agricultura e o serviço público. Esse campo da organização do trabalho evidencia distinções e desigualdade entre os trabalhadores “de primeira e segunda categorias”, como brecha para o trabalho análogo ao escravo. A segregação não ocorre apenas pelo contratante, mas também entre os próprios trabalhadores, os chamados “terceiros”. Portanto, a venda da força de trabalho enquanto mercadoria subjuga os trabalhadores ao contexto de flexibilidade, descarte e rotatividade, requisitos suficientes para ocasionar instabilidade e insegurança no trabalho, o que desmobiliza as identidades coletivas, cria concorrências entre os trabalhadores e potencializa desmobilização sindical. Portanto, a terceirização é uma prática de gestão que tem como fio condutor a precarização, seja pela redução dos direitos, dos salários ou pela fragmentação no uso predatório da força de trabalho (ANTUNES; DRUCK, 2014).

---

foi deflagrada a Operação Autoclave contra a Organização da Sociedade Civil (OSC) que prestava serviços em um posto de saúde de São Leopoldo. No período, descobriu-se que a empresa também tinha vínculo com outras prefeituras, em contratos que somam cerca de R\$ 220 milhões [...] Segundo a PF, a entidade se denominava “sem fins lucrativos” para ser beneficiada em certames licitatórios, mas, na realidade, previa lucro em seus orçamentos e pagava comissões para intermediários. As fraudes eram executadas mediante concorrências simuladas e com o auxílio e orientação na estruturação de processos seletivos. A investigação também recolheu indícios de pagamentos indevidos a agentes públicos. A suspeita é de que, no curso do processo, tenham sido cometidos os crimes de organização criminosa, corrupção ativa e passiva, fraude em licitação, fraude em prorrogação e aditivos de contratos, advocacia administrativa, falsidade ideológica e lavagem de dinheiro” (PF..., 2022, grifo nosso, n.p.).

<sup>82</sup>No dia 07/12/2022 a prefeitura emitiu nota de esclarecimento sobre a operação Septicemia contra a suposta organização criminosa voltada à fraude em licitações e desvio de recursos públicos federais. A administração municipal se colocou à disposição para esclarecimentos e, segundo as informações divulgadas, disponibilizou todos os documentos solicitados, ciente de que os atos praticados ocorrem dentro da legalidade. Além disto, a gestão municipal destacou que a operação não foi contra o município, nem contra secretários ou prefeito, e sim, buscava evidências que contribuíssem com as investigações.

<sup>83</sup>Termo utilizado por Antunes e Druck (2014) no capítulo “A epidemia da terceirização”. Este capítulo está disponível na primeira edição do livro **Riqueza e miséria do trabalho**.

A terceirização é um mecanismo utilizado pelo capitalismo para se livrar das “demasias” de gastos com a força de trabalho, sendo uma das estratégias de reestruturação do capital, o que denota o acirramento da subproletarização e contraditoriamente a centralização de renda nas mãos do capital (LOURENÇO, 2015). Druck e Franco em artigo escrito em 2008 sobre precarização do trabalho no Brasil ressaltam,

Nos últimos 15 anos, observou-se um forte crescimento da terceirização em todas as direções. **Primeiro, a sua disseminação no setor público** e nas empresas estatais, explicada fortemente pelas políticas neoliberais adotadas pelos sucessivos governos que, em nome do superávit fiscal recomendado pelo Fundo Monetário Internacional, **suspenderam concursos públicos e buscaram sanar a necessidade de servidores** através da terceirização em várias modalidades: contratação de estagiários (principalmente nas empresas estatais, nos bancos públicos); cooperativas, **particularmente na área de saúde e a externalização ou transferência de serviços públicos para o setor privado.** (DRUCK; FRANCO, 2008, p.101, grifo nosso)

Conforme Antunes e Druck (2014) esta “epidemia da terceirização” apresentava seus direcionamentos delineados pelo ideário neoliberal. Contemporaneamente o crescimento da terceirização é ainda mais abrangente, o que pode ser verificado nas diversas políticas públicas, em especial da saúde,<sup>84</sup> que opta pelas contratações via “parcerias”.<sup>85</sup> Estas parcerias têm se propagado nas políticas públicas “[...] Estado que para garantir direitos e acesso às políticas públicas conta com parcerias, quais sejam: contratos de gestão com instituições filantrópicas, convênios público-privado, dentre outros” (HOFF, 2016, p. 42). De outro modo, a não realização de concurso público interfere sobremaneira na qualidade dos serviços prestados, considerando a grande rotatividade dos profissionais. É um “modelo” de gestão que poderá se apresentar como inédito e inovador por otimizar recursos humanos e financeiros, mas sabemos que a origem deste tipo de gestão tem raízes no passado.

As medidas neoliberais adotadas nesta lógica são a estigmatização dos direitos enquanto riscos, antes mesmo de se efetivarem. O desenvolvimento do capital demandou a abertura comercial e a desconsideração das relações mercantis, sendo incluída a força de

---

<sup>84c</sup>A Lei Federal nº 13.019/2014 não se aplica a convênios e contratos para a execução de ações complementares aos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme arts. 3º, inciso IV, e 84, parágrafo único, inciso I. As demais parcerias no setor de saúde, não complementares ao SUS, deverão observar todas as normas estabelecidas pelo MROSC, exceto a obrigatoriedade de chamamento público, se houver credenciamento próprio da Secretaria de Estado de Saúde, como assim dispõe o art. 30, inciso VI” (MINAS GERAIS, 2015, p. 07).

<sup>85c</sup>O Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil MROSC é uma agenda política ampla que tem o objetivo de aperfeiçoar o ambiente jurídico e institucional relacionado às Organizações da Sociedade Civil e suas relações de parceria com o Estado. Uma das principais conquistas do MROSC é a **Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014**, que define novas regras para a celebração de parcerias, nas quais o Poder Público e as organizações da sociedade civil cooperam para alcançar um interesse comum de finalidade pública” (MINAS GERAIS, 2015, p. 04, grifo do autor).

trabalho como mercadoria. As políticas sociais foram consideradas privilégios e obstáculos para o desenvolvimento econômico (LOURENÇO, 2015).

Em relação às parcerias, destacamos um trecho do Plano Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul do ano de 1991,

[...] devido a carência de recursos financeiros para manter os serviços e a ausência total de assinatura de novos convênios filantrópicos, o hospital gestionou com o respaldo da CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, junto ao Delegado Regional de Saúde, a implantação de um atendimento 24 horas no sistema BAU – Boletim de Atendimento de Urgência. **Com esta nova modalidade e prestando atendimento durante o dia, o hospital vai resistindo às dificuldades financeiras**, servindo à população lourenciana na zona rural. (SMSBES, 1991, p.122, grifo nosso)

Destacamos o convênio existente na época com Hospital Walter Thofern, conhecido por sua razão social “Sociedade Beneficente São João da Reserva”. Observamos uma contradição, pois considera um atendimento 24 horas, mas menciona atendimentos durante o dia. Tal prática se perpetua até os dias de hoje, como exemplifica o não funcionamento do sistema de urgência e emergência por 24 horas, assunto no Conselho Municipal de Saúde, uma vez que o referido hospital presta este atendimento apenas das 7 às 19h. A informação denota a contribuição da parceria e a quem ela realmente beneficiava e ainda beneficia.

Durante entrevista com Adriane Martins, atual secretária municipal de saúde, que aceitou ser identificada, ela expôs alguns pontos em relação à terceirização. Em decorrência da robusta Rede de Atenção Psicossocial, a maioria dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde é terceirizada, então ao falar da qualidade dos contratos desses profissionais, a participante afirma,

[...] não acho que perca em qualidade. Muito pelo contrário, mesmo defendendo o servidor público e eu acho que sempre deve ser priorizado sim o servidor de carreira. Mas o que se percebe no dia a dia não é perda de qualidade. **Muito pelo contrário, nós conseguimos ter um domínio mais de perto sobre esses terceirizados.** Talvez porque eles não tenham estabilidade. E de certo modo isso também causa um comprometimento maior. Isso não é uma regra, não me interpreta mal. Tem muitos servidores de carreira que têm uma dedicação indiscutível, mas infelizmente não são todos. E quando se tem a questão da contratação e se sabe que não tem uma estabilidade, normalmente as pessoas tendem a se dedicar e a lutar por aquele espaço diariamente. Então, não acho que se perca em qualidade nesse sentido, não mesmo. **Sempre os processos são via seleção pública para ser o mais honesto possível, mesmo para os terceirizados. Mas a gente sabe que se tu precisar trocar... tu justifica ali por quê aquele profissional não se adequou àquela tarefa, àquele cargo. E tu consegue substituir. Que é pelo IB saúde?** Atualmente pelo IB saúde, também fizemos as licitações, os contratos serão assinados nos próximos dias, mas o IB saúde foi a única OSC interessada. (MARTINS, 2022, n.p., grifo nosso)

Destacamos a pergunta realizada sobre a empresa responsável pelas contratações. Neste depoimento, observamos que a terceirização possibilita a troca de funcionários, pois

eles não têm estabilidade, tornando-se um atrativo para o gestor. Ao passo que os servidores estatutários, possivelmente, são estigmatizados por serem menos suscetíveis a demissão e a coação. A divergência dos vínculos empregatícios entre profissionais estatutários e contratados deixa os terceirizados à mercê da descartabilidade, sob a justificativa da não adaptação e/ou insuficiente dedicação. Este cenário também pode fomentar um clima de animosidade entre os profissionais, considerando que as possibilidades de ruptura e desligamento são diferentes.

Este trabalho via “domínio mais de perto” se manifesta como controle e fiscalização, inflando o sentimento de insegurança e fragilidade. A pressão ocorre pelo controle relacionado à vigilância e pela susceptibilidade de demissão a qualquer momento. Várias “escravidões” sob o jugo do trabalho,

No referente às relações de trabalho, as garantias, arrancadas pelas grandes lutas sociais, são transformadas meramente em corporativismo. Fundamentalmente propõe-se a sua flexibilização, vale dizer sua precarização. Busca-se eliminar-se dos textos legais as garantias ao trabalho; reduz-se consistentemente os empregos de tempo integral, promovendo-se as jornadas de tempo parcial; **terceirizam-se atividades** [...] A reestruturação produtiva, fórmula privilegiada de resposta capitalista à sua crise, necessita cada vez mais **limitar, fundamentalmente, os direitos sociais e os gastos estatais com os programas sociais. Transformar em objeto mercantil a previdência, a saúde e a educação. O estado deve abandonar o campo do social, deve transformá-lo em terreno de caça mercantil. Tudo, absolutamente tudo, deve ser submetido à mercantilização.** (DIAS, 1997, p. 119, grifo nosso)

A terceirização se manifesta como a panaceia para solução das crises no setor público. Em contrapartida, a saúde e os direitos do campo social são mercantilizados, assim como as garantias trabalhistas que são arrancadas, uma vez que a mercantilização se sobrepõe aos interesses coletivos. Ressaltamos que a privatização do setor público é uma ofensiva aos direitos sociais e trabalhistas que foram conquistados historicamente. Estes novos modelos de gestão que se apresentam nas políticas públicas desde 1990, baseiam-se “[...] no repasse da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde para grupos privados, através de “Contratos de Gestão” e de “Termos de Parcerias”, mediante transferências de recursos públicos” (CORREIA, 2011, p. 45). A responsabilidade pela gestão das ações nas políticas públicas é transferida ao setor privado através do repasse de recursos. Correia ainda questiona qual seria o interesse do setor privado em se responsabilizar pela gestão do que é público senão pela vantagem econômica. Qual seria o motivador destes grupos não estatais senão o mercado e a lucratividade à custa do setor público?

Neste sentido, as políticas públicas também se apresentam enquanto mercadoria,

Avalia-se que no momento em que há essa transição em massa de responsabilidade do Estado, acontece um processo de **mercadorização dessas políticas**, que enquanto compositivas do Sistema de Proteção Social, perdem o papel de garantidoras de direitos para se tornarem **políticas embutidas na lógica do mercado**. Ou seja, passa-se **do acesso ao direito para o acesso a uma mercadoria**. Tal como uma mercadoria, **as políticas públicas são utilizadas como meio de troca para a geração de lucros**. Porém, é ainda uma incógnita qual é a cor e o formato deste “lucro”. As instituições ditas sem fins lucrativos, aparentemente, ocultam no seu nome as relações estabelecidas no modo de produção capitalista, que têm no lucro seu real objetivo e que não há uma clareza quanto aos seus ganhos reais. (HOFF, 2016, p. 62, grifo nosso)

O Estado, ao se desresponsabilizar pela execução das políticas públicas e utilizar recursos dos fundos públicos para custear interesses não-estatais, acaba mercadorizando as políticas, os trabalhadores, usuários e os direitos afiançados. Ambos se transformam em mercadoria na troca que objetiva o lucro. Contudo, a lucratividade é unilateral considerando que os recursos públicos destinados às parcerias não beneficiam o setor público na sua integralidade. Há transferência da responsabilidade, mas não há investimento na coisa pública.

Sobre a tragédia em curso no Brasil através das parcerias e condições de trabalho flexibilizadas,

Como complemento dessa trajetória, se tenta redefinir as condições gerais do trabalho. O objetivo é a chamada desregulamentação: a redução ao mínimo da legislação de proteção ao trabalho, abrindo caminho ao pleno domínio do mercado. É esse discurso que se generaliza, é essa prática que se aprofunda. O sentido da Revisão Constitucional que está sendo realizada no Brasil é o mesmo nos demais países capitalistas: tragédia e farsa. **A miséria, a destruição dos serviços públicos, a perda da cidadania, enfim a legitimação da opressão é vista como uma decorrência do mercado**. A violência não escandaliza mais: está inteiramente banalizada. [...] O neoliberalismo revela-se, então, no pior dos sentidos, um darwinismo social. O mercado é aquele onde os melhor adaptados, os racionais, triunfam. (DIAS, 1997, p. 127, grifo nosso)

A destruição em curso é vista como algo natural no cenário mercadológico de tragédia e da farsa. Tragédia porque destrói os serviços públicos e a cidadania, perpetuando a opressão. E mesmo havendo necessidade de atendimentos superiores aos pactuados “[...] no contrato de gestão firmado, as necessidades da população serão negadas porque estarão fora das metas contratualizadas. Para as entidades privadas, os recursos financeiros estão acima das necessidades da população” (CORREIA, 2011, p. 45). Na lógica de mercado, apenas os sujeitos mais adaptáveis, flexíveis, polivalentes e multifuncionais triunfam.

Percebe-se que a precarização do trabalho na Política de Saúde Mental é um processo que repercute negativamente em uma via de mão dupla,

Como exemplo das perdas para o SUS, tem-se a precarização do trabalho. Avalia-se que é um processo negativo em todos os aspectos. **Se não se tem garantias quanto**

**ao vínculo do trabalhador com a instituição, com o serviço de saúde**, logo avalia-se que não há garantia de **continuidade no tratamento para aquele usuário que está sendo atendido**. Isso repercute tanto em relação àquele profissional, que pode ser a qualquer momento demitido, quanto com o serviço, que pode ter seu contrato rompido a qualquer momento. (HOFF, 2016, p. 127, grifo nosso)

A precarização via terceirização e volatilidade assemelha-se ao efeito dominó nos contratos, pois não oferece garantia ao trabalhador e conseqüentemente aos usuários. O acompanhamento e tratamento são descontínuos em decorrência da rotatividade no serviço público. “Se no início do capitalismo, a cidadania se pretendia expansiva, agora ela é necessariamente restritiva. Cortam-se, destroem-se direitos sociais, asfixiam-se possibilidades de organização sindical [...]” (DIAS, 1997, p. 120). Este asfixiar significa também desideologizar e despolitizar as lutas, como se tudo fosse objeto de museu.

Na compreensão dessas considerações, a tese neoliberal dominante tem como conjectura a perpetuação do capitalismo. Uma das formas para isto acontecer, é “[...] negar a plenitude das formas democráticas, tem de passivá-las” (DIAS, 1997, p. 124). A entrevista com a usuária Amiga corrobora a discussão quando dialogamos sobre a sua participação no Conselho Municipal de Saúde “*não pode né, isso é só equipe, e para os médicos. E por que você acha que não pode? Eu acho que não podia, nunca chamaram os pacientes, né*”. Quando falou sobre as mudanças nas formas de atendimento, ela relata que “*tinha a AFAU, dos familiares. Não é pra terminar, eu mesmo falei isso pro doutor Flávio... Volta com isso*”.

Agora, no fragmento da entrevista com Graziela Vasques sobre o CMS e participação,

Mas não tem a presença tanto de trabalhadores, como de usuários de saúde mental. E não tem porque isso não é estimulado, porque o controle social é algo que poucas pessoas conhecem, né... Até porque não tem interesse de contar pra comunidade que eles podem decidir as coisas... Então quando tu não incentiva... Isso é uma coisa histórica em São Lourenço, o controle social aqui, a maneira que ele foi organizado, começou a partir de 2005. (VASQUES, 2022, n.p.)

As entrevistadas demonstram a ausência de participação social e a passividade perpetuada através da desmobilização. Como frisou Graziela, não há interesse em dar poder de decisão para a comunidade. Graziela ainda salienta que “[...] *a grande dificuldade que eu percebo hoje, e participando da última conferência de saúde mental também pude ter mais contato ainda com as pessoas e ver, acho que é o desmonte da comunicação*”. Portanto, a ausência de comunicação interfere sobremaneira na informação, e por conseqüência na mobilização e no exercício da cidadania, considerando que para reivindicar os direitos é preciso conhecê-los.

Desta forma, os direitos e a cidadania são ameaçados. Conforme Dias,

A cidadania é, aqui e agora, em todo o planeta, o fetiche decisivo. Desprovido de ideologias e de antagonismos o cidadão é, na prática, pouco mais que um depositador de voto nas urnas. Esse é o projeto neoliberal. Isso é extremamente claro no Brasil e na América Latina onde **a democracia tem sido afirmada nos discursos dominantes, mas negada na prática cotidiana**. Esse fetiche é fundamental para o ocultamento da dominação [...] Basta um exemplo: ao mesmo tempo em que FHC anistiou senadores e deputados, no momento em que estes congressistas aumentaram seus próprios salários em cerca de 150%, que se concederam 15 salários anuais, foi afirmado, sem maior escândalo, que a passagem do salário mínimo de 75 para 100 reais poderia rebentar a previdência pública. (DIAS, 1997, p. 124, grifo nosso)

Os investimentos são incentivados, mas naquilo que beneficia a racionalidade neoliberal. Do contrário, investimentos públicos nas áreas mais vulneráveis são considerados nocivos ao funcionamento dos aparelhos do Estado. A democracia e os direitos afiançados são fetichizados nas falas dominantes, mas arrancados dos cidadãos na prática. Isso é consequência do ocultamento da dominação e da apassivação dos sujeitos. Dias (1997) também destaca “vive-se o melhor dos mundos”.

Em relação aos desafios e retrocessos na relação público-privado, trazemos Hoff:

Avalia-se que são muitos os desafios quanto a relação público e privado na saúde. A **tendência apontada para uma ampliação da rede de atenção via instituições privadas é um grande retrocesso, no momento em que se observa a precarização dos vínculos trabalhistas, a permanente dúvida quanto à continuidade da prestação do serviço**, a existência de uma fiscalização do Poder Público, mas que ainda se apresenta de maneira frágil, uma fiscalização que existe porque se sabe das críticas que envolvem o funcionamento destas instituições. E ainda, observa-se uma certa posição de privilégio do setor privado quando da inexistência de instituições que prestariam o serviço com qualidade. (HOFF, 2016, p. 131, grifo nosso)

Este retrocesso é corroborado também por Graziela “[...] depois, quando o IB saúde assumiu o convênio aqui, eu fiz o processo seletivo, passei e voltei a trabalhar, aí voltei ao CAPS AD como psicóloga [...] trabalhei por três meses e fui demitida sem nenhuma explicação”. Graziela ilustra com experiência própria a precarização dos vínculos trabalhistas e uma justificativa para a constante dúvida sobre a continuidade na prestação do serviço e atendimento dos usuários. Causa-se, assim, sofrimento aos profissionais, usuários e familiares. Graziela ainda falou dos impactos da terceirização na Política de Saúde Mental,

[...] **com a mudança do convênio**, com a mudança de gestão, mudaram muitos profissionais, o que até certo ponto é natural, mas não da maneira que foi... **Porque foi praticamente mandando todo mundo embora e contratando pessoas novas. Então tudo aquilo que a gente tinha construído** de capacitação, educação continuada, permanente, toda aquela construção de ter seminário mensal da saúde mental, da atenção básica, as reuniões de colegiado [...] **não existe mais**. (VASQUES, 2022, n.p., grifo nosso)

Foram muitos avanços na Política de Saúde Mental na vanguarda da RP e do cuidado em liberdade, porém houve retrocessos, que se apresentam desde a época referida pela entrevistada via terceirização. As parcerias avançam de forma vertiginosa na Política de Saúde Mental, o que contribui para a rotatividade dos profissionais, e conseqüentemente o desaparecimento da história e daquilo que foi construído com muita mobilização. A luta pela reestruturação do “[...] estado democrático de direito no país [...] a disputa pela hegemonia do campo da luta antimanicomial é parte estruturante e aglutinadora das bases – usuários, familiares, pesquisadores, gestores, formadores no âmbito formal (academia) e informal (comunidade)” (GULJOR, AMARANTE, 2017, p. 653). Consideramos então os movimentos sociais organizados os principais agentes pela “[...] reafirmação dos direitos sociais [...] A Educação, a Saúde, a Seguridade Social, a Ciência e a Tecnologia, entre tantas outras coisas, não podem ser submetidas ao "livre" jogo do Mercado [...]” (DIAS, 1997, p. 127). É necessária uma mobilização para frear a intencionalidade do neoliberalismo, que é justamente imobilizar e sucatear a sociedade transformando-a em objeto descartável.

Quanto às contradições que movimentam as políticas públicas<sup>86</sup>, sob a perspectiva do gerencialismo do trabalho destacamos alguns aspectos que contribuem com a nossa discussão, na perspectiva da terceirização do serviço público. Uma vez que

A adoção dessas formas de **gestão em rede, envolvendo setores e atores públicos e privados, é parte do desmonte do Estado** Intervencionista e uma reprivatização das formas de enfrentamento da questão social, **consequência do desmonte promovido pelas reformas neoliberais nos últimos anos, mascarada pelo discurso do alargamento da esfera pública, da participação social**. Ademais, o repasse de responsabilidades para o setor privado (mercantil ou não mercantil) defendido pelo terceiro setor é parte de um processo de mercantilização dos serviços sociais para os que podem pagar e de refilantropização dos serviços e bens, para os mais pobres que não podem pagar pelos serviços, com acesso intermediado pelas organizações sociais. (PEREIRA, TEIXEIRA, 2013, p. 119, grifo nosso)

Observamos que estas determinações das políticas públicas estão tanto a serviço dos interesses do capital quanto a serviço dos interesses da classe trabalhadora. Esta nova forma de gestão encobre a retração da esfera pública para os trabalhadores e sua expansão ao setor privado e interesses do mercado, além de fomentar a participação da sociedade. É questionável o tipo de participação que ocorre neste cenário de desmonte em um contexto neoliberal no qual,

**A participação no processo decisório** pode ser considerada como terceiro discurso organizacional em gestão de pessoas. No entanto, **exige uma reestruturação das**

<sup>86</sup>“Trata-se, assim, de uma forma de colocar esses direitos ao alcance de todos, expressos através de leis e serviços sociais, tentando responder aos interesses de diferentes segmentos de uma sociedade” (MELAZZO, 2020, p. 19).



**relações de poder nas organizações, deixando de ser algo que venha meramente referenciar decisões previamente tomadas, situações nas quais o indivíduo é instrumentalizado de modo a legitimar decisões já adotadas sem a sua participação.** (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 245, grifo nosso)

Portanto, para as políticas públicas afirmarem essa participação, elas precisam readequar relações, deixando de objetificar os sujeitos enquanto instrumentos para manobras de decisões previamente tomadas. Essa participação precisa ultrapassar o ritual de quóruns e representações, precisa se efetivar no uso da palavra, nas decisões e na execução das políticas públicas. Não basta afirmarmos “cuidado em liberdade”, “somos contra manicômio” e “a favor do funcionário público”, quando fazemos o contrário nas instituições, limitando o direito dos usuários e dos trabalhadores, que precisam reafirmar o direito de participação e de ter seus interesses atendidos.

Em relação à gestão do setor público tendo como fio condutor o setor privado, destacamos que,

O desenvolvimento da gestão de pessoas no setor público é prioridade, mas de uma gestão remodelada que garanta o alcance de resultados de modo **participativo (da população e do servidor público) e que não adoça o indivíduo e nem faça uso de mecanismos de manipulação.** É necessário desenvolver uma lógica diferente da que existe no setor privado, **fomentando a motivação e a criatividade, não o medo e a coerção.** É mister rever todos os modelos de gestão de pessoas, tanto no contexto geral quanto no específico, no que diz respeito às funções básicas da área de recursos humanos, como seleção, treinamento, cargos e salários e gestão de desempenho. (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 248, grifo nosso)

Aqui os autores salientam a importância de um modelo de gestão participativo que possa abranger não somente a população, mas também os funcionários, de forma que não cause adoecimento no trabalho e promova entusiasmo e ações criativas, sem medo e repressão. Possivelmente as políticas públicas acabam focando os atendimentos, pois eles são os números que, de certa forma, trazem resultados e recursos às instituições.

Contudo, não devemos esquecer que para esta engrenagem funcionar, o trabalhador precisa estar em condições de executar o seu trabalho. A satisfação do trabalhador não remete somente a cargos e salários, mas também engloba questões de relações e funcionamento, que na subjetividade interferem de forma direta na saúde mental dos trabalhadores e, conseqüentemente, no atendimento direto à população. É preciso trabalharmos na contramão a esta tendência gerencialista que focaliza somente a produtividade. Considerando “[...] o impacto dessas mudanças na subjetividade do servidor público e o quanto a ideologia gerencial e a pressão da gestão atual podem prejudicar as relações de trabalho nas organizações públicas, ao invés de desenvolvê-las” (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 242).

Há uma grande ênfase no processo de gerencialismo inspirado no setor privado enquanto discurso promissor na otimização do setor público. No discurso de quem defende esse funcionamento, o setor público é fadado ao fracasso e ao mau funcionamento, devendo, portanto, se inspirar no setor privado,

Ao se falar em modernização do Estado, depara-se com a ênfase dada em especial à construção de arcabouço gerencial que permita trazer do setor privado inspirações de técnicas e procedimentos administrativos que possam estabelecer um governo mais eficiente e eficaz, ou seja, que esteja preocupado com o aumento constante da produtividade e com a obtenção de resultados relevantes para a população. (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 242)

O funcionamento gerencial tem por objetivo inspirar o funcionamento da administração pública a partir dos modelos do setor privado, sob a premissa de eficiência e eficácia a favor da produção e de resultados. Os autores ainda destacam que isso não significa negar a necessidade da eficiência e eficácia tão necessárias nos espaços públicos, mas chamar atenção para os “[...] efeitos decorrentes da obsessão pela produtividade e por resultados [...]”. A orientação gerencialista está cada vez mais voltada para tarefas e menos para pessoas, precarizando o trabalho, desmotivando o servidor “[...]” (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 242). Ou seja, o trabalhador é constantemente pressionado, o que dificulta a existência de diálogo e ações criativas. Alimentados pelo medo e pela repressão na execução do trabalho, para o trabalhador se torna “[...] compulsório aceitar qualquer emprego, ainda que indigno, mal remunerado e precário [...] em troca do direito à sobrevivência. Indiretamente, o Estado passa a subsidiar os efeitos trágicos da desregulamentação do mercado de trabalho na vida da classe trabalhadora [...]” (LAVINAS, 2014, p. 3). O que, por sua vez, contribui com a acumulação ao tornar barato o processo de compra da mão de obra. “Flexibiliza-se tudo, inclusive os contratos de trabalho, que se tornam cada vez mais temporários instáveis e isentos aos trabalhadores” (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 243). O mercado de trabalho consegue alcançar este objetivo de flexibilização através do seguinte mecanismo,

Da mesma forma, a fascinação auxilia na transformação do indivíduo em um elemento de determinada massa acrítica. Assim, ele dificilmente vai poder ou desejar emancipar-se frente aos processos de dominação no contexto organizacional. Há mais do que identificação do indivíduo à cultura; **percebe-se, em determinadas situações, a substituição do ideal de ego do indivíduo pelo da organização**, do imaginário do indivíduo pelos desejos e projetos organizacionais. Perder senso crítico, colocar em risco a sua **identidade e os seus sonhos são algumas das piores formas de violência a que o pode se sujeitar no mundo do trabalho**. (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 244, grifo nosso)

As autoras conceituam uma das piores formas de violência a que se pode sujeitar no mundo do trabalho: a perda da identidade dos trabalhadores à medida que substituem seus

sonhos pelos da empresa e/ou organização. Trabalhadores acrílicos são os ideais para este funcionamento, em que “A nova sociabilidade e a nova política, inscritas na agenda neoliberal vêm provocando metamorfoses no campo da subjetividade, expressas no individualismo competitivo exacerbado, pressionado pelo consumo e que vive com um grau de incerteza e ansiedade sem precedentes” (YAZBEK, 2016, p. 8). Salientamos, no cenário neoliberal, essas metamorfoses que causam transformações na subjetividade dos trabalhadores que, sem senso crítico, dificilmente vão conseguir se emancipar diante das ferramentas de dominação usadas no contexto gerencial em que se dá o processo de trabalho.

Estes novos modelos de gestão focados em pessoas funcionam de forma ardilosa e contundente através das distintas “[...] modalidades de controle, de vigilância, de obsessão por resultados e por produtividade, entre tantos outros elementos gerenciais que preparam o indivíduo para ser cada vez mais peça dócil no processo produtivo” (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 246). A gestão e as relações sociais estabelecidas nos processos de trabalho nas políticas públicas não estão isentas deste funcionamento. Para contribuir com esta discussão, destacamos o seguinte trecho de uma entrevista *“Tem muitos profissionais que fazem um esforço imenso para fazer rede, mas quando a gestão não tem a orientação do trabalho em rede, ela não vai exigir dos seus profissionais [...] não vai oferecer o que eles precisam de conhecimento [...] ou até de mais pessoal para trabalhar”* (VASQUES, 2022, n.p.). O depoimento parte de experiência e vivência da entrevistada enquanto trabalhadora da saúde mental em São Lourenço do Sul em diferentes momentos.

Conforme exposto, o funcionamento gerencialista não é externo às políticas públicas, ele está ali, quase imperceptível, trabalhando pela máxima da produtividade e da otimização do espaço público. Trazemos outra parte da entrevista como exemplo: *“Claro que eu preciso registrar as coisas que eu faço, mas o problema é que quantidade não é qualidade, nunca foi em saúde. Em saúde mental menos ainda [...] a gente percebe uma exigência pela apresentação de números, a qualidade do cuidado não importa muito”* (VASQUES, 2022, n.p.).

Por mais que os modelos gerenciais possam ser percebidos como neutros e não ideológicos, são carregados de uma carga de dominação, que não é tão facilmente percebida pelos que estão inseridos nos processos produtivos e administrativos [...] O sistema é mantido por meio de modalidades de vigilância, que impedem não apenas o erro mas a criatividade e a confiança no funcionário [...] O controle torna-se ainda mais sutil, alcançando, inclusive, a subjetividade do indivíduo, e o referido modelo passa a ser percebido como moderno, participativo e não controlador, o que é um engodo. (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 245-246)

Há uma nítida prevalência da exigência por produtividade, sendo que o cuidado e a humanização ficam em segundo plano. E quando falamos em cuidado nas políticas públicas, não nos referimos tão somente aos usuários, falamos também dos operadores de tais políticas, os diversos trabalhadores de diferentes cargos e escolaridades. Estes modelos gerenciais considerados modernos são sinônimos de dominação e, na perspectiva anteriormente apresentada por Vasques, (2022) ao contrário de sutis, elas, são consistentes, em especial quando se trata das exigências realizadas aos trabalhadores que, em sua maioria, na Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul, são contratados via empresa terceirizada. Contexto em que “[...] A gestão privada é percebida como sendo a principal solução para o Estado e para o terceiro setor” (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 243). E ainda como nos diz Yazbek (2016) “A instabilidade do emprego vai substituir a estabilidade do emprego como regime dominante da organização do trabalho... e, este, é sem dúvida o desafio mais grave que se apresenta hoje” (YAZBEK, 2016, p. 8).

A análise das implicações do gerencialismo nas políticas públicas é necessária, pois ele denuncia os reais interesses das parcerias e demonstra as contradições que as movem. Além de atenderem, embora que minimamente, os interesses da população e da classe trabalhadora, nesta lógica capitalista neoliberal as políticas públicas também atendem ao máximo aos interesses do mercado e dos setores privados. Diante das considerações e reflexões que enfatizam a importância desta discussão no cenário vigente, destacamos a seguinte afirmação,

Observa-se na contemporaneidade o apogeu de modelos de gestão que são copiados da iniciativa privada e implantados no setor público sem a devida análise crítica [...] é fundamental conhecer um pouco mais do que há escamoteado nos modelos importados do setor privado, e principalmente as dimensões do controle, especialmente do nível ideológico. (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 245)

Identificamos este funcionamento gerencialista nas políticas públicas, que sob o discurso de progresso, agudizam o desmonte e os retrocessos. “É necessário lembrar que, como qualquer ação, as políticas públicas estão sujeitas a imprevisibilidades, a eventos fortuitos, a alterações de rumo que obrigam, necessariamente, a retomada e reformulação de ações” (MELAZZO, 2020, p. 13). Portanto, é necessária uma reformulação no redirecionamento e funcionamento das políticas públicas, sejam elas de saúde, assistência ou de segurança alimentar, tendo em vista que elas dialogam com a Política de Saúde Mental, objeto de nosso estudo.

Mantendo em mente esse contexto gerencialista, uma das alternativas identificadas para evitar o adoecimento dos trabalhadores é priorizar o diálogo coletivo e a participação deles

em suas funções. Essa participação precisa acontecer no sentido de pertencimento e planejamento, e não tão somente no viés de execução.

Nesse sentido, fica reforçada a ideia de que o acesso à vivência de trabalho só pode existir se mediatizado pela palavra. Esse tipo de ação busca promover, além da prevenção do adoecimento do indivíduo, a melhoria da eficácia organizacional, do desempenho e dos serviços prestados à sociedade [...] É necessário buscar modelos alternativos nessa perspectiva crítica, o que implica mudanças nos processos de trabalho, na atitude e comportamento de todos os membros da organização. Tais mudanças significam intervir nos grupos de trabalho visando construir um espaço de fala e, de modo coletivo, elaborar estratégias para transformação da organização do trabalho, por meio da participação dos empregados na gestão das suas atividades. (SIQUEIRA, MENDES, 2009, p. 245-247)

Essa estratégia obviamente atende aos interesses das políticas públicas, mas também poderá contribuir com a resignificação da subjetividade dos trabalhadores. Eles estarão fortalecidos para os movimentos de resistência a favor da prevalência dos seus interesses e da população atendida, interesses que se traduzirão em melhores respostas do Estado diante das demandas apresentadas. Isto requer uma ação política, pois “[...] estamos tratando das disputas políticas no espaço das Políticas Públicas, mediações centrais no exercício da profissão [...] não apenas como questão técnica, mas como questão essencialmente política, lugar de contradições e resistência” (YAZBEK, 2016, p. 10-11). Utilizamos esta reflexão sob a perspectiva de trabalho dos assistentes sociais, mas ela contribui com a execução do trabalho e dos processos de resistência para que sejam prevalecidos os interesses da classe trabalhadora e da população usuária. E para trabalharmos na contramão da perspectiva acrítica, seguimos discutindo a subjetividade no trabalho.

Utilizaremos o livro de Alves (2011) **Trabalho e Subjetividade: o espírito do Toyotismo na era do capitalismo manipulatório** para dar sequência à nossa discussão. Nos detemos mais especificamente ao Capítulo 5, que trata da “captura” da subjetividade. Alves afirma que os dispositivos e organizações, sob o contexto de reestruturação produtiva, possuem como ponto central a “captura” da subjetividade dos trabalhadores pelo viés do capital, mecanismo que é “[...] capaz de moldar e direcionar ação e pensamento de operários e empregados em conformidade com a racionalização da produção” (ALVES, 2011, p. 111). A movimentação não é feita em benefício do trabalhador, mas a favor da produção. Sobre a organização toyotista, o autor nos esclarece o seguinte,

A organização toyotista do trabalho capitalista possui uma densidade manipulatória de maior envergadura. Na nova produção do capital, o que se busca "capturar" não é apenas o "Fazer" e o "saber" dos trabalhadores, mas a sua disposição intelectual-afetiva, constituída para cooperar com a lógica da valorização. O trabalhador é encorajado a pensar "pró-ativamente" e a encontrar soluções antes que os problemas aconteçam. [...] (ALVES, 2011, p. 111)

Além do trabalho enquanto força de trabalho e conhecimento, nesta perspectiva o capital explora o máximo do trabalhador, alcançando a subjetividade para que ele trabalhe apresentando resultados proativos e preventivos aos possíveis problemas. É a posse até mesmo do pensamento, e então “[...] o trabalhador pensa que é obrigado a pensar muito mais, mas colocando a inteligência humana a serviço do capital” (ALVES, 2011, p. 112).

Este uso da inteligência e do pensamento do trabalhador ocorre porque o capital continua dependendo “[...] da destreza manual e da subjetividade do coletivo humano [...] Em plena época da nova maquinaria microeletrônica de informação e comunicação e do arcabouço em rede informacional” (ALVES, 2011, p. 113). Portanto, são valorizados desde o conhecimento dos trabalhadores, suas habilidades, ações e valores que são funcionais e representam valor ao capital. Esta é a tradução da “captura” da subjetividade do trabalho. O espírito de toyotismo é uma “[...] figura do “inspetor” não está lá fora, mas sim “introjetada” nos operários e empregados” (ALVES, 2011, p. 115). E a consequência disto é o estresse “[...] não apenas na dimensão física da corporalidade viva da força de trabalho, mas sua dimensão psíquica e espiritual que se manifesta por sintomas psicossomáticos” (ALVES, 2011, p. 114).

Estas informações sobre adoecimento no trabalho são contextualizadas com os dados do Observatório do Trabalho Decente nos Municípios Brasileiros<sup>87</sup> que nos oferece elementos para realizar a análise de São Lourenço do Sul, uma vez que nos fornece dados da proporção de pessoas com jornadas de trabalho semanal superior a 44 horas: são 52,7% de pessoas entre 16 e 64 anos com a jornada acima das 44 horas semanais, sendo 57,4% homens e 46,9% mulheres. Observamos que o município ultrapassa o limite máximo de horas por semana estabelecido pela legislação brasileira, além de superar os valores nacionais da unidade federativa. Quando olhamos para as zonas rurais e urbanas, o tempo médio de trabalho corresponde a 47,3% horas trabalhadas de pessoas entre 16 e 64 anos, e o meio rural possui prevalência com 51,4 % e urbano 41,8%. Os dados apresentados possuem como referência o IBGE 2010 (SMARTLAB, 2021).

A página da Organização Internacional do Trabalho divulgou um compilado dos dados do SmartLab sobre os Gastos com doenças e acidentes do trabalho que chegaram a R\$ 100 bilhões no Brasil em 2021 desde 2012. De acordo com o observatório, foram 5,6 milhões de

---

<sup>87</sup>A iniciativa conjunta do MPT e da OIT Brasil deu origem à Plataforma SmartLab, que tem fortalecido a cooperação com organizações governamentais, não-governamentais e internacionais que atuam na promoção dessa agenda e que precisam de informações para tomar decisões sobre as ações que desenvolvem. Por meio de Observatórios Digitais, a plataforma beneficia também a comunidade científica, que passa a ter acesso a informações com facilidade sem precedentes para pesquisa. Além disso, o fluxo público de informações para tomada de decisões baseadas em evidências e orientadas para resultados beneficia a sociedade civil em geral (SMARTLAB, [s.d]; [s.l]; [s.p]).

doenças e acidentes de trabalho que afetaram trabalhadores no Brasil, representando um gasto previdenciário que supera R\$ 100 milhões somente com custos acidentários, o que corresponde a 430 milhões dias de trabalho perdidos. O somatório de auxílios previdenciários por “[...] depressão, ansiedade, estresse e outros transtornos mentais e comportamentais (acidentários e não-acidentários) passaram de 224 mil em 2019 para 289 mil afastamentos em 2020, um aumento de 30% no ano da pandemia da COVID-19” (SÉRIE..., 2021, n.p.).

Estes adoecimentos no trabalho são consequências desta “[...] manipulação que impede a verdadeira autonomia da personalidade constitui a “subjetividade pelo avesso”, a “subjetividade em desefetivação”, atingida pelo estresse, imersa nesta implicação contraditória da relação-capital” (ALVES, 2011, p. 120). Isso contempla situações que afetam a saúde do trabalhador antes mesmo que ele as identifique, pois esta “captura” que coloca o trabalhador em constante estado de alerta, o faz trabalhar 24 horas por dia, embora inconscientemente. Como exemplo podemos destacar o uso do aplicativo WhatsApp, de forma que não se tem mais restrição de dia e de horários para enviar mensagens, e assim o trabalho invade a privacidade dos trabalhadores. São mediações através do poder inteligente do capital na racionalidade neoliberal “[...] que contribuem para a “captura” da subjetividade [...] palavras-chave de competência, empregabilidade e empreendedorismo. A apreensão da “globalização” como “destino” civilizatório, ao qual devemos meramente nos adaptar” (ALVES, 2011, p. 120-121).

**A sociedade do desemprego e da "precarização" do trabalho** (informalização e degradação do estatuto salarial) constitui o que podemos denominar de "afetos do sociometabolismo da barbárie" (novas formas de estranhamento e de fetichismo social e a **constituição da subjetivação pelo medo**). Nestas condições sócio-históricas específicas, tendem a exacerbar-se a individualidade de classe e o império da contingência salarial. De certo modo, a **sociabilidade neoliberal**, com seus valores, expectativas e sonhos de mercado e mais, com a exacerbação do fetichismo da mercadoria, tem contribuído para sedimentar os consentimentos dos trabalhadores assalariados às novas "metas" da produção toyotista. (ALVES, 2011, p. 121, grifo nosso)

Assim, o capitalismo age também através da precarização, da imposição de medo e da excessiva valorização do fetichismo através da mercadoria. Trabalhamos para consumir aquilo que não nos pertence, pois os produtos são frutos do nosso trabalho, mas são mercadorias com valor de uso e de troca com tempos estipulados. A classe trabalhadora vende sua força de trabalho em favor do mercado e seus interesses e, nesta busca incessante pelo ter e pelo ser, se acentuam as individualidades. Diante disso, o capital “captura”, para além dos corpos e mentes, a humanidade e as relações. Consequentemente, estes mecanismos, somados

às metas de produção, acabam causando adoecimento no trabalho, colocando os trabalhadores em situação até mesmo de risco na iminência de possíveis acidentes de trabalho.

Conforme dados do SmartLab, a equivalência de rendimento entre homens e mulheres no setor formal em São Lourenço do Sul é de 96,3%. A diferença de remuneração sob o viés interseccional (sexo e raça/cor) no setor formal demonstra que os melhores salários se concentram 100% em homens brancos, seguidos por 89% mulheres brancas, 95% homens negros e 78,5% mulheres negras. Em relação aos cargos de direção, 53,9% são homens e 46,1% mulheres. Esses dados vêm dos dados oficiais da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) de 2019, do Ministério da Economia. Sobre informações gerais do Brasil, o *site* apresenta dados do IBGE 2021 sobre as notificações de acidentes de trabalho, que correspondem a 571,8 mil, sendo 2,5 mil notificações de acidentes com óbito. Destacamos que estas informações e notificações se referem ao trabalho formal, portanto os números possivelmente são ainda maiores se considerarmos as subnotificações tanto no trabalho formal, quanto na informalidade (SMARTLAB, s.d.).

As discussões que apresentamos sobre a “captura” da subjetividade através da precarização do trabalho nos levam a pensar que com “[...] “medo do desemprego” o trabalhador assalariado “consente” maior nível de exploração da sua força de trabalho e renuncia a direitos sociais e trabalhistas, por exemplo” (ALVES, 2011, p. 125). Este não é um medo apenas dos trabalhadores informais, mas também dos terceirizados, dos contratados, de toda categoria de trabalhadores que está à mercê dos ditames do capital e sua exploração,

Deste modo, a elevação dos **índices de desemprego aberto no decorrer da década neoliberal contribuiu não apenas para fragilizar o poder de barganha dos trabalhadores assalariados e aumentar as taxas de exploração**, intimidando o sindicalismo combativo de luta de classes; **mas possuiu uma função sociorreprodutiva, ou seja, criou a sociabilidade adequada aos consentimentos espúrios, às renúncias de direitos sociais e de conquistas trabalhistas históricas** e aos envoltimentos estimulados pelo medo do desemprego. No novo ambiente social da década neoliberal proliferaram valores, expectativas e utopias de mercado, impregnados de individualismo liberal que aparece como novo pragmatismo. (ALVES, 2011, p. 126, grifo nosso)

O funcionamento do ideário neoliberal no sistema de reprodução capitalista explora intencionalmente e aumenta as taxas de exploração, mesmo que precise renunciar direitos conquistados historicamente. Este poder vigilante da “captura” do trabalho contribui para o esvaziamento dos sindicatos e espaços de participação social, os quais estão sob o fio da navalha, propensos a sofrerem com as agruras do capital. Os trabalhadores, diante de tantos desmontes e ameaças, tentam sobreviver para não perderem o que ainda resta dos direitos e da esperança a tê-los permanentemente.



## 6 À GUIA DAS CONCLUSÕES

*“[...] nunca houve perfeição no atendimento em São Lourenço e não vai haver porque perfeição não existe.”*

*Graziela Vasques*

Depois dessa extensa produção de leituras, reflexões, constatações e elaborações, revisitamos esse texto na sua totalidade a fim de alcançar uma reflexão final para esse momento da formação. Iniciamos retomando o problema de pesquisa que indagava sobre o processo de construção do protagonismo de São Lourenço do Sul na efetivação da Política de Saúde Mental amparado na RP. E para responder ao problema, o objetivo geral nos conduziu ao resgate da história, das vivências e resistências da Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul a partir da RP, com a finalidade de contribuir com a preservação de sua memória, bem como no fortalecimento de suas conquistas – que conduziram as formulações até aqui apresentadas.

O município SLS é privilegiado em seu protagonismo na história da Política de Saúde Mental, o que exigiu o resgate dos documentos existentes na Secretaria Municipal de Saúde e uma rigorosa pesquisa documental e bibliográfica em que se somam entrevistas com profissionais que participaram ativamente da história.

Todo processo de elaboração deste trabalho, desde o projeto até a dissertação, teve como fundamentação teórica o materialismo histórico-dialético. Este aprofundamento teórico contribuiu com a análise dos depoimentos, dos documentos, bem como de toda a conjuntura atual do país. Foram inúmeras as dificuldades para localização e acesso aos documentos, e nessa etapa contamos com a gestão da SMS, que disponibilizou os documentos necessários, reiterando, assim, a importância desse estudo. Além disso, tivemos a contribuição de profissionais que trabalharam na saúde mental e dos entrevistados, que sugeriram bibliografias e textos, inclusive disponibilizando a cópia física de algumas bibliografias sobre o município e reportagens da época. Portanto, a nossa travessia foi realizada por muitas mãos que ajudaram a construir esta pesquisa.

O que emergiu da pesquisa de campo reitera a importância do resgate da história e das memórias na Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul. Pois, o município que é o precursor na criação do primeiro CAPS municipal no Brasil na medida em que precedeu a criação de outros CAPS, não é destacado na produção científica, além da região sul do RS, conforme constatado na revisão bibliográfica, e nas obras de autores que são referência na

área. A Política de Saúde Mental de SLS foi construída por usuários, gestores, trabalhadores, familiares e comunidade lourenciana, protagonistas que reafirmaram essa história participando da pesquisa, resgatando memórias e subsidiando nossas análises.

O percurso teórico e empírico realizado nessa pesquisa e as análises críticas concluíram que os obstáculos enfrentados e as forças aliadas e de oposição que participaram da trajetória de estruturação da Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul foram se metamorfoseando. A defesa dos manicômios e hospitais psiquiátricos foram as principais forças de oposição enfrentadas, assim como o estigma e o preconceito, principalmente do setor privado, que sempre preconizou seus interesses. O movimento antimanicomial e a RP contribuíram com a mudança de paradigma, pois o atendimento era centrado na repressão, violência e tortura. As forças de oposição não se limitavam e/ou limitam as instituições e seus muros e os desafios e estigmas também se apresentam e permanecem nos gestores, nos trabalhadores e na comunidade. Temos muito no que avançar, resistir e dar visibilidade para esta experiência, que foi também laboratório para RP.

Na construção histórica dessa política, observamos a complexidade do processo em que as forças aliadas e de oposição mesclam-se entre trabalhadores, gestores e instituições, opositores e outros tantos aliados e protagonistas. A trajetória da Política de Saúde Mental em nosso lócus de pesquisa foi construída na perspectiva de promover o cuidado em liberdade e segue lutando contra a violência institucional, precarização das condições de trabalho e desmonte da Política de Saúde Mental. Daí a importância da análise da realidade, pois ela “[...] descortina a possibilidade de construção de novas possibilidades para acesso aos direitos sociais, em especial o direito à saúde na Política de Saúde Mental” (MORÉS, BELLINI, 2021, p. 120). Quando falamos em conjuntura, também consideramos os demais níveis de governo que são coparticipes neste processo.

As características iniciais nas formas de atuação e estruturação dos períodos históricos no município envolveram muita mobilização, articulação com a comunidade e diálogo horizontal entre gestores e trabalhadores. Além disto, houve massiva participação nos movimentos e encontros regionais e nacionais, grupos de familiares e associação dos familiares e usuários. Todas as ações eram construídas na perspectiva da coletividade e humanização. Com o avanço do ideário neoliberal, os impactos retrocederam a processos já tidos com superados, como a medicalização, o isolamento, e o atendimento individual para atender a excessiva exigência por produtividade.

De outro modo, o quantitativo de atendimentos demonstra o adocimento da população, inserida em um contexto de vulnerabilidade, dado que é impossível ter saúde

mental sobrevivendo sem teto, com fome, em situação de desemprego, sob violência e tantas outras repercussões de um sistema ancorado na desigualdade como é o sistema capitalista, pois,

[...] the inequality of capitalist society enhances exploitation and oppression, which are also sources of suffering. Therefore, the 'New Mental Health Policy in Brazil' masks a new form of torture, and a suffering exponentiated by the structuring inequalities of such capitalist society. (NUNES, BELLINI, 2022, p. 8).

Em nossas análises, enfatizamos possibilidades que podem ser adotadas para preservar a história da Política de Saúde Mental de SLS, uma delas é a criação de um memorial da saúde mental. Outra possibilidade também sugerida para o Conselho Municipal de Saúde; é a digitalização dos documentos para preservação da história e a elaboração de um livro sobre a Política de Saúde Mental com notoriedade e circulação nacional. Também em respeito a história, um dos CAPS poderia ser nomeado em homenagem a um dos profissionais do município que tenha sido protagonista neste processo, junto com a criação de um símbolo ou estátua que represente essa história.

Para uma política pública ter continuidade, ela precisa de financiamento e comprometimento dos seus gestores e trabalhadores, este comprometimento abrange desde a destinação de recursos, à execução das ações baseadas nos preceitos e legislação que estão de acordo com a Reforma Psiquiátrica e movimento antimanicomial.

O resgate da história é fundamental neste processo, principalmente ao considerar que há gestores que apagam ou não evidenciam a história por não ser interessante demonstrá-la e dar visibilidade para suas nuances. Ao realizar o apagamento da história, e das memórias. Legislações, diretrizes e produções técnicas são elaboradas sem considerar a história e todos os outros aspectos que compõem aquela realidade, atendendo unicamente a interesses políticos partidários. Exemplo disto pode ser observado no governo federal, que expandiu a destinação de recursos para as comunidades terapêuticas, cujo modelo de cuidado é baseado na repressão e criminalização das drogas. Estas ações contribuem para o desmonte gradativo da Política de Saúde Mental construída há décadas, sendo que a indústria da loucura ainda existe no cenário brasileiro sob a perspectiva da necropolítica e do ideário neofascista.

Consideramos que o acesso aos direitos não depende tão somente das lutas e movimentos sociais, mas das diferentes governanças e suas ideologias baseadas nos valores sociais, além da destinação de recursos econômicos às políticas públicas. No que diz respeito às conquistas da RP no âmbito municipal e federal, destacamos a afirmação de Flores (2009) de que os direitos são conquistas provisórias, o que é verdadeiro quando os vemos ameaçados

nesse cenário de barbárie e retrocessos em que vivemos. Portanto somos interpelados e chamados para a “[...] necessidade de construir mediações políticas e ideológicas expressas sobretudo por ações de resistência e de alianças estratégicas no jogo da política em suas múltiplas dimensões, por dentro dos espaços institucionais e especialmente no contexto das lutas sociais” (YAZBEK, 2016, p. 11).

“O desafio apresentado é o de buscar discutir a necessidade estratégica de uma inflexão do processo de luta por transformações onde os movimentos sociais logrem pautar suas demandas na agenda do estado e conquistem espaços efetivos de decisão” (GULJOR, AMARANTE, 2017, p. 649). No que tange ao protagonismo, observamos que “[...] a organização dos usuários e familiares precisa ser entendida como parte inerente da construção do protagonismo. Esta linha de ação não se configurou como potência prioritária da ampliação das redes de saúde mental” (GULJOR, AMARANTE, 2017, p. 652). E, conforme os dados apresentados nesta pesquisa, salientamos que esta linha<sup>88</sup> de ação também não se mostrou prioridade na rede de saúde mental nos últimos anos. Por conseguinte,

[...] faz-se necessária a ênfase em uma rearticulação do movimento em suas bases. A importância de garantir espaços de discussão política no cotidiano dos serviços de saúde mental e o incentivo à criação e ao fortalecimento de associação de usuários e familiares são compreendidos como o caminho para a construção do protagonismo de seus atores. **Não há luta sem consciência política e a consciência do potencial de transformação determina o protagonismo.** Desta forma, entende-se tal ação como uma das dimensões da Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial [...] **é uma estratégia de cuidado** – de garantia do cuidado como emancipação e, deste modo, inerente ao objetivo de ruptura com o paradigma antimanicomial. **Esta emancipação está voltada, não apenas aos usuários, mas também aos trabalhadores** [...] esta ferramenta nos permite sair do lugar de espectadores passivos para um outro, onde se possa tomar as rédeas de nossos caminhos e escolhas no campo individual e coletivo. (GULJOR, AMARANTE, 2017, p. 654-655, grifo nosso)

Uma alternativa fundamental apontada para os trabalhadores e usuários resistirem às agruras do capital é a luta política através das mobilizações e ocupação dos espaços de controle e participação social. Com isto há uma possibilidade de inflexão do lugar de passividade e amortecimento, a favor das possibilidades de transformação através do protagonismo e resistência. E isto não é apenas atribuição da Política de Saúde Mental, mas de todas as políticas públicas e de todos aqueles comprometidos com os direitos humanos e com as pautas humanitárias. A medida que a saúde mental não se restringe a uma determinada política, mas transversa toda rede intersetorial de atendimento. Yazbek (2016) esclarece que

---

<sup>88c</sup>Desta forma, analisar os impasses do processo de Reforma Psiquiátrica com o olhar sobre a luta política até então em curso aponta para uma agenda propositiva de articulação dos movimentos e entidades” (GULJOR, AMARANTE, 2017, p. 653).

“[...] considerando as variadas lutas e propostas de resistência (há espaços a ocupar: Fóruns, Conselhos, Movimentos) [...] O projeto neo-conservador valendo-se de novas roupagens, fragmentará cada vez mais as análises e ações do profissional” (YAZBEK, 2016, p.11).

A autora segue afirmando,

[...] as transformações em andamento ocorrem, não apenas em relação à ordem econômica, mas constituem um conjunto de mudanças e processos assimétricos e desiguais que atingem múltiplas dimensões da vida social. São processos que interferem nas múltiplas dimensões da vida, que interferem na esfera da cultura, da sociabilidade e da comunicação, **homogeneizando comportamentos, hábitos de consumo, preferências, valores.** (YAZBEK, 2016, p. 8, grifo nosso)

Portanto, essa homogeneização é fruto das transformações societárias em andamento, de padrões e normativas construídos pela sociedade, à medida que tudo aquilo que não se enquadra nestes padrões é estigmatizado, como as pessoas com sofrimento psíquico. Passos (2018) destaca que no livro **Holocausto Brasileiro**, de autoria de Daniela Arbex (2013) “[...] podemos identificar através das fotografias contidas no livro que as pessoas que lá estiveram internadas possuíam determinada cor/raça. Logo, torna-se fundamental racializarmos a história da loucura no Brasil” (PASSOS, 2018, p. 17, grifo nosso). Esta afirmação pode ser observada na figura a seguir que elucida o processo histórico de racialização da loucura no Brasil.

**Figura 7 – Racialização da Loucura no Brasil**



Fonte: Série Além dos Muros, arquivo do jornal Estado de Minas.

Sendo este, portanto, outro tema fundamental a ser problematizado nos espaços sócio-ocupacionais, assim como a questão LGBTQIA+ e tantas outras bandeiras de luta e pautas correlacionadas à diversidade. É preciso vencer estigmas até mesmo na produção do conhecimento, pois conforme um dos resultados desta pesquisa, são escassas as produções do Serviço Social e saúde mental, especialmente no RS, sendo compromisso ético e político a

produção do conhecimento que dê visibilidade aos vários processos de violação de direitos. Ressaltamos a importância da formação continuada dos profissionais da saúde mental para determinadas demandas que aparecem no cotidiano: raça, orientação sexual e identidade de gênero, entre outras. Considerando que a maioria dos currículos não contemplam estas temáticas a nível de graduação e residência multiprofissional, urge a necessidade de formações contínuas que podem agregar aos referidos temas.

Enfatizando o caráter gerencialista nas políticas públicas, é oportuno destacar que esta pesquisa também foi possível graças aos participantes serem funcionários concursados e efetivos, os quais trabalham desde a época na Política de Saúde Mental. O que garante a continuidade do trabalho e da história,

**O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil floresceu em parte devido ao fato de que nas organizações públicas o empregado pôde se manter questionador e tentar modificar a instituição [...] já que possui um grau de estabilidade no emprego, sem medo de demissões arbitrárias: este é o padrão de contrato de trabalho que as políticas neoliberais tentam, atualmente, eliminar, com a terceirização e a privatização do setor público na Saúde. (BISNETO, 2009, p. 62, grifo nosso)**

Diante do exposto, nos cabe lutar na contramão dos retrocessos neoliberais de exponenciação da privatização do setor público, pois a rotatividade é sinônimo de descontinuidade, de não pertencimento e de precarização. Ao trabalharmos nesta perspectiva, estaremos coadunados com o viés da necropolítica e do neofascismo em curso no cenário brasileiro e mundial. De acordo com os dados apresentados da OMS (2022), no ano de 2019 aproximadamente um bilhão de pessoas viviam com transtorno mental, sendo o suicídio o responsável por mais de uma para cada 100 mortes. No RS, foram registradas 1.166 mortes por suicídio em 2022. Portanto, a precarização de um serviço e de uma política pública, sim, se traduz em necropolítica e reatualização da indústria da loucura.

Os Movimentos da RP assim como de Reconceituação do Serviço Social, foram gestados e conduzidos no Brasil, e São Lourenço do Sul foi laboratório para a RP, bem como vanguarda neste movimento precursor, que envolveu atores extraordinários. Mesmo na ausência de regras, os envolvidos foram capazes de questionar e enfrentar os paradigmas existentes e de manter a lucidez dos seus valores na transformação operada. Salientamos que nossa principal contribuição com esta pesquisa foi visitar e espriar a história com novos dados e achados, bem como valorizar as travessias, resgatar e resguardar memórias para que nunca sejam esquecidas e para que não se retroceda a lógica manicomial.

## REFERÊNCIAS

- ACESSORIA de Comunicação – CRP 23ª Região. Inspeções mostram a gravidade da situação encontrada nos hospitais psiquiátricos do Brasil. [S.l., s.n.], 20 jan. 2020. Disponível em: <http://www.crp23.org.br/inspecoes-mostram-a-gravidade-da-situacao-encontrada-nos-hospitais-psiquiatricos-do-brasil/>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- ADAMY, P. E.; SILVA, R. N. Redução de danos e linhas de cuidado: Ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. In: TOROSSIAN, S. D.; TORRES, S.; KVELLER, D. B. (orgs). Descriminalização do cuidado: políticas, cenários, experiências em redução de danos [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Multicêntrica, 2017, p. 145-158. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159458/001023841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 jan. 2023.
- ADORNO, R.F. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. **SMAD**, Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas. v. 4, n. 1, fev. 2008. Ribeirão Preto: 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100002). Acesso em: 17 ago. 2022.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vvLz5TN8Hpzz9SXnKqth78j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- AGUIAR, L. J. P. Por uma sociedade sem manicômios: (im) possibilidades da reforma psiquiátrica no capitalismo brasileiro. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social, PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2020, 192 f. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/9099>. Acesso em: 28 mar. 2021.
- ALMEIDA, V. Caso Damião: 1ª condenação do Brasil na OEA completa 10 anos. **G1**, [s.l.], 30 ago. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/ceara/noticia/2016/08/caso-damiao-1-condenacao-do-brasil-na-oea-completa-10-anos.html>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- AMARANTE, P. **Loucura e Transformação Social** – autobiografia da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2021.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. A Ameaça Técnica da Indústria da Loucura. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n.198, p. 35, mar. 2019. Disponível em: [https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis198\\_web.pdf](https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis198_web.pdf). Acesso em: 21 set. 2021.
- AMARANTE, P.; RIZZOTTO, M. L.; COSTA, A. M. Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.7, p. 2023-2029, abr. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/qPL9g7tP8NMYhDp9yqHMCsm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2022.

AMARANTE, P.; TORRE, E. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/A\\_CONSTITUI%C3%87%C3%83O\\_DE\\_NOVAS\\_PR%C3%84TICAS\\_NO\\_CAMPO\\_DA\\_ATEN%C3%87%C3%83O\\_PSICOSSOCIAL.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/A_CONSTITUI%C3%87%C3%83O_DE_NOVAS_PR%C3%84TICAS_NO_CAMPO_DA_ATEN%C3%87%C3%83O_PSICOSSOCIAL.pdf). Acesso em: 20 set. 2022.

**Anais** [recurso eletrônico]. VIII Seminário de Políticas Sociais no Mercosul - SEPOME / (Novas) demandas e (novos) desafios em tempos de pandemia: resumos, 08 a 10 de nov. de 2021 (8:2021:Pelotas, RS). Pelotas: UCPEL, 2021. Disponível em: <https://pos.ucpel.edu.br/ppgps/sepome/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ANES, R. R. M.; BERNARDES, C. A. A.; FERREIRA, I. M. S.. A categoria historicidade nas pesquisas sobre professores no centro-oeste. **InterMeio: revista do programa de Pós Graduação em Educação, Campo Grande, MS**, v.18, n.36, p. 120-132, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/intm/article/view/2376>. Acesso em: 15 de maio 2021.

ANTONI, C.; MUNHÓS, A. As violências institucional e estrutural vivenciadas por moradoras de rua. In: **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n.4, p. 641-651, out./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31840/pdf>. Acesso em: 17 ago. 2022.

ANTUNES, R. **Coronavírus: O trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Boitempo, 2020.

ATOR. In: Dicionário priberam. [S.l., s.d.]. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/ATOR>. Acesso em: 13 ago. 2022.

BARBOSA, N. H.. O mito da periculosidade e as medidas de segurança. In: VENTURINI, E.; DE MATTOS, V.; OLIVEIRA, R. T. (Orgs). Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade. Brasília: **CFP**, 2016. p. 154-184. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP\\_Livro\\_LoucoInfrator\\_web-2.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP_Livro_LoucoInfrator_web-2.pdf). Acesso em: 04 set. 2022.

BAREMBLITT, G. F. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes. 5ª ed. Belo Horizonte, MG: **Instituto Felix Guattari**, 2002. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=YXJ0ZWVzdXN0ZW50YWJpbGlkYWwRlLmNvbXx3d3d8Z3g6NGVmNTBiYzFhYTEyMmNlZA>. Acesso em: 24 abr. 2022.

BARROSO, M. F. “O começo do fim do mundo”: violência estrutural contra mulheres no contexto da hidrelétrica de Belo Monte. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2018. 385 f. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/17723>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BARROCO, M. L. S. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético político. **Serv. Soc. Soc.**, n. 106, p. 205-218. São Paulo: jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/rTywnLhQhmCyXCtYCSQWN9n/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.



BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Edusp/Lemos, 1994.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ/ICICT**, 2017. 528 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 15 out. 2022.

BATISTA, M. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *In*: **POLÍTICA & TRABALHO**. Revista de Ciências Sociais, n. 40 [online], abr. 2014, p. 391-404. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690/11177>. Acesso em: 19 dez. 2022.

BIRMAN, J. A Cidadania tresloucada. *In*: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Orgs). **Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: **Relume-Dumará**, 1992.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BLACKBURN, R. Estado, democracia e alternativas socialista na era neoliberal. Diálogo coordenado por Pablo Gentili, Luis Fernandes e Emilio Taddei. *In*: **Pós-neoliberalismo II: que estado para que democracia?** Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2001. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001684149>. Acesso em: 23 dez. 2022.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**; trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOLZAN, L.de M. Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas. Diss. (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS. Porto Alegre, 2015, 150 f. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7196/1/000467579-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 14 out. 2022.

BRANSKI, R. M.; FRANCO, R. A. C.; JÚNIOR, O. F. L. **Metodologia de estudo de casos aplicada à logística**. *In*: XXIV anpet – Congresso de Pesquisa e Ensino em Transportes. Salvador: Bahia, 2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Orlando-Lima-Jr/publication/277598822\\_METODOLOGIA\\_DE\\_ESTUDO\\_DE\\_CASOS\\_APLICADA\\_A\\_LOGISTICA/links/556e732208aec2268308c66b/METODOLOGIA-DE-ESTUDO-DE-CASOS-APLICADA-A-LOGISTICA.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Orlando-Lima-Jr/publication/277598822_METODOLOGIA_DE_ESTUDO_DE_CASOS_APLICADA_A_LOGISTICA/links/556e732208aec2268308c66b/METODOLOGIA-DE-ESTUDO-DE-CASOS-APLICADA-A-LOGISTICA.pdf). Acesso em: 24 dez. 2022.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 03 nov. 2022.

BRASIL. **Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991.** Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d0040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0040.htm). Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: DF, Presidência da República, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 60 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 11 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **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. OPAS. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. **Decreto Legislativo n. 186, de 2008.** Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília: DF, Presidência da República, 9 jul. 2008. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm). Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: DF, Ministro de Estado da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012, 60 p. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 26 fev. 2022.

BRASIL. [Conselho Nacional de Saúde]. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, DF: Ministério de Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 31 jul.2022.

BRASIL. **Lei nº 12.847, de 2 de agosto de 2013.** Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências. Brasília: DF, Presidência da República, 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12847.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12847.htm). Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015.** Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13146.htm). Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm). Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 10.357, de 20 de maio de 2020.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania e remaneja cargos em comissão e funções de confiança (Revogado pelo Decreto nº 11.023, de 2022). Brasília: DF, Presidência da República, 2020. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10357.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10357.htm). Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento Coordenação-Geral de Planejamento. **3º Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (2019)**. Brasília: DF, fev. 2020. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/3\\_relatorio\\_quadrimestral\\_prestacao\\_contas\\_2019.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/3_relatorio_quadrimestral_prestacao_contas_2019.pdf). Acesso em: 10 set. de 2021.

BRASIL. **II Relatório brasileiro sobre droga**; organizadores, OPALEYE, E. S. [et al.]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, coedição com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). 2021. 357 p. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/xmlui/handle/11600/63024> . Acesso em: 21 ago. 2022.

BRITO, D. CFM: oferta de leitos psiquiátricos no SUS diminuiu quase 40% em 11 anos. **Agência Brasil**. Brasília: DF, 2017. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/cfm-oferta-de-leitos-psiquiatricos-no-sus-diminuiu-quase-40-em-11-anos>. Acesso em: 10 maio 2021.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. (1994). O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. **Revista de Saúde Pública**, 28(2), 137-45. doi:10.1590/S0034-89101994000200008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PBJQcYBXmLyFt3snd5kQSRw/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.

CAGLIONI, C. Como os cortes de orçamento de pesquisa científica afetam você. **Nexo**, [s.l.], 13 ago. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3fpcW33>. Acesso em: 26 set. 2022.

CAIXETA, I. A. Entre a criminalização da loucura e a psiquiatrização do crime: as trajetórias da medida de segurança no Distrito Federal. Monografia (Bacharelado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília: DF, 2012, 109 f. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/5087/6/2012\\_IzabelaAmaralCaixeta.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/5087/6/2012_IzabelaAmaralCaixeta.pdf). Acesso em: 27 dez. 2022.

CASARA, R. **Contra a Miséria Neoliberal**: racionalidade, normatividade e imaginário. São Paulo, SP: Autonomia Literária, 2021.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

CAVALCANTI, T. **Sub-humanos**: o capitalismo e a metamorfose da escravidão. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CENTRO de Saúde São João da Reserva. Projeto de Unidade Hospitalar para Gestantes Dependentes Químicas “Mãe me Quer”. São Lourenço do Sul, RS, 2017.

CÉSAR, J. *et al.* Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde. In: PINHEIRO, R. *et al.* (Orgs.) Práticas de apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2014. p. 83-110. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Pr%C3%A1ticas-de-Apoio-e-a-Integralidade-no-SUS-por-estrat%C3%A9gia-de-rede-multic%C3%AAntrica-de-pesquisa.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2022.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Série assistente social no combate ao preconceito. Caderno 2 – O Estigma do Uso de Drogas. Organização: Comissão de Ética e Direitos Humanos CFESS. Brasília: DF, 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>. Acesso em: 15 set. 2022.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. CFESS, Brasília: DF, 2013 (reimpressão).

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. 2ª ed., São Paulo: Brasiliense, 2008.

CNPQ. [Site oficial]. Currículo do sistema de Currículos Lattes. Informações sobre Ana Maria Fernandes Pitta. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/6774614083110510>. Acesso em: 19 dez. 2022.

CNPQ. [Site oficial]. Currículo do sistema de Currículos Lattes. Informações sobre Sandra Maria Sales Fagundes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/5749943743408689>. Acesso em: 19 dez. 2022.

CNPQ. [Site oficial]. Currículo do sistema de Currículos Lattes. Informações sobre Maria de Fátima Bueno Fischer. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/5598846267212535>. Acesso em: 19 dez. 2022.

COHEN, C. Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime. In: CORDEIRO, Q.; LIMA, M. G. A. (Orgs.). Medida de segurança – uma questão de saúde e ética. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. Disponível em: [https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod\\_publicacao=72](https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=72). Acesso em: 04 set. 2022.

COLLINS, P.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020. Disponível em: [http://www.ser.puc-rio.br/2\\_COLLINS.pdf](http://www.ser.puc-rio.br/2_COLLINS.pdf). Acesso em: 27 dez. 2022.

CONSELHO Federal de Farmácia. Venda de medicamentos psiquiátricos cresce na pandemia. [S.l.], 10 set. 2020. Disponível em: <http://covid19.cff.org.br/venda-de-medicamentos-psiQUIIATRICOS-cresce-na-pandemia/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

CONSELHO Federal de Psicologia. Inspeções mostram a gravidade da situação encontrada nos hospitais psiquiátricos do Brasil. **CFP**, [s.l.], 04 dezembro 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3UptsQi>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de, (Org.). Saúde na atualidade: por um sistema de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: **UERJ**, Rede Sirius, 2011.

CORTE Interamericana: Estado brasileiro será questionado em audiência por descumprimento de sentença do caso “Ximenes Lopes vs. Brasil”. **Justiça Global**, [s.l.], 22 abr. 2021. Disponível em: <http://www.global.org.br/blog/corte-interamericana-estado-brasileiro-sera-questionado-em-audiencia-por-descumprimento-de-sentenca-do-caso-ximenes-lopes-vs-brasil/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

CORSINI, I. Brasil tem quase cinco milhões de mulheres a mais que homens, diz IBGE. **CNN Brasil**: Rio de Janeiro, 22 jul. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil-tem-quase-cinco-milhoes-de-mulheres-a-mais-que-homens-diz-ibge/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

COSTA, A. M. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde? **Saúde em Debate**, vol. 33, núm. 83, septiembre-diciembre, 2009, pp. 443-446. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800011.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2022.

COSTA, E. Da monarquia à república: momentos decisivos. São Paulo: **Fundação Editora da UNESP**, (6.ed) 1999. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2938298/mod\\_resource/content/1/1%20-%20Emilia\\_Viotti\\_da\\_Costa\\_-\\_Da\\_Monarquia\\_a\\_Republica\\_-\\_Momentos\\_Decisivos.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2938298/mod_resource/content/1/1%20-%20Emilia_Viotti_da_Costa_-_Da_Monarquia_a_Republica_-_Momentos_Decisivos.pdf). Acesso em: 27 ago.2022.

COSTA, P. H. A. da C. Um Marx antimanicomial? **Esquerda Online**, Juiz de Fora: MG, 15 jul. 2021. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2021/07/15/um-marx-antimanicomial/>. Acesso em: 20 out. 2021.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFz6hgQqBH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

CUEVA, A. La fascistización del Estado em America Latina. *In: MARINI, R. M.; MILLÁN, M. La Teoría Social Latinoamericana: textos escogidos. Tomo III: A centralidade do marxismo. México: UNAM, 1995.*

DAMASCENO, R. Além dos Muros – Memórias de um Holocausto à brasileira. Estado de Minas, MG, 2017. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/especiais/alemdosmuros/2017/05/05/alem-dos-muros,867127/memorias-de-um-holocausto-a-brasileira.shtml>. Acesso em: 16 jan. 2023.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaios sobre a sociedade neoliberal. 1 ed. São Paulo, Boitempo, 2016.

DARDOT, P. *et al.* **A escolha da guerra civil**: Uma outra história do Neoliberalismo. São Paulo: Elefante, 2021.

DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante**; tradução de Heci Regina Candiani. BARAT, F. (Org.). 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

DELGADO, P. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. *In: O Social em Questão – Ano XV – nº 28 – 2012*, p. 187-198. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/9artigo.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2022.

DESCRIMINALIZAÇÃO do cuidado: políticas, cenários e experiências em redução de danos. Porto Alegre, RS: **Rede Multicêntrica** (UFRGS), 2017, 380 p. Torossian, S.D.; Torres, S.; Kveller D. B. (Orgs.) Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159458/001023841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 set. 2022.

DEVERA, D.; ROSA, A. C. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6 n. 1, 2007. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>. Acesso em: 25 abr. 2021.

DIAS, E. F. A Liberdade (Im)Possível na Ordem do Capital: Reestruturação Produtiva e Passivização. Textos Didáticos, nº 29, 2ªedição **IFCH/UNICAMP**, Campinas-SP, set. 1997.

DIAZ, F. S. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, 2008. 341 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/3983/000012.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 30 out. 2022.

DINIZ, N. M. *et al.* Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF): 2004, maio/jun.; v. 57. n. 3, p. 354-356. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hbRC8g6FbnRJ7vM7H8PRGdD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2022.

DRUCK, G.; ANTUNES, R. A epidemia da terceirização. *In: ANTUNES, R. (Org.). Riqueza e miséria do trabalho*. 1. ed. São Paulo: **Boitempo**, 2014. v. III. Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2762317/mod\\_resource/content/1/Antunes%20e%20Druck\\_2015\\_%20Epidemia%20de%20terceiriza%C3%A7%C3%A3o.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2762317/mod_resource/content/1/Antunes%20e%20Druck_2015_%20Epidemia%20de%20terceiriza%C3%A7%C3%A3o.pdf). Acesso em: 27 dez. 2022.

DRUCK, G. *et al.* A terceirização no serviço público: Particularidades e implicações. In: CAMPOS, André (org.). Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília: **Ipea**, 2018. p.113-141. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8709>. Acesso em: 27 ago.2022.

DRUCK, G.; FRANCO, T. A precarização do trabalho no Brasil: um estudo da evolução da terceirização no Brasil e na indústria da Bahia na última década. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, [s.l.], 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/3154>. Acesso em: 27 ago. 2022.

DURIGUETTO, M. L.; BAZARELLO, R. D. Movimentos Sociais e Serviço Social: termos do debate. **Temporalis**, [S. l.], v. 15, n. 29, p. 133–155, 2015. DOI: 10.22422/2238-1856.2015v15n29p133-155. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/9414>. Acesso em: 15 out. 2022.

ENGELMAN, S. **Trabalho e Loucura**: uma biopolítica dos afetos. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

FAGUNDES, R. O fascismo neoliberal ou o neoliberalismo fascista? **Revista Fórum**, 23 jan. 2020, [s.l.]. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/opiniao/2020/1/23/fascismo-neoliberal-ou-neoliberalismo-fascista-67951.html>. Acesso em: 23 nov. 2022.

FAGUNDES, S. M. S. Política e Gestão com Pensamento Estratégico no Campo da Saúde Mental. In: PAULON, S. M.; OLIVEIRA, C. S.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.). 25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. p. 18-41.

FAGUNDES, S. M. S. Saúde Mental Coletiva a Construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Orgs). **Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: **Relume-Dumará**, 1992.

FANJUL, S. C. A meritocracia é uma armadilha. **El País**, 18 jul.2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/economia/2021-07-18/a-meritocracia-e-uma-armadilha.html>. Acesso em: 05 nov.2022.

FANON, F. **Alienação e liberdades**: escritos psiquiátricos. São Paulo: UBU, 2020.

ENTRE-VISTAS: abordagens e usos da história oral. FERREIRA, M. de M. (coord.); Alzira Alves de Abreu [et al.]. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1998. 316 p.

FERREIRA, M. Militante da luta antimanicomial do RS, Sandra Fagundes recebe Medalha do Mérito Farroupilha. Brasil de Fato, Porto Alegre, 06 jul. 2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/07/06/militante-da-luta-antimanicomial-do-rs-sandra-fagundes-recebe-medalha-do-merito-farroupilha>. Acesso em: 19 dez. 2022.

FLEURY, Sonia. O Golpe na Saúde. **Outras Palavras**, [s.l.], 13 junho 2020.

Disponível em: <https://outraspalavras.net/crise-brasileira/o-golpe-na-saude>. Acesso em: 10 out. 2021.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2002.

FOUCAULT, M. **Os Anormais**: curso no collegè de France (1974-1975). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 42.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FREITAS, F.F.P. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos: vol. 11(1): 75-91, jan.-abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/vV9RdYRWThb7KYrwM9xm6xd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2022.

GARCIA, E. Pesquisa bibliográfica *versus* revisão bibliográfica – uma discussão necessária. **Línguas & Letras**, [S. l.], v. 17, n. 35, 2016. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/linguaseletras/article/view/13193>. Acesso em: 3 ago. 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, M. G. C. Incursões sobre as políticas sobre drogas e o cuidado nos processos de drogodependência. In: TOROSSIAN, S. D.; TORRES S.; KVELLER D. B. *Descriminalização do cuidado: políticas, cenários e experiências em redução de danos*. Porto Alegre, RS: **Rede Multicêntrica** (UFRGS), 2017, 380 p. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159458/001023841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 set. 2022.

GOHN, M. da G. **Teoria dos movimentos sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. 6º ed. São Paulo: Loyola, 2007.

GOHN, M. da G. **Novas Teorias dos Movimentos Sociais**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2010.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar** – como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GONÇALVES, A. O Conceito de Governança. Anais XIV CONPEDI. Manaus, 2005. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/XIVCongresso/078.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

GOULART, T. M. *As Histórias Marginais: Os memorialistas e a produção de conhecimento histórico no interior do Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em História, UPF/RS. Passo Fundo, 2007. Disponível em: <http://tede.upf.br/jspui/bitstream/tede/143/1/2007TiagoMartinsdaSilvaGoulart.pdf>. Acesso em: 13 ago.2022.



GRACIOLI, J. Brasil vive surtos de depressão e ansiedade. **Jornal da USP**, 23 ago. 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/brasil-vive-surto-de-depressao-e-ansiedade/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

GUIMARÃES, K.; PEREIRA, M. Neoliberalismo e fascismo: o paradigma perverso do bolsonarismo. Rio Grande: **REIS**, v. 4, n.1, jan.-jun. 2020. p. 30-47. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/reis/article/view/11813/8301>. Acesso em: 23 nov. 2022.

HAJE, L. Especialistas defendem mais investimento em saúde mental no Brasil, mas discordam sobre prioridades. Câmara dos Deputados, Brasília: DF, 10 nov. 2022. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/918838-especialistas-defendem-mais-investimento-em-saude-mental-no-brasil-mas-discordam-sobre-prioridades/>. Acesso em: 17 nov. 2022.

HAMMES, E. L. **São Lourenço do Sul**: radiografia de um município-das origens ao ano de 2000. v.1. São Leopoldo: Studio Zeus, 2010, 536 p.

HARVEY, D. **O neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2008.

HARVEY, D. **O enigma do capital**: e as crises do capitalismo; tradução de João Alexandre Peschanski. São Paulo, SP: Boitempo, 2011.

HARVEY, D. **Para entender O capital**. São Paulo, SP: Boitempo, 2013.

HECK, *et al.* Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, out-dez; 17(4): p. 647-55, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/04.pdf>. Acesso em: 19 maio 2021.

HERRERA FLORES, J. **A reinvenção dos Direitos Humanos**; trad. Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009. 232 f. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253519/mod\\_resource/content/1/Joaquin%20Herrera%20Flores%20-%20A%20reinven%C3%A7%C3%A3o%20dos%20direitos%20humanos.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253519/mod_resource/content/1/Joaquin%20Herrera%20Flores%20-%20A%20reinven%C3%A7%C3%A3o%20dos%20direitos%20humanos.pdf). Acesso em: 03 nov. 2022.

HISTÓRIA da cidade. Prefeitura Municipal De São Lourenço Do Sul [site oficial], [2022?]. Disponível em: <https://www.saolourencodosul.rs.gov.br/portal/servicos/1001/historia-da-cidade>. Acesso em: 08 ago. 2022.

HOFF, L. R. **Público e Privado na Política de Saúde Mental**: inflexões de “um mundo à parte”. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016, 155 p.

HOSPITAIS Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2019. 1. ed. Brasília: **CFP**, 2019. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3\\_ly\\_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final\\_v2Web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final_v2Web.pdf). Acesso em: 23 dez. 2022.

HOSPITAIS Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2020. 1. ed. revisada. Brasília: **CFP**, 2020. Disponível em:

[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio\\_Inspecao\\_HospPsiq.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf). Acesso em: 13 nov. 2021.

HUBERMAN, L. **História da riqueza do homem**. 17 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981. Disponível em:  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6816990/mod\\_resource/content/1/Leo%20Huberman%20Historia%20da%20Riqueza%20Do%20Homem.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6816990/mod_resource/content/1/Leo%20Huberman%20Historia%20da%20Riqueza%20Do%20Homem.pdf). Acesso em: 30 ago. 2022.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis** – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. ABEPSS, ano 2, n. 3, jan./jul. Brasília: Grafile, 2001.

IAMAMOTO, M.V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche** – Capital financeiro, trabalho e questão social. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama de São Lourenço do Sul. Brasília: 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-lourenco-do-sul/historico>. Acesso em: 08 ago. 2022.

IHRA. **O que é Redução de Danos?** Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Londres: Grã Bretanha, 2010. Disponível em:  
[https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf). Acesso em: 10 set. 2022.

INSPEÇÃO de Hospitais Psiquiátricos. Conselho Nacional do Ministério Público. [Site oficial.] Brasília (DF), [s.d.]. Disponível em:  
<https://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/comissoes/comissao-da-saude/atuacao/inspecao-de-hospitais-psiquiatricos>. Acesso em: 13 nov. 2021.

INSPEÇÕES mostram a gravidade da situação encontrada nos hospitais psiquiátricos do Brasil. **CRP23**, [s.l.], 20 janeiro 2020. Disponível em: <http://www.crp23.org.br/inspecoes-mostram-a-gravidade-da-situacao-encontrada-nos-hospitais-psiquiatricos-do-brasil/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

JABERT, A. DA NAU DOS LOUCOS AO TREM DE DOIDO: As formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do estado do Espírito Santo. Tese de doutorado em Saúde Pública-Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2001.153 f. Disponível em:  
<https://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/jabertam.pdf>. Acesso em: 03 set. 2022.

JACOBINA, P. V. **Direito Penal da Loucura, Escola Superior do Ministério Público da União**. Brasília: DF, ESMPU 2008.

JALIL, E. *et al.* Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs.). Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: **ICICT/FIOCRUZ**, 2014, 224 p. Disponível em:  
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>. Acesso em: 11 set. 2022.

JANSEN, M.; MEYER, D.; FELIX, J. Mulheres Usam Substâncias Psicoativas? Atravessamentos de Gênero na Política de Redução de Danos no Brasil. **Revista Psicologia**

**Política**. vol. 17. nº 38. pp. 90-104. jan–abr. 2017. Disponível em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v17n38/v17n38a07.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

JORNADA de Trabalho Decente. *In*: Observatório do Trabalho Decente nos Municípios Brasileiros. SmartLab, [s.l.], 2022, [n.p.]. Disponível em:  
<https://smartlabbr.org/trabalhodecente/localidade/4318804?dimensao=jornada>. Acesso em: 21 nov.

KELLER, S. B.. **A Ofensiva do Conservadorismo**: Serviço Social em Tempos de Crise. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

KOWARICK, L. Trabalho e vadiagem: a origem do trabalho livre no Brasil. Rio de Janeiro: **Paz e Terra**, 1994. Disponível em:  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6539539/mod\\_resource/content/2/5.c%20Trabalho%20e%20vadiagem.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6539539/mod_resource/content/2/5.c%20Trabalho%20e%20vadiagem.pdf). Acesso em: 27 ago. 2022.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2008. Disponível em:  
<http://afoiceemartelo.com.br/posfsa/Autores/Konder,%20Leandro/O%20que%20e%20dialeica.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

KONDER, L. **Walter Benjamin**: o marxismo da melancolia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

KRAPP, J. Pesquisa revela dados sobre o consumo de drogas no Brasil. **Portal FIOCRUZ**, 08 ago. 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>. Acesso em: 20 set. 2022.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. de L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones – UNAD**. v. 14 n. 2, jul-dez. Bogotá: Colômbia, 2015, p. 55-73. Disponível em: <https://docplayer.com.br/58230159-Pesquisa-documental-na-pesquisa-qualitativa-conceitos-e-caracterizacao.html>. Acesso em: 24 abr. 2021.

LADEIA, P. S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M. O silêncio da violência institucional no Brasil. *In*: **Rev. Med. Minas Gerais**, Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte: MG, n. 26 (suppl. 8), p. 398-401. 2016. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2186>. Acesso em: 18 ago. 2022.

LAVINAS, L. Na contramão dos Direitos Universais. Notas para reflexão. Plataforma Política Social – Caminhos para o desenvolvimento, [s.l., s.d., n.p.]. Disponível em:  
<https://plataformapoliticassocial.com.br/na-contramao-dos-direitos-universais-notas-para-reflexao/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

LAURITO, I. F.; MARTINS, J.; ALVES, L. O desmonte da rede de atenção à Saúde Mental na era Temer-Bolsonaro: as principais conquistas da Reforma Psiquiátrica podem estar ruindo diante dos nossos olhos. São Paulo: **Revista Movimento**, 11 fev. 2019. Disponível em:  
<https://movimentorevista.com.br/2019/02/o-desmonte-da-rede-de-atencao-a-saude-mental-na-era-temer-bolsonaro/>. Acesso em: 20 set. 2021.

LEMOS, F. C. S. *et al.* Análise Documental: algumas pistas de pesquisa em psicologia e história. Departamento de Psicologia – Universidade Estadual de Maringá. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 3, pp. 461-469, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2871/287145646012/html/index.html>. Acesso em: 22 abr. 2021.

LIBERDADE. In: Dicionário priberam. [S.l., s.d.]. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/LIBERDADE>. Acesso em: 13 ago. 2022.

LIMA, D T. L. A loucura na sociedade de classes. **Blog da Boitempo**: [s.l.], 14 set. 2021. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2021/09/14/a-loucura-na-sociedade-de-classes/>. Acesso em: 15 de set. 2022.

LOUCOS pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. AMARANTE, P. (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

LOURENÇO, E. A. Terceirização: a derruição de direitos e a destruição da saúde dos trabalhadores. In: **Serv. Soc. Soc.**, n. 123, p. 447-475, jul./set. São Paulo: 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/qwrgLR5xXf6BX4WCqmZqCSs/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2022.

LÜCHMANNI, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12 (2), abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tx6gNG9GDzdh8wLcj3DW9px/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2021.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991. Disponível em: [https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Entrevista\\_na\\_pesquisa\\_social.pdf](https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Entrevista_na_pesquisa_social.pdf). Acesso em: 27 dez. 2022

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados. 5.ed. São Paulo: **Atlas**, 2002.

MARX, K. **O 18 de brumário de Luís Bonaparte**; trad. Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, K. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política – O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2017.

MARX, K. **O crescimento da loucura na Grã-Bretanha**; trad. Pedro Henrique Antunes Costa. Esquerda Online, Juíz de Fora: MG, 2021 [n.p.]. Disponível em: [https://esquerdaonline.com.br/2021/07/15/um-marx-antimanicomial/?doing\\_wp\\_cron=1672174529.0258929729461669921875](https://esquerdaonline.com.br/2021/07/15/um-marx-antimanicomial/?doing_wp_cron=1672174529.0258929729461669921875). Acesso em: 27 dez. 2022.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**; introdução de Jacob Gorender; trad. Luis Claudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto comunista**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MASSON, G. As contribuições do método materialista histórico e dialético para a pesquisa sobre políticas educacionais. *In: IX ANPED SUL – Seminário de pesquisa em educação da Região Sul, UCS, jul.-ago. 2012*. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/966/126>. Acesso em: 20 maio 2021.

MBARGA, G.; FLEURY, J. O que é ciência? *In: Curso online de jornalismo científico*. Estácio [online]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/21964-O-que-e-ciencia-licao-5-o-que-e-ciencia-gervais-mbarga-e-jean-marc-fleury.html>. Acesso em: 15 set. 2022.

MELO, M. da C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil /Notes about the psychiatric reform in Brazil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [s. l.], v. 4, n. 9, p. 84–95, 2013. DOI: 10.5007/cbsm.v4i9.68692. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68692>. Acesso em: 25 dez. 2022.

MINAS GERAIS. [Secretaria de Governo]. Manuais e Cartilhas: Entendendo a Lei Federal 13.019/14 – Perguntas e Respostas. Diretoria Central de Normatização e Otimização Superintendência Central de Convênios e Parcerias, Subsecretaria de Assuntos Municipais, Secretaria de Estado de Governo, [S.l., s.d.]. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2015/10/ENTENDENDO-A-LEI-13.019.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2022.

MINAYO, M. C. S. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.6(3), p. 278-292, jul./set. 1990. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/X7hDw35DPd78xYb5C95FSHr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2022.

MINAYO, M. C. de S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. 9-33. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 340 p.* Disponível em: [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf). Acesso em: 18 ago. 2022.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. *In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; NETO, O.C.; MINAYO, M. C. de S. (Org.). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9-28.*

MINISTÉRIO da Saúde investiu mais de R\$ 57 milhões em políticas públicas de Saúde Mental no ano de 2021. **Ministério da Saúde**. Brasília: DF, 29 dez. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/dezembro/ministerio-da-saude-investiu-mais-de-r-57-milhoes-em-politicas-publicas-de-saude-mental-no-ano-de-2021>. Acesso em: 23 dez. 2022.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Educação**, Porto Alegre, v.22, n.37, p.7-32, 1999. Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod\\_resource/content/1/Roque-Moraes\\_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf). Acesso em: 27 dez. 2022.

MORAES, R. Análise de conteúdo: possibilidades e limites. *In*: ENGRES, M. E. A. (org.). Paradigmas e metodologias de pesquisa em Educação. Porto Alegre: **EDIPUCRS**, 1994.

MORÉS, F. B., BELLINI, M. I. B. Trabalho do/a Assistente Social na Transição do Cuidado na Saúde: construções e estratégias coletivas para produção do cuidado integral. *In*: Serviço Social e Saúde Pública em Tempos Sombrios: (in) certezas no presente e perspectivas para o futuro. Manaus: **EDUA**; São Paulo: **Alexa Cultural**, 2021.

MOTA, A. E. O Serviço Social na contemporaneidade: a “questão social” e as perspectivas ético-políticas. *In*: XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS – Relatório de deliberações. Maceió: Alagoas, 3 a 6 de set., 2000. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorio\\_2000\\_29.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorio_2000_29.pdf). Acesso em: 20 ago. 2022.

MOTA, A.; TEIXEIRA, C. O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental em tempos de pandemia. Observatório de análise política em saúde. Salvador: Bahia, 17 dez. 2020. Disponível em <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/debate/bdbf2024d57cb707acafb4b32b0d6b47/>. Acesso em: 19 set. 2021.

NUNES, J. A. B. Para além dos “muros” da Nossa Casa: a construção de uma história em movimento. **PSICO**, v. 36, n. 3, pp. 293-298, set./dez. 2005. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistaspsico/article/view/1400/1100>. Acesso em: 25 set. 2021.

NEGRIS, A. Entre Biopolítica e Necropolítica: uma questão de poder. **Ítaca**, nº 36, 2020 – Especial Filosofia Africana. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/Itaca/article/view/31835/19767>. Acesso em: 17 nov. 2022.

OAS. [Departamento de Assuntos Jurídicos Nacionais]. **Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura**, [s.l., s.n.], 1985. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/basicos/tortura.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2021.

OBSERVATÓRIO do Trabalho Decente nos municípios Brasileiros. SmartLab, [site oficial]. [S.l., s.d.]. Disponível em: <https://smartlabbr.org/trabalhodecente>. Acesso em: 21 nov. 2022.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao DIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** 2007 dez; 11 (4): 625-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xJxfrF5ygMWGDtmsH4B3TZH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2022.

OLIVEIRA, M. Após pesquisa sobre uso de drogas ser censurada, AGU ouve Fiocruz e Ministério da Justiça. **G1**, TV Globo: Brasília, 03 abr. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/06/03/apos-pesquisa-sobre-uso-de-drogas-ser-censurada-agu-ouve-fiocruz-e-ministerio-da-justica.ghtml>. Acesso em: 15 set. 2022.

OLIVEIRA, N. C.; OLIVEIRA, L. A.; SANTOS, J. M. V. O materialismo histórico e suas categorias de análise: algumas considerações. [S.l.], [s.n.] [s.d.]. Disponível em: [http://primitivomoacyr.weebly.com/uploads/8/6/9/0/8690987/o\\_materialismo\\_historico\\_e\\_suas\\_categorias\\_de\\_anlise.pdf](http://primitivomoacyr.weebly.com/uploads/8/6/9/0/8690987/o_materialismo_historico_e_suas_categorias_de_anlise.pdf). Acesso em: 20 maio 2021.

OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. **Organização Pan-Americana de Saúde**, [s.l.], jul. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 17 nov. 2022.

O QUE MUDOU com a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD). **Redação Secad**, [s.l.], 13 Nov. 2019. Disponível em: <https://blog.artmed.com.br/psicologia/politica-nacional-sobre-drogas>. Acesso em: 16 nov. 2022.

PGE. Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Assembleia Geral das Nações Unidas, [s.l.], [s.n.], 1984. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/degradant.htm>. Acesso em: 13 nov. 2021.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C.F. Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016. In: PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C.F. (Coord.). ANÁLISE DO PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)**, Salvador: 2017, [n.p.]. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/eixos/9cfa9668242186748ea6acb23f5c4c5c/apresentacao>. Acesso em: 24 set. 2021.

PAULON, S. M. Violência e Reforma Psiquiátrica: conquistas históricas. In: **Entre Linhas**. Conselho Regional de Psicologia (CRP-RS). ANO VII N°32, janeiro/fevereiro de 2006. Disponível em: <https://www.crprs.org.br/entrelinhas/assets/edicaopdf/c2f68-arquivo32.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2022.

PEYON, E. R. **Sobre o trabalhar contemporâneo**: diálogos entre a psicanálise e a psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Blucher, 2018.

PETUCO, D. R. da S.; MEDEIROS, R. G. Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 2010. Disponível em: [https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ad\\_iv\\_conf.pdf](https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ad_iv_conf.pdf). Acesso em: 11 set. 2022.

PAIM, J. N. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2022.

PAXTON, R. **A anatomia do fascismo**. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

PAULA, E. M.; CAMISÃO, A. R. A (in)visibilidade do louco infrator: uma análise do movimento antimanicomial em Goiás. **Fênix – Revista de História e Estudos Culturais**. v.15, n. 2, p. 1-19. 21 set. 2020 Disponível em: <https://www.revistafenix.pro.br/revistafenix/article/view/391>. Acesso em: 18 maio 2021.

PEREIRA, K.; TEIXEIRA, S. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 114-127, jan./jun.2013. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12990/9619>. Acesso em: 21 nov. 2022.

PINHO, L. Memorial ABRASME: Os retrocessos na atenção em saúde mental e drogas no Brasil. ABRASME, Salvador: Bahia, 19 ago. 2022, [n.p.]. Disponível em:

<https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/168705/memorial-abrasme-os-retrocessos-na-atencao-em-saude-mental-e-drogas-no-brasil>. Acesso em: 16 nov. 2022.

PIONEIRO. In: DICIO, Dicionário *online* de português. [S.l., s.d.]. Disponível em:

<https://www.dicio.com.br/pioneiro/>. Acesso em: 13 ago. 2022.

PRATES, J. C. A pesquisa a Partir do Paradigma Dialético-Crítico: do Projeto à Análise de dados. In: FERNANDES, I.; PRATES, J. C. Diversidade e estética em Marx e Engels. Campinas, **Papel Social**, 2016.

PRATES, J. C. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. Revista: **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 1, p. 116-128 jan./jul. 2012. Disponível em:

[https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O\\_metodo\\_marxiano\\_de\\_investigacao\\_e\\_o\\_enfoque\\_misto\\_na\\_pesquisa\\_social\\_uma\\_relacao\\_necessaria.pdf](https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O_metodo_marxiano_de_investigacao_e_o_enfoque_misto_na_pesquisa_social_uma_relacao_necessaria.pdf). Acesso em: 22 abr. 2021.

PRESTES, Z. Rigor Metodológico em Pesquisa Bibliográfica. Ensino Em Re-Vista, v. 19, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em:

<https://seer.ufu.br/index.php/emrevista/article/view/14947/8447>. Acesso em: 26 set. 2022.

PRIMEIRO dia do Mental Tchê reúne grande público em São Lourenço do Sul.

**BlogdoJuares**, [s.l.], 17 maio 2019. Disponível em:

<https://blogdojuares.com.br/noticia/33848/primeiro-dia-do-mental-tche-reune-grande-publico-em-sao-lourenco-do-sul.html>. Acesso em: 29 nov. 2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <https://www.feevale.br/Comum/midias/0163c988-1f5d-496f-b118-a6e009a7a2f9/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2022.

PROJETO Análise de Políticas de Saúde no Brasil. Observatório de Análise Política em Saúde no Brasil. Ano: 5, edição nº 23. Bahia: maio/junho, 2019. Disponível em:

<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/23/>. Acesso em: 25 set. 2021.

PROJETO Recuperando o Futuro. [Projeto em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar]. Unidade de Cuidados Hospitalares para Crianças e Adolescentes Dependentes de Crack e Outras Drogas. Hospital Walter Thofern, São Lourenço do Sul: RS, 2011.



REZENDE, C. A. P. Modelos de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. *In:* BRAVO, Maria Inês Souza [*et al.*] Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ – Faculdade de Serviço Social, **Rede Sirius**, 2008. Disponível em: <https://docplayer.com.br/9168450-Politica-de-saude-na-atual-conjuntura.html>. Acesso em: 27 dez. 2022

ROSDOLSKY, R. **Gênese e estrutura de o Capital de Karl Marx**. Rio de Janeiro: Eduerj/Contraponto, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Grupo de trabalho e planejamento, monitoramento e avaliação da gestão (org.). Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28101537-pes-2012-2015.pdf>. Acesso em: 11 set. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução nº 254/19 – CIB/RS**. Porto Alegre: SES, 25 jun. 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190704/02110446-cibr254-19.pdf>. Acesso em: 21 ago.2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Violência interpessoal (SINAN)/suicídio (SIM)**, Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação, [*s.l., s.d.*] 2022. Disponível em: [http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QV\\_Sbari&anonymous=true&Sheet=SH\\_Viol%C3%Aancia](http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QV_Sbari&anonymous=true&Sheet=SH_Viol%C3%Aancia). Acesso em: 06 nov. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de Ação Regional 2020-2023**. Terceira Coordenadoria Regional de Saúde. Organizado por: Inês Soria Álvaro Marques, Jéssica Noema da Rosa Braga, Jéssica Noema da Rosa Braga; Martina Dias da Rosa. Pelotas, 2019.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa qualitativa crítica e válida. *In:* RICHARDSON, R. J. *et al.* (Org.). Pesquisa Social. 3ª ed. Revista e Ampliada. São Paulo: **Atlas**, 2012, p. 90-103. Disponível em: <https://doceru.com/doc/cxsnx8>. Acesso em: 26 dez. 2022.

RIBEIRO, S. L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicol. cienc. prof.**, 24 (3), set., 2004, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdDpMwZvnMVmrfSwFw9XSCr/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2022.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. Disponível em: <https://xdocz.com.br/doc/rotelli-f-et-al-desinstitucionalizaao-ljozwelvzvoz>. Acesso em: 27 dez. 2022.

RONSANI, A. P. V. Dilemas e desafios do processo de participação na área da saúde: uma análise a partir da produção científica do serviço social. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Porto Alegre, 171. 2021. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/9520/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Ana%20Paula%20Vargas%20Ronsani.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2022.

SANTOS MELAZZO, E. Problematizando o conceito de políticas públicas: desafios à análise e à prática do planejamento e da gestão. **Revista Tópos**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 9–32, 2013. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/topos/article/view/2253>. Acesso em: 25 dez. 2022.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social. **Plano Municipal de Saúde**. Elaboração: ZIEBELL, C., FRANZ, G. L., SERPA, L. de A., BREYER, V. G. Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul, RS, set. 1991.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social. **Relatório de Gestão Municipal da Saúde – ANO 2000**. Elaboração: ZIEBELL, C.; VIEIRA, J. E. Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul, RS, maio 2000.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social. **Justificativa Projeto de Lei da Unidade de Acolhimento Adulto “Mãe me Quer”**. São Lourenço do Sul, RS, [2017?].

SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social. **Termo de Referência: Rede de Atenção Psicossocial**. São Lourenço do Sul, RS, 26 dez. 2019.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social. **Relatório de Gestão 1º quadrimestre de 2022**. São Lourenço do Sul, RS, Jun. 2022.

SANTOS, M. H. de C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. In: DADOS – Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, volume 40, nº 3, 1997. p. 335-376. <https://www.scielo.br/j/dados/a/Tg5ZpD4bVvfjFLg87yZB5gg/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.

SANTOS, J. S. Particularidades da "questão social" no capitalismo brasileiro. 2008. Tese (Doutorado) – Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-60638/particularidades-da-questao-social-no-capitalismo-brasileiro>. Acesso em: 27 dez. 2022.

SANTA Casa de São Lourenço inaugura leitos de saúde mental para crianças e adolescentes. **Federaçãos**, [s.l.], 7 de fev. 2022. Disponível em: <https://federacaors.org.br/santa-casa-de-sao-lourenco-inaugura-leitos-de-saude-mental-para-criancas-e-adolescentes/>. Acesso em: 29 nov. 2022.

SANNA, F. O Papel da Criminologia na Definição do Delito. **R EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 61, p. 153-173, jan.-fev.-mar. 2013. Disponível em: [https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj\\_online/edicoes/revista61/revista61\\_153.pdf](https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista61/revista61_153.pdf). Acesso em: 13 nov. 2021.

STANLEY, J. **Como Funciona o Fascismo**: a política do ‘nós’ e ‘eles’. Porto Alegre: L&PM Editores, 2018.

SHARMA, V. *et al.* Women and substance use: a qualitative study on sexual and reproductive health of women who use drugs in Delhi, India. **BMJ Open**, London, v. 7, n. 11, 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e018530>. Acesso em: 21 ago. 2022.

SILVA, K.; SILVA, M. Dicionário de Conceitos Históricos. 2.ed., 2ª reimpressão. – São Paulo: Contexto, 2009. Disponível em: <https://efabiopablo.files.wordpress.com/2013/04/diccionc3a1rio-de-conceitos-histc3b3ricos.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2022.

SÉRIE SmartLab de Trabalho Decente: Gastos com doenças e acidentes do trabalho chegam a R\$ 100 bi desde 2012. Organização Internacional do Trabalho, Brasília: DF, 26 abril de 2021. Disponível em: [https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS\\_783190/lang--pt/index.htm#:~:text=De%202012%20a%202020%2C%20foram,milh%C3%B5es%20de%20dias%20de%20trabalho](https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_783190/lang--pt/index.htm#:~:text=De%202012%20a%202020%2C%20foram,milh%C3%B5es%20de%20dias%20de%20trabalho). Acesso em: 22 nov. 2022.

SIQUEIRA, M.; MENDES, A. Gestão de pessoas no setor público e a reprodução do discurso no setor privado. **Revista do Serviço Público**, Brasília: DF, v.60, n.3, p. 241-250, jul./set., 2009. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/25>. Acesso em: 22 nov. 2022.

TAVARES, *et al.* Caps Nossa Casa: relato dos 20 anos do Primeiro Serviço Substitutivo do Rio Grande do Sul. In: COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. (Org.). Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária PREC-UFPEL, 2010. p. 27-41.

TEDESCO, S.; CAETANO, A. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciais. *Revista Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 191-202, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2021.v45n128/191-202/pt/>. Acesso em: 04 set. 2022.

TOLERÂNCIA Institucional a violência contra as mulheres. **CFEMEA**, Brasília: DF, 2014. Disponível em: [https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/tolerancia\\_institucional\\_violencia\\_contra\\_mulheres.pdf](https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/tolerancia_institucional_violencia_contra_mulheres.pdf). Acesso em: 18 ago. 2022.

TORRES, L. H. O conceito de história e historiografia. **BIBLOS** – Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação, Rio Grande, v. 8, p. 53-59, 1996. Disponível em: <https://www.brapci.inf.br/index.php/article/download/19444>. Acesso em: 14 ago. 2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNICEF. Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU. Brasília: DF, [site oficial]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 03 nov. 2022.

VASQUES, G. de A. Mental Tchê: Um Encontro pelo Cuidado em Liberdade. In: PAULON, S. M.; OLIVEIRA, C. S.; FAGUNDES, S. M. S. (orgs.). 25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. p. 266-271.

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

VÁZQUEZ, A. S. **As ideias estéticas de Marx**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968.

VEYNE, P. **Como se escreve a história?** Brasília: Ed. UnB, 1982.

WETZEL, C. Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul, RS. Dissertação de Mestrado apresentada à EERP-USP, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Ribeirão Preto, 1995, 216 p. Disponível: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/143033>. Acesso em: 28 set de 2021.

YAZBEK, C. O desafio da defesa das Políticas Públicas para o Serviço Social. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 8, n.1, p. 6-13, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/2I88198t6Fh7674i54ZG.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

YIN, R. L. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## **APENDICE A – Roteiro Pesquisa Documental**

Data da Análise: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_

Data promulgação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

Dispõe sobre: \_\_\_\_\_

Breve resumo: \_\_\_\_\_

Contexto em que o documento foi produzido: \_\_\_\_\_

Como a Política de Saúde Mental aparece no documento:

Quais os desafios apresentados nos documentos:

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Gestores e Trabalhadores

### PRIMEIRO MOMENTO:

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome: **(se aceitar ser identificado)**
2. Cargo que ocupa? ou que ocupava quando a Política de Saúde Mental começou a ser implantada?
3. Qual o vínculo empregatício na época?
4. Quantos anos você trabalha/ trabalhou com a Política de Saúde Mental?

### SEGUNDO MOMENTO:

1. **Poderias relatar como foi a implantação da Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul a partir da Reforma Psiquiátrica? Como iniciou o processo, momentos importantes, desafiantes,..**
2. **Como se estruturou, se caracterizou e organizou o trabalho da Política de Saúde Mental no Município de São Lourenço do Sul desde a Reforma Psiquiátrica? E como isto se dá atualmente? Quais os avanços? Quais os desafios enfrentados na estruturação da Política de Saúde Mental? O que você destaca como desafio importante no processo? Nesta estruturação na sua opinião como as premissas da Reforma Psiquiátrica foram contempladas? Poderia nominar a equipe que iniciou o trabalho na Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul?**
3. Você poderia identificar quais eram as forças aliadas (atores, instituições, movimentos,..) para a estruturação da Política de Saúde Mental do Município de São Lourenço do Sul desde a Reforma Psiquiátrica e quais permanecem? E quais eram as forças de oposição? Por que elas se opunham? O que preconizavam/justificavam? e que estratégias e ações foram desenvolvidas para torná-las aliadas? Foram exitosas?
4. Na sua opinião quais ações podem contribuir/ subsidiar com a preservação da memória das lutas e conquistas da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental do município?
5. O que você sugere que poderia ser feito para preservar a história da Política de Saúde Mental de São Lourenço?
6. Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre o assunto? Algum aspecto que não foi perguntado? Alguma lembrança que gostaria de compartilhar?

## APÊNDICE C – Roteiro Entrevista Usuários e Familiares

PRIMEIRO MOMENTO: (identificação do usuário)

1. Qual o seu nome: (se aceitar ser identificado)
2. Qual a sua idade:
3. Exerce alguma atividade remunerada? E se sustenta com essa atividade?
4. Onde reside? com quem? Com quantas pessoas você mora?
5. Recebe algum benefício (BPC/ auxílio-doença)? Se sim foi encaminhado na saúde ou assistência?

SEGUNDO MOMENTO:

1. Você poderia contar sobre sua vinculação com a rede de saúde de São Lourenço do Sul? qual serviço frequenta na Política de Saúde Mental? Desde quando? Quais serviços da rede já utilizou?
2. Você participou do processo de criação do CAPS Nossa Casa e dos demais serviços (CAPS ad, Caps Saci, Lokomotiva)?
3. Como era no início? Quais as lembranças você tem? como era o atendimento? Tiveram algumas mudanças? o que mudou na forma de atendimento? O que permanece igual?
4. Quem era equipe? quem atendia? Que atividades realizava?
5. Usava medicação? Qual? Uso contínuo? Já esteve internado (a) nos leitos psiquiátricos?
6. Você foi consultado (a) alguma vez a respeito de alguma mudança? Vocês tinham assembleias /encontros?
7. Você acha que as opiniões dos usuários foram e são consideradas?
8. Quantos usuários e funcionários participam do Conselho Municipal de Saúde?
9. Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre o assunto?

**APÊNDICE D** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para gestores e trabalhadores autorizando a identificação

Você está sendo convidada/convidado para participar da pesquisa intitulada “**O Protagonismo da Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul: memórias, vivências e resistências na Reforma Psiquiátrica**” que está sob a responsabilidade/coordenação do Prof. Dra. Maria Isabel Barros Bellini e da mestranda Bárbara Domingues Nunes e que tem como objetivo **resgatar a história, vivências e resistências da Política de Saúde mental de São Lourenço do Sul a partir da Reforma Psiquiátrica a fim de contribuir com a preservação de sua memória bem como no fortalecimento de suas conquistas.**

Informações sobre os procedimentos de pesquisa e participação na coleta:

Parte da coleta de dados ocorrerá por meio da realização de entrevista semi-estruturada com trabalhadores, gestores, usuário e familiar e ou cuidador de usuário da Política de Saúde Mental de São Lourenço.

A coleta de dados será realizada através de entrevistas presenciais, e ou online, individuais com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos, cujo conteúdo será gravado, transcrito e posteriormente analisado. Ao concordar com o presente termo, você está autorizando a gravação de áudio, cujos arquivos e transcrição serão transcritos, analisados e armazenados em arquivos pessoais da pesquisadora e coordenadora da pesquisa.

**Em consonância com os objetivos desse projeto de preservar a história da Política de Saúde Mental do Município, solicita-se autorização para identificar seu nome, cargo ocupado bem como seus depoimentos e opiniões emitidas na coleta, na elaboração da dissertação e na produção de artigos e outros materiais decorrentes dessa pesquisa que forem publicados.**

Riscos: A participação na pesquisa oferece risco mínimo, como possível desconforto relacionado ao tempo de duração da entrevista ou desconforto quanto ao conteúdo abordado relacionado aos aspectos históricos, vivências junto a política de saúde mental, com a possibilidade de intercorrências como falta de luz, podendo, em caso de necessidade, ser reagendada. Caso ocorra qualquer desconforto os pesquisadores se responsabilizam em acolher a situação indicando atendimento específico na rede pública de saúde do município.

Os áudios/transcrições das entrevistas serão de acesso exclusivo dos/das pesquisadores/pesquisadoras envolvidos nesta pesquisa. **As suas informações de identificação e seus depoimentos e opiniões serão identificados e incluídos na dissertação, em relatórios, publicações e apresentação em eventos científicos que possam resultar da pesquisa.**

Benefícios: Os benefícios em participar da pesquisa se constituem em contribuir para o processo de proveito indireto e coletivo, durante ou posterior à pesquisa, por exemplo como contribuir com subsídios para o fortalecimento da Política de Saúde Mental do município.



Pretende-se realizar a devolução da pesquisa através de publicação de artigos científicos, relatórios científicos e apresentação dos resultados em eventos científicos.

O (a) Participante tem a liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo, antes, durante ou depois da realização da entrevista sem nenhum ônus ou constrangimento. O consentimento na participação do estudo não retira os direitos de indenização caso venha a sofrer algum dano, conforme previsto no Código Civil em vigência. **No processo de análise e posterior publicações dos resultados da pesquisa, será identificado o(a) Participante.**

Os materiais coletados ficarão armazenados sob a responsabilidade do pesquisador responsável no Núcleo de Pesquisa Trabalho, Saúde e Interesetorialidade/NETSI/PPGSS/PUCRS na Avenida, Ipiranga 6681, Prédio 8 - 4º andar pelo período de cinco anos.

Em caso de dúvidas e necessidade de mais informações sobre a pesquisa você poderá contatar com a pesquisadora responsável Dra. Prof. Maria Isabel Barros Bellini pelo telefone (55) 3320-4515 ou a mestranda Bárbara Domingues Nunes, como também ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo telefone (51) 3320.3345 localizado na Av Ipiranga 6681, sala 703 Prédio 50.

O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade, com a responsabilidade de garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Caso concorde em participar assinará as duas vias originais deste TCLE, ficando com uma cópia em seu poder, ou em caso de entrevista *online* o consentimento ficará gravado.

Sendo assim, pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que fui informado (a) sobre os objetivos deste estudo de maneira clara e detalhada e concordo em participar do mesmo. Fui igualmente informado (a) e esclarecido(a) sobre a garantia de poder retirar meu consentimento em participar da pesquisa, de retirar meu consentimento para que meus dados sejam identificados, de solicitar informações sobre este estudo pelos contatos acima indicados.

**Concordo e autorizo a identificação dos meus dados: nome, cargo profissional, depoimentos e opiniões emitidas na coleta, na elaboração da dissertação e na produção de artigos e outros materiais decorrentes dessa pesquisa que forem publicados divulgando e socializando os achados da mesma.**

Assinatura Participante: \_\_\_\_\_



Maria Isabel Barros Bellini

DocuSigned by:  
Bárbara Domingues Nunes  
3557D6245DB84C3...

Bárbara Domingues Nunes

**APÊNDICE E** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para gestores e trabalhadores não autorizando a identificação

Você está sendo convidada/convidado para participar da pesquisa intitulada **“O Protagonismo da Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul: memórias, vivências e resistências na Reforma Psiquiátrica”** que está sob a responsabilidade/coordenação do Prof. Dra. Maria Isabel Barros Bellini e da mestranda Bárbara Domingues Nunes e que tem como objetivo **resgatar a história, vivências e resistências da Política de Saúde mental de São Lourenço do Sul a partir da Reforma Psiquiátrica a fim de contribuir com a preservação de sua memória bem como no fortalecimento de suas conquistas.**

Informações sobre os procedimentos de pesquisa e participação na coleta:

Parte da coleta de dados ocorrerá por meio da realização de entrevista semi-estruturada com trabalhadores, gestores, usuário e familiar e ou cuidador de usuário da Política de Saúde Mental do município. A coleta de dados será realizada através de entrevistas presenciais, ou *online*, individuais com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos, cujo conteúdo será gravado, transcrito e posteriormente analisado. Ao concordar com o presente termo, você está autorizando a gravação de áudio, cujos arquivos e transcrição serão **desidentificados** e após armazenados em arquivos pessoais da pesquisadora e coordenadora da pesquisa.

Riscos: A participação na pesquisa oferece risco mínimo, como possível desconforto relacionado ao tempo de duração da entrevista ou desconforto quanto ao conteúdo abordado relacionado aos aspectos históricos, vivências junto a política de saúde mental, com a possibilidade de intercorrências como falta de luz, podendo, em caso de necessidade, ser reagendada. Caso ocorra qualquer desconforto os pesquisadores se responsabilizam em acolher a situação indicando atendimento específico na rede pública de saúde do município.

**Os áudios/transcrições das entrevistas serão de acesso exclusivo dos/das pesquisadores/pesquisadoras envolvidos nesta pesquisa. As informações serão desidentificadas e as falas não serão vinculadas aos participantes nos relatórios, publicações e apresentação em eventos científicos que possam resultar da pesquisa.**

Benefícios: Os benefícios em participar da pesquisa se constituem em contribuir para o processo de proveito indireto e coletivo, durante ou posterior à pesquisa, como contribuir com subsídios para fortalecimento da Política de Saúde Mental.

Pretende-se realizar a devolução da pesquisa através de publicação de artigos científicos, relatórios científicos e apresentação dos resultados em eventos científicos. O (a) Participante tem a liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo, antes, durante ou depois da realização da entrevista sem nenhum ônus ou constrangimento. O consentimento na participação do estudo não retira os direitos de indenização caso venha a sofrer algum dano, conforme previsto no Código Civil

em vigência. No processo de análise e posterior publicação da pesquisa, será identificado o(a) Participante.

Os materiais coletados ficarão armazenados sob a responsabilidade do pesquisador responsável no Núcleo de Pesquisa Trabalho, Saúde e Intersetorialidade/NETSI/PPGSS/PUCRS na Avenida, Ipiranga 6681, Prédio 8 - 4º andar pelo período de cinco anos. Em caso de dúvidas e necessidade de mais informações sobre a pesquisa você poderá contatar com a pesquisadora responsável Dra. Prof. Maria Isabel Barros Bellini pelo telefone (55) 3320-4515 ou a mestranda Bárbara Domingues Nunes, como também ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo telefone (51) 3320.3345 localizado na Av. Ipiranga 6681, sala 703 Prédio 50.

O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade, com a responsabilidade de garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações. Caso concorde em participar assinará as duas vias originais deste TCLE, ficando com uma cópia em seu poder, ou em entrevista *online*, o TCLE será lido e o consentimento será gravado e armazenado.

As entrevistas serão desidentificadas, será garantido **o anonimato bem como o sigilo, não sendo seu nome** divulgado e utilizado nos dados e resultados da pesquisa para elaboração de da dissertação, artigos e publicações na divulgação e socialização dos achados da pesquisa.

Sendo assim, pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que fui informado (a) sobre os objetivos deste estudo de maneira clara e detalhada e concordo em participar do mesmo. Fui igualmente informado (a) e esclarecido(a) sobre a garantia de poder retirar meu consentimento em participar da pesquisa, de solicitar informações sobre este estudo pelos contatos acima indicados.

Assinatura Participante: \_\_\_\_\_



Maria Isabel Barros Bellini

DocuSigned by:  
Bárbara Domingues Nunes  
3557D6245DB84C3...  
Bárbara Domingues Nunes

## APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Usuários e Familiar e ou Cuidador de Usuário

Você está sendo convidada/convidado para participar da pesquisa intitulada “O Protagonismo da Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul: memórias, vivências e resistências na Reforma Psiquiátrica” que está sob a responsabilidade/coordenação do Prof. Dra. Maria Isabel Barros Bellini e da mestrandia Bárbara Domingues Nunes e que tem como objetivo resgatar a história, vivências e resistências da Política de Saúde mental de São Lourenço do Sul a partir da Reforma Psiquiátrica a fim de contribuir com a preservação de sua memória bem como no fortalecimento de suas conquistas.

Informações sobre os procedimentos de pesquisa e participação na coleta:

Parte da coleta de dados ocorrerá por meio da realização de entrevista semi-estruturada com trabalhadores, gestores, usuário e familiar ou cuidador de usuário da Política de Saúde Mental do município. A coleta de dados será realizada através de entrevistas presenciais, ou *online*, individuais com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos, cujo conteúdo será gravado, transcrito e posteriormente analisado. Ao concordar com o presente termo, você está autorizando a gravação de áudio, cujos arquivos e transcrição serão **desidentificados** e armazenados em arquivos pessoais da pesquisadora e coordenadora da pesquisa.

Riscos: A participação na pesquisa oferece risco mínimo, como possível desconforto relacionado ao tempo de duração da entrevista ou desconforto quanto ao conteúdo abordado relacionado aos aspectos históricos, vivências junto a política de saúde mental, com a possibilidade de intercorrências como falta de luz, podendo, em caso de necessidade, ser reagendada. Caso ocorra qualquer desconforto os pesquisadores se responsabilizam em acolher a situação indicando atendimento específico na rede pública de saúde do município.

Benefícios: Os benefícios em participar da pesquisa se constituem em contribuir para o processo de proveito indireto e coletivo, durante ou posterior à pesquisa, por exemplo contribuir com subsídios para fortalecimento da Política de Saúde Mental.

Será garantido o anonimato e o sigilo dos seus dados na elaboração da dissertação e na produção de artigos e outros materiais decorrentes dessa pesquisa. E os nomes do usuário e familiar participante serão substituídos por letras do alfabeto ou nomes fictícios que poderão ser escolhidos pelos participantes garantindo no processo de análise e posterior publicação da pesquisa a desidentificação do(a) Participante. Será disponibilizado o Termo De Consentimento Livre E Esclarecido/TCLE em duas vias uma para o pesquisador, outra para o/a participante.

Em caso de entrevista *online* o TCLE será lido e a anuência será gravada e o TCLE enviado posteriormente aos participantes.

O (a) Participante tem a liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo, antes, durante ou depois da realização da entrevista sem nenhum ônus ou constrangimento. O consentimento na participação do estudo não retira os direitos de indenização caso venha a sofrer algum dano,

conforme previsto no Código Civil em vigência. Os materiais coletados ficarão desidentificados e armazenados sob a responsabilidade do pesquisador responsável no Núcleo de Pesquisa Trabalho, Saúde e Interesetorialidade/NETSI/PPGSS/PUCRS na Avenida, Ipiranga 6681, Prédio 8 - 4º andar pelo período de cinco anos. Em caso de dúvidas e necessidade de mais informações sobre a pesquisa você poderá contatar com a pesquisadora responsável Dra. Prof. Maria Isabel Barros Bellini pelo telefone (55) 3320-4515 ou a mestranda Bárbara Domingues Nunes, como também ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo telefone (51) 3320.3345 localizado na Av Ipiranga 6681, sala 703 Prédio 50.

As entrevistas serão desidentificadas, será garantido **o anonimato bem como o sigilo, não sendo seu nome** divulgado e utilizado nos dados e resultados da pesquisa para elaboração de da dissertação, artigos e publicações na divulgação e socialização dos achados da pesquisa.

Sendo assim, pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que fui informado (a) sobre os objetivos deste estudo de maneira clara e detalhada e concordo em participar do mesmo. Fui igualmente informado (a) e esclarecido(a) sobre a garantia de poder retirar meu consentimento em participar da pesquisa, de solicitar informações sobre este estudo pelos contatos acima indicados.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Assinatura Participante: \_\_\_\_\_



Maria Isabel Barros Bellini

DocuSigned by:  
Bárbara Domingues Nunes  
3557D6245DB84C3...

Bárbara Domingues Nunes

## APÊNDICE G – Comprovante recebimento documentos Secretaria Municipal de Saúde

**COMPROVANTE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS**

Eu Bárbara Domingues Nunes, mestranda, pesquisadora e orientanda da Prof. Dra. Maria Isabel Barros Bellini, pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS, responsável e coordenadora da pesquisa intitulada “O protagonismo da Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul: Memórias, Vivências e Resistências na Reforma psiquiátrica”. Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética da PUCRS através do parecer nº: 4.952.283. O projeto prevê além das entrevistas, a análise de documentos. Sendo assim, foram solicitamos **relatórios de gestão, planos municipais e projetos técnicos de 1990 até o período atual.**

Declaro \_\_\_\_\_ que recebi os seguintes documentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

entregues para análise pelo servidor: \_\_\_\_\_ na seguinte data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura servidor responsável pela entrega

\_\_\_\_\_  
Assinatura pesquisadora

**APÊNDICE H** – Comprovante recebimento documentos Conselho Municipal de Saúde**COMPROVANTE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS**

Eu Bárbara Domingues Nunes, mestranda, pesquisadora e orientanda da Prof. Dra. Maria Isabel Barros Bellini, pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS, responsável e coordenadora da pesquisa intitulada “O protagonismo da Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul: Memórias, Vivências e Resistências na Reforma psiquiátrica”. Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética da PUCRS através do parecer nº: 4.952.283.O projeto prevê além das entrevistas, a análise de documentos. Sendo assim, foram solicitamos **relatórios das conferências municipais de 1990 até o período atual.**

Declaro que recebi os seguintes documentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

entregues para análise pelo servidor: \_\_\_\_\_ na seguinte data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura servidor responsável pela entrega

\_\_\_\_\_  
Assinatura pesquisadora

ANEXO A – Documento de Aprovação da Comissão Científica



## SIPESQ

Sistema de Pesquisas da PUCRS

---

Código SIPESQ: 10537

Porto Alegre, 16 de agosto de 2021.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "A- O Protagonismo Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul: Memórias, Vivências e Resistências na Reforma Psiquiátrica.". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES

---



## ANEXO B – Documento de Aprovação do Comitê de Ética

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O Protagonismo Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul: Memórias, Vivências e Resistências na Reforma Psiquiátrica

**Pesquisador:** MARIA ISABEL BARROS BELLINI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51296221.9.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.952.283

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1812876.pdf, de 30/08/2021).

A pesquisa tem como objetivo resgatar a história, as vivências e as resistências da Política de Saúde mental de São Lourenço do Sul a partir da Reforma Psiquiátrica contribuindo com a preservação da sua memória ao fortalecer as suas conquistas. Trata-se de um Estudo de Caso com enfoque misto embasado no método materialista histórico dialético, cuja técnica de pesquisa contará com entrevista semiestruturada, análise de conteúdo e análise documental. Em relação ao tipo de pesquisa a mesma será documental, bibliográfica e com seres humanos. No que tange aos aspectos éticos, um TCLE direcionado aos gestores e trabalhadores, solicitará autorização para a identificação dos nomes e dados tanto no projeto como nas publicações posteriores, caso eles não autorizem a identificação, será utilizado outro TCLE que garantirá o anonimato. Outro TCLE, dirigido ao usuário e ao familiar e ou cuidador, garante o anonimato e a desidentificação. Pretende-se entrevistar dois gestores, dois profissionais e um usuário, tais participantes são protagonistas na construção histórica da Política de Saúde Mental em diferentes épocas. A pesquisa ora proposta possui profunda relevância e deve ser exaustivamente explorada, considerando a importância do histórico da Política de Saúde Mental no município de São Lourenço do Sul em prol do cuidado em liberdade.

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

**Bairro:** Partenon

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3320-3345

**Fax:** (51)3320-3345

**E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS

Continuação do Parecer: 4.952.283

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados cumprem adequadamente os requisitos exigidos pelo CEP-PUCRS.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012, Resolução n° 510 de 2016 e a Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa O Protagonismo Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul: Memórias, Vivências e Resistências na Reforma Psiquiátrica proposto pela pesquisadora MARIA ISABEL BARROS BELLINI com número de CAAE 51296221.9.0000.5336.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1812876.pdf	30/08/2021 17:55:06		Aceito
Outros	CV_PESQUISADORAS.pdf	30/08/2021 17:53:23	BÁRBARA DOMINGUES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/08/2021 16:45:23	BÁRBARA DOMINGUES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/08/2021 00:00:16	BÁRBARA DOMINGUES	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_encaminhamento.pdf	27/08/2021 22:54:27	BÁRBARA DOMINGUES NUNES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DOCUMENTO_unificado.pdf	23/08/2021 17:42:09	BÁRBARA DOMINGUES NUNES	Aceito
Declaração de concordância	termo_assinado_coordenador_saude_mental.pdf	22/08/2021 22:41:04	BÁRBARA DOMINGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_assinado_gestora_municipal.pdf	22/08/2021 22:40:52	BÁRBARA DOMINGUES NUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_TRABALHADORES_USUARIO_FAMILIAR_CUIDADOR.pdf	22/08/2021 22:18:51	BÁRBARA DOMINGUES NUNES	Aceito
Outros	Carta_aprovacao.pdf	22/08/2021 22:05:36	BÁRBARA DOMINGUES	Aceito

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703**Bairro:** Partenon**CEP:** 90.619-900**UF:** RS**Município:** PORTO ALEGRE**Telefone:** (51)3320-3345**Fax:** (51)3320-3345**E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 4.952.283

**Objetivo da Pesquisa:**

Resgatar a história, vivências e resistências da Política de Saúde mental de São Lourenço do Sul a partir da Reforma Psiquiátrica a fim de contribuir com a preservação de sua memória bem como no fortalecimento de suas conquistas.

- Identificar as oposições, desafios e obstáculos enfrentados na estruturação das premissas da RP na Política de Saúde Mental de São Lourenço do Sul;
- Identificar as forças aliadas (atores, instituições, movimentos) e as de oposição para a estruturação da Política de Saúde Mental do Município de São Lourenço do Sul desde a Reforma Psiquiátrica e quais permanecem.
- Conhecer as formas de estruturação, e as características da organização do trabalho na Política de Saúde Mental do Município de São Lourenço do Sul desde a Reforma Psiquiátrica aos dias atuais.
- Identificar estratégias e ações que possam contribuir/ subsidiar com a preservação da memória das lutas e conquistas da Reforma Psiquiátrica materializadas na Política de Saúde Mental do município• Analisar os elementos da conjuntura atual na relação com os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica,
- Fomentar a preservação da memória das lutas da Política de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A participação na pesquisa oferece risco mínimo, como possível desconforto relacionado ao tempo de duração da entrevista ou desconforto quanto ao conteúdo abordado relacionado aos aspectos históricos, vivências junto a política de saúde mental, com a possibilidade de intercorrências como falta de luz, podendo, em caso de necessidade, ser reagendada. Caso ocorra qualquer desconforto os pesquisadores se responsabilizam em acolher a situação indicando atendimento específico na rede pública de saúde do município.

Benefícios:

Os benefícios em participar da pesquisa se constituem em contribuir para o processo de proveito indireto e coletivo, durante ou posterior à pesquisa, por exemplo como contribuir com subsídios para o fortalecimento da Política de Saúde Mental do município.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto detalhado com metodologia bem definida.

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 4.952.283

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 03 de Setembro de 2021

---

**Assinado por:**

**Paulo Vinicius Sporleder de Souza**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

**Bairro:** Partenon

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3320-3345

**Fax:** (51)3320-3345

**E-mail:** cep@pucrs.br



## ANEXO C – E-mail CAPS Itapeva de São Paulo

16/09/2022 09:31

Gmail - pesquisa saúde mental



Bárbara Domingues <nunesbarbara1@gmail.com>

### pesquisa saúde mental

2 mensagens

**Bárbara Domingues** <nunesbarbara1@gmail.com>  
Para: capsitapeva@capsitapeva.spdm.org.br

14 de setembro de 2022 21:59

Meu nome é Bárbara Domingues Nunes, sou mestranda da PUCRS e estou pesquisando sobre Política de Saúde Mental e a criação dos primeiros CAPS no Brasil. Gostaria de solicitar informações se o CAPS Itapeva é vinculado a Secretaria Municipal de Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde. Algumas notícias e artigos falam na vinculação com a Secretaria Estadual, mas sendo possível prefiro confirmar a informação com vocês da equipe.

Desde já agradeço.

Atenciosamente,

Bárbara Domingues Nunes  
Assistente Social CRESS 9645- 10ª Região  
Secretaria de Desenvolvimento Social e Habitação- São Lourenço do Sul/RS  
Mestranda em Serviço Social - PPGSS/PUCRS- Bolsista CAPES/PROEX  
Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade - NETSI/PUCRS  
Especialista em Políticas e Intervenção em Violência Intrafamiliar  
Especialista em Gestão Social: Políticas Públicas, Redes e Defesa de Direitos  
Endereço Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1769080153334217>  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3599-9411>

**Cássia Garcia Gomes** <cassia.gomes@capsitapeva.spdm.org.br>  
Para: "nunesbarbara1@gmail.com" <nunesbarbara1@gmail.com>

15 de setembro de 2022 10:35

Bárbara, bom dia.

O CAPS Itapeva foi criado como um serviço estadual, e permanece assim até o momento. Existem discussões sobre a municipalização a alguns anos, e que estão acentuadas nos últimos meses, mas nenhuma mudança foi oficializada.

Para informações sobre a criação deste CAPS, a bibliografia de base é o livro "Clínica Da Psicose - Um Projeto Na Rede Pública" do Jairo Goldberg, em que ele narra a implantação do projeto, caso se interesse.

Att



**Cássia Garcia Gomes**

Assessor Técnico

Caps Itapeva

[cassia.gomes@capsitapeva.spdm.org.br](mailto:cassia.gomes@capsitapeva.spdm.org.br) | 3544-1807

Rua Itapeva, 700 - São Paulo - SP

**De:** Bárbara Domingues <nunesbarbara1@gmail.com>

**Enviado:** quarta-feira, 14 de setembro de 2022 21:59

**Para:** GD CAPS - capsitapeva <[capsitapeva@capsitapeva.spdm.org.br](mailto:capsitapeva@capsitapeva.spdm.org.br)>

**Assunto:** pesquisa saúde mental

**ANEXO D – Memorial ABRASME “retrocessos na atenção em saúde mental e drogas no Brasil”**

1.	Em dezembro de 2017 foram publicados a Resolução 32 e a Portaria no. 3.588 que alteram e incluem novos componentes na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), e, em conjunto com o Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Justiça, publicaram a Portaria Interministerial no. 2, que inicia um redesenho nas políticas de drogas.
2.	A Portaria n. 3588/2017 inclui os Hospitais Psiquiátricos na RAPS, aumento o valor das diárias de 15% para 20% nos leitos em Hospital Geral, garantem o financiamento somente a partir de 8 leitos e a criação do CAPS AD IV. Bem como, a desvinculação do número de leitos em relação ao quantitativo populacional
3.	No ano de 2018 publicam a Portaria nº 3.449/2018, do Ministério da Saúde que Institui um Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas
4.	A Portaria nº 2434 de 15/08/2018 que promove um aumento de 60% nas diárias pagas aos hospitais, para atendimento de pacientes internados por mais de 90 dias ou que são reinternados em intervalo menos de 30 dias (de R\$29,50 a R\$41,20 para R\$47,00 a R\$66,00).
5.	A Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018 que suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.
6.	A Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018, que publicou lista de estados e municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e não executaram o referido recurso.
7.	A Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, aprovada no Senado, sem aprofundamento do debate, desconsiderando emendas de comissões apresentadas, que acaba de retroceder décadas ao prescrever internações involuntárias como estratégia central no cuidado aos usuários de drogas.
8.	Os vetos presidenciais à Lei nº 13.840/2019 (aprovada no Senado sem que sua versão final acolhesse as contribuições oriundas de prolongado debate e pactuações em diversas comissões do congresso nacional nos últimos anos), que descaracteriza os órgãos fiscalizadores, a participação da sociedade e reduz os recursos/estratégias direcionados a inclusão social, trabalho e geração de renda;
9.	A Recomendação nº 03, de 14 de março de 2019, do Conselho Nacional de Direitos Humanos, enviada ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde, na qual recomenda ao Ministério da Saúde suspender a execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiaram a "Nova Política de Saúde Mental";
10.	A criação no Orçamento Federal o Programa: Rede de Suporte Social ao Dependente Químico - Cuidados, Prevenção e Reinserção Social e a Ação Orçamentária: Prevenção de Uso de Drogas - Cuidados e Reinserção Social de Pessoas e Famílias que têm Problemas com Álcool e Outras Drogas - classificação funcional programática 10.55101.14.422.5032.20r9.
11.	A Portaria nº 340, de 30 de março de 2020, que estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas. Não determinando o plano de contingência e nem impedindo que não ocorresse internações nas comunidades terapêuticas até o final do período de epidemia.
12.	A Portaria GM/MS n. 1325, de 18 de maio de 2020, que revoga a Portaria GM/MS n. 95/2014 e as respectivas referências na Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Após forte mobilização social, conseguimos a revogação por parte do Ministério da Saúde
13.	A Portaria Nº 69, de 14 de maio de 2020, do Ministério da Cidadania/Secretaria Especial do Desenvolvimento Social/Secretaria Nacional de Assistência Social que autoriza e estimula a utilização de comunidades terapêuticas para o acolhimento de população em situação de rua.
14.	A Resolução Nº 3, de 24 de julho de 2020 que regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Sem pactuação e aprovação no Conselho Nacional da Criança e do Adolescentes (CONANDA) e afrontando em diversos artigos o

	Estatuto da Criança e do Adolescentes.
15.	Portaria MC Nº 690, de 25 de outubro de 2021, que estabelece o Modelo de Plano Individual de Atendimento de Adolescentes - PIA e o Fluxograma de Acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas, em conformidade com a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 e com o disposto nos artigos 23-A, 23-B e 26-A da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, conforme redação dada pela Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.
16.	Lei Complementar Nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera as Leis nos 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos das Leis nos 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências.
17.	Portaria GM/MS Nº 596, de 22 de março de 2022 que revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. A portaria revoga o financiamento e incentivos financeiros voltados a estratégias de desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
18.	Edital de Chamamento Público Nº 03/2022, DE 28 de Março de 2022, edital de Chamamento Público visando à seleção de organização da sociedade civil que preste atendimento como hospital psiquiátrico, nas modalidades de internação, e/ou hospital-dia, e/ou ambulatório e/ou pronto atendimento, interessada em celebrar termo de colaboração que tenha por objeto a execução de projetos de cuidado, tratamento e/ou reinserção social de pessoas com problemas decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, em ambiente hospitalar
19.	Portaria GM/MS Nº 1.365, de 6 de junho de 2022, que habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC de Estados e Municípios.
20.	Decreto Nº 11.098, de 20 de junho de 2022, que Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Atingindo a estrutura e a contratualidade social da coordenação de Saúde Mental e de Atenção às Pessoas com Deficiência do Ministério da Saúde.
21.	Portaria Nº 375, de 5 de agosto de 2022, que atualiza no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o serviço especializado de Atenção Psicossocial, incluindo o Tratamento em Regime de Internação para Transtornos Mentais e Dependência Química. Fortalecendo os equipamentos e a lógica da centralidade da internação, invertendo as prioridades e dispositivos legais onde o tratamento e cuidado serão realizados prioritariamente em base territorial e comunitária.

Fonte: Adaptado de memorial ABRASME (2022).



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Graduação  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [prograd@pucrs.br](mailto:prograd@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br](http://www.pucrs.br)