



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

AMANDA SOUSA ALVES

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O MOVIMENTO DE LUTA
ANTIMANICOMIAL - AVANÇOS E DESAFIOS ATUAIS**

**CAMPINA GRANDE-PB
2023**

AMANDA SOUSA ALVES

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O MOVIMENTO DE LUTA
ANTIMANICOMIAL - AVANÇOS E DESAFIOS ATUAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Coordenação
/Departamento do Curso de Serviço Social
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de bacharel em Serviço Social.

Orientador(a): **Prof. Dr. Tereza Cristina Ribeiro da Costa**

**CAMPINA GRANDE-PB
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A474r Alves, Amanda Sousa.

A reforma psiquiátrica no
Brasil e o movimento de luta antimanicomial - avanços e desafios
atuais. [manuscrito] / Amanda Sousa Alves. - 2023.
29 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de
Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da
Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2023.

"Orientação : Profa. Dra.
Tereza Cristina Ribeiro da Costa, Departamento de Serviço Social
- CCSA. "

1. Antimanicomial . 2.
Reforma psiquiátrica . 3. Saúde mental. I. Título

1. ed. CDD 362.1

AMANDA SOUSA ALVES

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O MOVIMENTO DE LUTA
ANTIMANICOMIAL - AVANÇOS E DESAFIOS ATUAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso
(Artigo) apresentado a/ao Coordenação
/Departamento do Curso de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de bacharel em
Serviço Social.**

Aprovada em: 19/06/2023.

BANCA EXAMINADORA

Tereza Cristina Ribeiro da Costa

**Prof. Dr. Tereza Cristina Ribeiro da Costa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)**

Thaís Simplicio Carneiro Matias

**Prof. Dr. Thaís Simplicio Carneiro Matias
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)**

Maria do Socorro Pontes de Souza

**Prof. Me. Maria do Socorro Pontes de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS Ações Integradas de Saúde

ATSM-AD Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNSM Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASP Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

CTS Comunidades Terapêuticas

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DINSAM Divisão Nacional de Saúde Mental

ENMLAM Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MNLA Movimento Nacional Luta Antimanicomial

MTSM Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

MPAS Ministérios da Previdência de Assistência Social

MS Ministério da Saúde

NAPS Núcleo de Acompanhamento Psicossocial

OS Organização Social

PNSH Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RENILA Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL - REVISÃO HISTÓRICA	8
2.1 A institucionalização da loucura no Brasil – a partir da chegada da família real.....	8
2.2 O avanço da institucionalização na ditadura Militar.....	8
2.3 A Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial no Brasil....	9
2.4 Reforma Psiquiátrica - construção de um aparato legal.....	10
3 O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL.....	12
4 O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL HOJE - DESAFIOS E PERCALÇOS EM UM CENÁRIO ADVERSO.....	16
4.1 O governo Dilma e a política de saúde mental.....	16
4.2 Ocupa Fora Valencius.....	17
4.3 A luta Antimanicomial no governo Temer e Bolsonaro.....	17
4.4 Os atuais desafios da luta antimanicomial.....	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
6 REFERÊNCIAS.....	24

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL - AVANÇOS E DESAFIOS ATUAIS

Amanda Sousa Alves¹

RESUMO

As mudanças da saúde mental no Brasil são resultados de lutas dos movimentos que buscam a transformação do lugar social da loucura, esse processo é denominado de Reforma Psiquiátrica. Iniciado por meio do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, que em 1987 com o lema "Por uma sociedade sem manicômios" chama atenção de toda sociedade para a questão da loucura e para a responsabilidade de transformar a realidade dos usuários com sofrimento mental. Desta forma o MTSM se transforma no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial - MNLA, que passa agregar além dos trabalhadores da saúde mental os usuários e familiares, buscando romper com o modelo manicomial e reivindicar uma Reforma Psiquiátrica transformadora da realidade. Considerando os avanços da saúde mental no Brasil envolvendo as intervenções do MNLA como principal sujeito que luta por essas transformações, esse trabalho teve como objetivo a análise desses avanços, assim como apontar para os desafios históricos e atuais do Movimento. Por fim, entendemos que o processo da Reforma Psiquiátrica ainda tem um longo caminho a ser seguido apesar dos avanços, esse processo só será possível com a transformação social do lugar destinado à loucura, e o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial tem um importante papel nesse processo da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Avanços. Desafios. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The changes in mental health in Brazil are the result of struggles by movements that seek to transform the social place of madness, this process is called Psychiatric Reform. Initiated by the Movement of Workers in Mental Health - MTSM, which in 1987 with the motto "For a society without asylums" calls the attention of the whole society to the issue of madness and to the responsibility of transforming the reality of users with suffering mental. In this way, the MTSM becomes the Movimento Nacional de Luta Anti-Asylum - MNLA, which starts to add, in addition to mental health workers, users and their families, seeking to break with the asylum model and claim a Psychiatric Reform that transforms reality. Considering the advances in mental health in Brazil involving the interventions of the MNLA as the main subject that fights for these evolved, this work aimed to analyze these advances, as well as to find for the historical and current challenges of the Movement. Finally, we understand that the Psychiatric Reform process still has a long way to go despite the advances, this process will only be possible with the social transformation of the place destined for madness, and the Movimento Nacional de Luta Anti-Asylum plays an important role in this process of psychiatric reform.

Keywords: Advances. Challenges. Psychiatric Reform.

¹ Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus I.
E-mail: amandasousaalves13@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

No Brasil o processo da Reforma Psiquiátrica tem apresentado vários caminhos, marcados por avanços e retrocessos na luta pela transformação da relação da sociedade com a loucura e suas instituições (AMARANTE, 2007).

O campo da saúde mental vem sofrendo importantes mudanças por meio da Reforma Psiquiátrica, que tem por objetivo um novo modelo de cuidados substitutivo ao modelo asilar.

Todos esses processos lutam pela transformação do lugar social da loucura.

A motivação e aproximação pelo tema do trabalho surgiu a partir da inserção no campo de estágio no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande - PB, a princípio o trabalho seria sobre o Suicídio e o Serviço Social, devido a alta demanda de pacientes com sofrimento mental que presenciei durante o estágio, mas ao iniciar os estudos sobre a Reforma Psiquiátrica me identifiquei com a temática dos Movimentos Sociais na saúde mental, em especial o Movimento de Luta Antimanicomial.

No Brasil, o processo pela mudança do modelo psiquiátrico iniciou no final da década de 1970, inicialmente por trabalhadores de saúde mental e logo depois unidos a outros sujeitos sociais.

Em 1987 foi fundado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, o movimento que chama atenção da sociedade para as instituições psiquiátricas com lema "Por uma sociedade sem manicômios". O dia 18 de maio foi instituído pelo movimento como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, instigando todo país a refletir sobre o tema da loucura (AMARANTE, 2007).

Além da luta pelo fim dos serviços manicomiais é necessário também a desconstrução da mentalidade manicomial, como o desenvolvimento nos serviços de saúde mental. As pessoas com sofrimentos mentais precisam ocupar novos lugares na sociedade e produzir novas relações sociais.

O presente artigo tem por objetivo refletir sobre a Política de Saúde Mental no Brasil, a partir do processo de luta da Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial, assim como seus avanços e desafios.

Para estruturação e desenvolvimento desse trabalho, utilizamos a pesquisa bibliográfica, a partir das leituras dos principais autores que abordam a temática, como Amarante (2003), Vasconcelos (2010), Arbex (2013), entre outros.

O estudo encontra-se dividido em três itens: O primeiro item sobre história da institucionalização, com sub-itens abordando os temas sobre como surgiu a saúde mental no Brasil e como a loucura vem ser objeto de intervenção por parte do estado, o surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e o início da Reforma Psiquiátrica.

No segundo item foi abordado sobre o Movimento de Luta Antimanicomial, sua trajetória e luta, que mesmo sem financiamentos e diante de dificuldades permaneceu com ações cruciais, gerando impactos positivos na sociedade brasileira e no processo da Reforma Psiquiátrica.

O terceiro e último sobre a Luta Antimanicomial na atualidade, suas demandas, percalços e desafios, retratando os impactos da força política conservadora para o MNLA e os riscos que o Movimento sofre na atualidade.

Por fim foi apresentado a conclusão e bibliografias utilizadas.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL - REVISÃO HISTÓRICA

2.1 A institucionalização da loucura no Brasil – a partir da chegada da família real

A discussão sobre a necessidade de intervenção na Saúde mental surge no Brasil com a chegada da família Real em 1808, esse acontecimento gera a necessidade de mudança, ocorre um aceleração da urbanização inclusive de dinamismo econômico em toda sociedade, resultando em transformações importantes nos hábitos, costumes e na vida cotidiana da Colônia, que abrange um crescimento econômico, demográfico e político. Até então, algumas pessoas acometidas com algum sofrimento psíquico conviviam com suas famílias, outras vagavam pelas ruas, porém com o aumento da urbanização, se percebe sanções aos que vagam pelas ruas, muitos eram presos por vagabundagem e outros eram levados a alas específicas das Santa Casa de Misericórdia. Assim, algumas famílias passaram a deixá-los em casa, outras vão entregar as instituições religiosas, mesmo assim, aumentou muito o número dos que passaram a vagar pelas cidades, incomodando, sendo apontado a necessidade de tirar os loucos das ruas, seguindo o exemplo francês (ALENCAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2022). Nessa situação, podemos concordar que:

A loucura só vem a ser objeto de intervenção por parte do Estado no início do século XIX, com a chegada da Família Real ao Brasil, depois de ter sido socialmente ignorada por quase trezentos anos. Nesse período de modernização e consolidação da nação brasileira como um país independente, passa-se a ver os loucos como “resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública”. Aos loucos que apresentassem comportamento agressivo não mais se permitia continuar vagando nas ruas, principalmente quando sua situação socioeconômica era desfavorável [...]. (PASSOS, 2009)

Em 1830 surge no Brasil um movimento criado por médicos higienistas, que reivindicavam a assistência às pessoas com doenças mentais, esse movimento surge no estado do Rio de Janeiro, a maior de suas propostas era a construção de hospícios (COSTAS, 1980).

Diante deste contexto de modernização, é assinado em 1841 pelo próprio imperador D. Pedro II o decreto do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil. O hospital levou seu nome, o Hospício D. Pedro II, sua inauguração ocorreu em dezembro de 1852. A criação do Hospício D. Pedro II foi um marco no início do processo de institucionalização da loucura no Brasil, bem como da psiquiatria brasileira e da intervenção do Estado na loucura (ALENCAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2022).

Anos após a criação do hospital D. Pedro II, surgem também, espaços psiquiátricos chamados de Colônia. A primeira colônia brasileira foi chamada de colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita no estado do Rio de Janeiro no final do século XIX. Em São Paulo, as primeiras colônias foram do Juqueri e a de Vargem Alegre (AMARANTE, 1994).

2.2O avanço da institucionalização na ditadura Militar

O Decreto - Lei 8.550 autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional, o mesmo surge em 3 de Janeiro de 1946 (PAULIN; TURATO, 2004).

Os acordos são referentes a construção, instalação e funcionamento dos hospitais assim como também os serviços psiquiátricos nos Estados, fica sendo papel do Estado fornecer terreno para as edificações, incluindo despesas para a construção e funcionamento dos hospitais. As bases do acordo foram aprovadas pelo Presidente da República (BRASIL, 1946, Art. 2º).

Após o surgimento do decreto Nº 8550 ocorre uma expansão em todos os hospitais psiquiátricos do país (PAULIN; TURATO, 2004).

As pessoas que eram internadas no hospital psiquiátrico nem sempre tinham alguma doença mental, as internações ocorriam com quem tivesse crenças diferentes das cristãs, homossexuais, mulheres que optassem por abortar e qualquer pessoa que fosse julgada a ser "escondida" (ARBEX, 2013).

Entre 1968 e 1974 aconteceu o período de maior repressão que ficou conhecido como "anos de chumbo". Qualquer pessoa que fosse capaz de denunciar o regime ditatorial era perseguida, entre eles estão principalmente os artistas e jornalistas, entre as denúncias estão as barbáries que ocorriam dentro dos hospitais psiquiátricos (SOARES, 1994).

No período ditatorial era muito comum os hospitais privados receberem financiamento estatal, no Brasil ainda não existia um sistema de saúde, o manicômio de Paracambi uma unidade particular, possuía o projeto inicial com 400 leitos porém o hospital chegou a ter dois mil leitos ocupados (FONTE, 2012).

O hospital Colônia, maior hospício do Brasil localizado na cidade mineira de Barbacena chegou a ter cinco mil internos e se estima 60 mil mortes durante o período de funcionamento, os internos não tinham condições de saúde ou higiene, era comum a alta lucratividade, inclusive, com a morte dos pacientes, entre 1969 e 1980 cerca de 1.853 corpos foram vendidos para dezessete faculdades de medicina, quando ocorreu o excesso de corpos os mesmos foram decompostos em ácido no pátio do hospício e as ossadas foram comercializadas (ARBEX, 2013).

Rapidamente a saúde mental passou a ser algo lucrativo, os hospícios eram parte importante para a economia. Apenas na década de 1970 que se iniciou a discussão sobre a humanização do tratamento dos doentes mentais (FONTE, 2012).

2.3A Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial no Brasil

No Brasil a Reforma Psiquiátrica tem início nos anos 70, é um processo que envolve todo meio social seja ele nos diversos territórios, governos, universidades e profissionais da área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) teve início no ano de 1978, quando os profissionais de quatro unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), iniciaram uma greve que manteve uma repercussão de oito meses na grande imprensa nacional (AMARANTE, 1995).

Os médicos psiquiatras tornaram pública as condições precárias dos hospitais psiquiátricos, tais como agressão, estupro, mortes não esclarecidas, incluindo péssimas condições de trabalho (AMARANTE, 1995).

Para Amarante (1995) a greve da Dinsam foi o estopim para o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

O segundo congresso nacional ocorreu em dezembro de 1987 em Bauru. Nesse congresso acontece uma importante transformação, o MTSM passa a ter a participação de usuários e familiares. Buscando esclarecer o papel em relação ao hospital psiquiátrico é adotado pelo congresso o lema "Por uma sociedade sem manicômios". É a partir daí que nasce o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

(MNLA), sendo fruto da luta do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (AMARANTE, 2011).

A Carta de Bauru foi desenvolvida no segundo congresso nacional no ano de 1987 e mudou os rumos da luta antimanicomial no país, a mesma tem como objetivo o fim dos manicômios e marca um novo e importante momento de luta contra a discriminação (GOFFMAN, 1974).

A Carta denuncia uma realidade cruel do que acontecia dentro dos manicômios. Através de um trecho retirado do original (Manifesto de Bauru, 1987), identificamos o que pretendia ser expressado:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Trecho do Manifesto de Bauru, 1987).

Ainda no ano de 1987 acontece a primeira conferência de saúde mental, que ocorre no estado do Rio de Janeiro e também surgem os primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil. Este período representa um marco importante de intervenção ao hospital psiquiátrico, a reforma dos hospitais psiquiátricos não é apenas necessária mas também possível (AMARANTE, 2011).

No cenário do movimento Sanitário onde o mesmo buscava a saúde como direito de toda população e do Movimento Antimanicomial, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS) sendo fruto de suas lutas e reivindicações. A Constituição Federal de 1988, referente ao Sistema Único de Saúde (SUS, Lei nº. 8080/90) O SUS vai garantir a saúde como direito a toda população do Brasil (AMARANTE, 2018).

2.4 Reforma Psiquiátrica - construção de um aparato legal

Em setembro de 1989 surge o projeto de Lei nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, que defendia a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais (DELGADO, 1989).

Assim foi colocado em questão pelo deputado a necessidade da extinção dos manicômios e a criação de novas redes de serviços substitutivas. Apesar de ter surgido em um momento propício para mudança, o projeto de Lei enfrentou diversas dificuldades até sua aprovação. O projeto tramitou pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal durante o período de doze anos, sendo aprovado na câmara dos deputados em 1991 porém no Senado Federal foi rejeitado.

No ano de 2001 foi apresentado um substitutivo e sancionado pelo presidente da República em 6 de abril como a Lei 10.216/01. Da apresentação do Projeto de Lei até a sua aprovação ocorreu diversas mudanças, o projeto inicial propôs a extinção dos manicômios, tendo como principal proposta a substituição do modelo manicomial, a lei aprovada, estabelece sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. Mesmo assim foi um avanço considerável no modelo assistencial e ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. Um ponto importante da Lei 10.216/01 é a inserção do Ministério Público Estadual, que deve ser comunicado em todas as internações involuntárias dentro do prazo de 72 horas (AMARANTE, 2011).

Em meio ao processo de criação do apartado legal, em 2002 é instituído o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNSH/Psiquiatria/2002)

que deu início a um processo sistemático de avaliação dos hospitais psiquiátricos no Brasil, públicos ou privados conveniados com o SUS. O PNASH - psiquiatria possibilitou a identificação de situações desumanas, descasos, situações que não condizem com o cuidado em saúde e, a partir daí descredenciou vários hospitais, resultando em fechamento de leitos. Dessa forma, as fiscalizações e intervenções em diversos hospitais psiquiátricos onde ocorriam violações dos direitos humanos dos pacientes resultaram em muitos casos, em fechamento dos mesmos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Na década de 1990 passa a entrar em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, também são fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS, ainda neste mesmo ano são aprovadas as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

Neste contexto surge no Brasil a Lei Federal nº 10.708, de julho de 2003, fundando o Programa De Volta para Casa, que oferece um auxílio financeiro a paciente com no mínimo dois anos de internações nos hospitais psiquiátricos a voltar para sua família (Ministério da Saúde, 2003).

Nesse período outras Portarias importantes foram a nº106 do ano 2000 onde estabelece as residências terapêuticas e a nº 336, do ano de 2002 que propõe os novos serviços e amplia a complexidade dos CAPS (Ministério da Saúde, 2002).

Os CAPS são fundamentais para a organização da rede comunitária de cuidados, direcionando as políticas e programas de Saúde Mental de acordo com a portaria nº 3088 RAPS - Rede de Atenção Psicossocial (Ministério da Saúde, 2011).

Criada em 23 de dezembro de 2011 a RAPS atende aos princípios da Reforma Psiquiátrica e às diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS). Tem por objetivo oferecer um atendimento integral e humanizado às pessoas com sofrimento mental e com uso de drogas em seu território (Ministério da Saúde, 2011).

Os CAPS irão estabelecer várias modalidades: Os Caps I, atende cidades e regiões entre 20.000 e 70.000 habitantes, fornece atendimento a todas as faixas etárias; o Caps II atende adultos a partir 18 anos, atende cidades e regiões entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, em cidades ou regiões acima de 200 mil habitantes; o Caps I II é especializado em atendimento a crianças e adolescentes, incluindo uso de substâncias psicoativas, atende cidades ou regiões com cerca de 200.000 habitantes; o Caps AD é direcionado para atendimento aos usuários com transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com mais de 70.000 habitantes; CAPS ad II atende pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas, em cidades ou regiões com mais de 70.000 habitantes; o Caps AD III funciona 24 horas para atendimento a usuários com uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com mais de 200.000 habitantes; CAPS i: atende crianças e adolescentes que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, em cidades ou regiões acima de 150.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2022).

É importante ressaltar que os usuários que permanecerem por mais de 4 horas nessas instituições, devem receber uma refeição diária (Amarante, 2007).

Neste contexto merece destaque também a portaria nº 130, criada em 26 de janeiro de 2012, tem objetivo de fornecer atenção contínua às pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, 24 horas por dia em todos os dias da semana, incluindo finais de semanas e feriados (Ministério da Saúde, 2011).

3 O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL

No Brasil os primeiros movimentos pela transformação da Saúde Mental foram iniciados na década de 1970, Amarante (1995) explica esse processo da Reforma Psiquiátrica em três momentos, a trajetória alternativa, a sanitarista e a de desinstitucionalização.

A trajetória alternativa iniciou-se através dos movimentos populares dos setores de saúde, com reivindicações e manifestações. Este período teve como marco a oposição às organizações de poder e as políticas sociais e econômicas, incluindo o sistema nacional de psiquiatria (AMARANTE, 1995).

Nesse período aconteceu a "crise" da Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM/MS. Em abril de 1978 no Rio de Janeiro, os profissionais de quatro unidades da DINSAM fizeram uma greve que gerou repercussão durante oito meses, segundo Amarante (1995) a greve foi o estopim para o nascimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 1995).

A crise da DINSAM teve grandes repercussões devido que envolveu entidades influentes no cenário nacional, como OAB, ABI, CNBB, entre outras. A partir de uma carta enviada ao Ministério da Saúde ocorreu a demissão de 260 profissionais, iniciando um processo de novas denúncias e manifestações durante meses. É nesse cenário de luta contra a violência psiquiátrica e pelos direitos humanos que segundo Amarante (2018) se institui o ator social mais importante no processo da reforma psiquiátrica (AMARANTE, NUNES, 2018).

E logo após o fortalecimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental conquistou um importante espaço de expressão no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que ocorreu em Camboriú (SC) e o Primeiro Simpósio Sobre Políticas Grupos e Instituições que aconteceu no Copacabana Palace. Em 1978 o MTSM organizou Comissões de Saúde Mental por meio do CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, nos estados onde a entidade era mais presente (RJ, SP, MG, BA) (AMARANTE, NUNES, 2018).

No ano seguinte, 1979 ocorreu o Primeiro Congresso de Saúde Mental na cidade de São Paulo, organizado pelo MTSM mesmo sem financiamentos, mostrando sua força e vigor.

A trajetória Sanitarista foi iniciada na década de 1980 onde o período vivenciado era de crise, a rede assistencial sofria um sucateamento. O estado não investia na rede pública e comprava serviços psiquiátricos do setor privado, este período foi denominado pelo médico Carlos Gentile de Melo de "indústria da loucura". Nessa trajetória parte dos militantes do movimento sanitário e do movimento antimanicomial foram incorporados ao aparelho do estado (AMARANTE, 2018).

Um marco dessa trajetória sanitarista foi a co-gestão organizada entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS) em relação a "frear as distorções acarretadas pelo modelo privatizante e curativista da Previdência Social" (AMARANTE, 1997).

A criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) em 1981, foi uma grande medida adotada durante a trajetória, onde por meio do projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS) permitiu a racionalização do sistema, a descentralização e articulação dos serviços públicos incluindo a ampliação da rede de assistência e a restituição do modelo assistencial privatizante. O plano da Conasp permite que a assistência psiquiátrica seja reestruturada de acordo com as reivindicações do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que estava à frente durante essas experiências (AMARANTE 1997).

A trajetória da desinstitucionalização se iniciou com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu no Rio de Janeiro de 25 a 28 de junho de 1987, foi um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Aconteceu em meio a muitas dificuldades devido que o setor de Saúde Mental do MS não era a favor das ideias a da participação na construção de políticas públicas. A participação do MTSM foi fundamental para sua realização (AMARANTE, 2018). Sua principal característica foi a construção de um novo projeto para a saúde mental. Segundo Amarante (1995) esse evento atribuiu ao cenário de saúde mental novos atores, os loucos. Que por meio da participação em associações de familiares e usuários, começaram uma trajetória na luta pela reforma psiquiátrica.

Em dezembro de 1987 em Bauru ocorre o segundo congresso nacional dos trabalhadores da Saúde Mental, onde é adotado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Que facilitou o surgimento de um movimento mais amplo, é a partir daí que nasce o movimento da luta Antimanicomial (AMARANTE, 2011). Que de acordo com Lobosque (2001) significa:

Movimento – não um partido, uma nova instituição e entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; Nacional – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; Luta – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão os poderes e privilégios; Antimanicomial – uma posição clara escolhida, justamente como a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios (LOBOSQUE, 2001 p. 102).

No segundo congresso nacional do MTSM foram geradas várias discussões a respeito do fim dos manicômios e da indústria da loucura, e foi declarado o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 2011).

O movimento de luta Antimanicomial busca a transformação das práticas e concepções sobre a loucura em nosso país, ou seja, romper com o modelo manicomial significa para o movimento muito mais do que o fim do hospital psiquiátrico, é necessário uma cidadania ativa e efetiva para todos aqueles que estão excluídos da sociedade (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006).

O Manifesto de Bauru é o documento da fundação do Movimento Antimanicomial, que segundo Gadelha (2012) foi um marco sobre a afirmação do laço social entre os profissionais e a sociedade na luta da questão da loucura e suas formas de tratamento, estabelecendo-se enquanto movimento social e sindical, buscando uma reforma sanitária democrática e popular.

É apontado na Carta de Bauru (1997) que sua luta não é por uma reforma que mantenha o modelo manicomial, mas sim por um rompimento com a mercantilização da doença, lutando a favor dos direitos dos que possuem sofrimento mental, como é citado no trecho:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (CARTA DE BAURU - 1997).

Segundo Amarante (1997;2003) o lema "Por uma sociedade sem manicômios" que foi definido em Bauru trouxe duas importantes rupturas para o processo da reforma psiquiátrica, sendo elas política e epistemológica. A ruptura política, referente a participação de outras pessoas no movimento que antes era destinado aos profissionais da saúde mental, e a segunda ruptura epistemológica se dá pela concepção de um novo processo como uma revolução sociocultural e a construção de um novo lugar social para o louco.

Através do Manifesto, o processo pela Reforma Psiquiátrica conseguiu a desmontagem do modelo assistencial, onde as instituições utilizavam a psiquiatria para isolar e anular os sujeitos da modalidade social. O movimento em nível nacional concedeu abertura para os debates sobre a loucura em direção à ruptura (AMARANTE 1992).

Segundo Lúchmann e Rodrigues (2007) A criação do MNLA significa uma renovação com o movimento dos trabalhadores, um afastamento do estado e aproximação com as entidades representativas dos usuários e familiares.

O I Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (I ENMLAM) ocorreu em 1993, na cidade de Salvador - BA. Nesse encontro foi realizada a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental. De acordo com relatório Final do I Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial:

O movimento da luta antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie dessa luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento (MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993).

Apesar do Movimento de Luta Antimanicomial ser um movimento importante para a saúde mental, surgiram diferenças e disputas no interior do próprio movimento. Segundo Lobosque (2001), as discussões que ocorreram no V Encontro Nacional do MLA atingiram o limite do insuportável, devido que o número de participantes cresceu e sua preparação e formação política emana pobreza de debates sem reflexão.

Lúchmann e Rodrigues (2006) explicaram os conflitos que acabaram gerando a ruptura do grupo durante o V encontro:

Tendo em vista os conflitos e impasses entre os impasses, destaca-se: a constituição de um colegiado nacional com dois representantes de cada Estado, o espaçamento dos encontros de dois para três anos, a continuidade dos encontros de usuários e familiares, também para três anos, e a realização de feiras culturais, nos espaços vagos, para pessoas a fim de conhecer e participar das atividades do movimento - o encontro terminou sem que se conseguissem deliberar a composição da próxima Secretaria Executiva Nacional e os representantes para a Comissão Intersetorial de Saúde Mental. (Lúchmann e Rodrigues (2006) p.404)

Devido a esses conflitos e inconclusão houve duas plenárias nacionais que acabou resultando em um desmembramento de alguns membros do MNLA ocasionando um "racha" no movimento, que resultou em março de 2003 na formação da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA (Lúchmann e Rodrigues, 2006).

Sobre a formação do movimento interno do Movimento Antimanicomial, Amarante e Diaz (2012) ressaltam que a RENILA:

Se legítima na eficácia da ação política dentro dos conselhos de política social e do aparato do Estado”, através de “uma organização política centralizada, profissional e ágil, baseada nos recursos administrativos e políticos das organizações corporativas/sindicais dos profissionais de saúde, e de gestores mais comprometidos com esse movimento”; enquanto que, o MNLA “vem direcionando sua prática política para uma organização de base mais ampla e uma posição de progressiva autonomização dos usuários e familiares, pleiteando um afastamento dos técnicos (AMARANTE, DIAZ, 2012, p.88).

O MLA é um importante movimento social que busca transformar as condições da loucura na nossa sociedade e suas ações geram impactos positivos na sociedade brasileira. Segundo Amarante e Costa (2012) o MNLA representa um papel fundamental para a reforma Psiquiátrica, pois realiza intervenções importantes e fundamentais em todo processo da reforma, durante o dia 18 de maio diversas cidades realizam atividades com objetivo de conscientização sobre a questão da loucura e da violência na psiquiatria.

Segundo Amarante (2007) o MNLA foi o primeiro a considerar intervenção cultural e provocar o imaginário social sobre o tema da loucura, reconhecendo a importância da cultura para transformar a realidade dos doentes mentais e dos hospitais psiquiátricos.

Em dezembro de 2004 o RENILA realizou o seu primeiro encontro nacional no estado do Ceará (CE). No qual foi apresentado o manifesto onde contém os seus princípios e suas diretrizes da coordenação (OBSERVATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS, 2012).

Em 2009 aconteceu a Marcha dos Usuários na cidade de Brasília (DF), onde aconteceram atividades político-culturais em defesa da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, organizada pela RENILA (BARBOSA, COSTA, MORENO, 2012,).

Durante a organização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, surgiu a Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo no ano de 2011. Vários movimentos e organizações surgiram e organizaram a Plenária Estadual de Saúde Mental. Devido aos ataques direcionados ao Sistema Único de Saúde, foi necessário atividades entre os movimentos antimanicomiais com objetivo de defender a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e o SUS (CARTA DA FRENTE ESTADUAL ANTIMANICOMIAL, 2012).

A Frente Nacional pela Cidadania Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas, surgiu em fevereiro de 2012 organizada por entidades e movimentos, ressaltando o descaso do Ministério da Saúde com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e em defesa do SUS (ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS, 2012).

Ainda no ano de 2012 em maio na cidade São Paulo, ocorreu um ato intitulado "Ocupe a Assembleia Legislativa" que propôs a criação de uma Frente Parlamentar Antimanicomial, que inclui os seguintes princípios: ser contra às iniciativas emanadas do poder legislativo e a todos os ataques às conquistas da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, apresentar projetos de lei que respeitem os princípios do SUS e da Lei 10.216; e realizar eventos públicos, visando motivar a sociedade civil em relação a saúde mental (CARTA DA FRENTE ESTADUAL ANTIMANICOMIAL, 2012).

4 O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL HOJE - DESAFIOS E PERCALÇOS EM UM CENÁRIO ADVERSO

4.1 O governo Dilma e a política de saúde mental

O governo Lula teve como marco a expansão da rede substitutiva – foram criados 1.592 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS - até 2010, em todo território nacional. O Primeiro governo Dilma (2011-2016), segue a linha de ampliação dos serviços, mas já sofre mais pressão diante do apelo midiático da questão das drogas no país. Nesse mesmo tempo, percebe-se, inclusive na aprovação da Portaria da RAPS bem como, de uma série de novas medidas que vão expressar a preocupação com a questão do álcool e outras drogas.

No governo Dilma, a política passa a conviver com a judicialização da questão de Álcool e outras drogas e a pressão para as comunidades terapêuticas participarem do fundo público, diante da suposta “epidemia do crack”, esse cenário aponta para um tensionamento no processo da Reforma Psiquiátrica e uma preocupação com a violação de direitos humanos. Vasconcelos (2012) desenvolve o tema com detalhes, onde explica as mudanças no campo da saúde mental e apesar dos problemas estruturais das duas últimas décadas, o crescimento do discurso sobre uma suposta epidemia do crack no País tem efeitos destrutivos em pouco espaço de tempo, tanto para os usuários, quanto para suas famílias e, também, chama atenção da mídia, com alta visibilidade. Isso incentivou o apoio político à internação compulsória em massa e, indiretamente, do próprio Governo Dilma, que evitou confronto com as forças políticas conservadoras e assumiu uma postura conciliadora em relação ao enfrentamento da suposta epidemia do Crack (VASCONCELOS, 2012).

Os setores conservadores vinham alertando sobre a problemática do uso de drogas, em especial o crack, em localidades com população em condições degradantes de vida, a imprensa retratou como "epidemia social". Sob a retórica da “epidemia do crack” é criada uma coalizão parlamentar que reuniu mais de 200 parlamentares, a maioria ligados a Comunidades Terapêuticas - CTs, incluindo também parlamentares aliados do governo Dilma, buscando o enfrentamento da questão e a também garantir a governabilidade do governo (ALBRECHT, 2022).

Em dezembro de 2011 surgiu o programa "Crack, é possível vencer!", onde o mesmo já foi apresentado com forte aspecto ideológico, atendendo a necessidade da mídia e do conservadorismo religioso. Também foi lançada uma portaria ministerial (BRASIL, 2011), de responsabilidade da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas - ATSM-AD, reconhecendo as Comunidades Terapêuticas - CTs como pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial, na atenção residencial de caráter transitório (BRASIL, 2012; ALBRECHT, 2022). Esse fato mostra que os importantes tensionamentos na correlação de forças na área de saúde mental frente a ofensiva conservadora.

Em 2013, o modelo de desenvolvimento que aliava desenvolvimento econômico e social mostrava seu desgaste. Na saúde mental, um fato é marcante: a demissão em massa da equipe do CAPS Luiz Cerqueira, na cidade de São Paulo, uma unidade histórica na trajetória antimanicomial, visto que foi o primeiro serviço de gênero implantado no país em 1987, na ocasião, os trabalhadores que tinham história no serviço foram substituídos por outros, terceirizados, através de uma Organização Social - OS. (ALBRECHT, 2022). Por sua vez, o movimento antimanicomial que, não consegue fazer frente aos processos de privatização que passam a se instituir na

política, ficando à margem de muitos debates, acompanhando e comemorando o aumento dos serviços substitutivos no país.

Na verdade, o que se percebe é que o processo de privatização avança sem grande resistência a nível nacional. Alguns gestores comprometidos com a reforma psiquiátrica, defendiam a ideia que, mesmo essa não sendo as condições ideais, o mais importante era não desistir (ALBRECHT, 2022).

Vasconcelos (2012) aponta que a política que concorda com as forças conservadoras da psiquiatria, incluindo a política de drogas no Governo Dilma, acarreta grandes desafios para a reforma psiquiátrica, desta forma exige do movimento antimanicomial respostas políticas contra as ameaças, o que de fato não ocorreu (VASCONCELOS, 2012).

No ano de 2009 aconteceu na cidade Brasília (DF) a Marcha dos Usuários, organizado pela RENILA, onde foram planejadas atividades político-culturais em defesa da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, um dos objetivos foi a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BARBOSA, COSTA, MORENO, 2012).

Em 2010 após nove anos da realização da III CNSM, aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, que ficou marcada na história da CNSM por incluir além dos técnicos e dos gestores da saúde, usuários, familiares e representantes dos movimentos sociais. Nessa Conferência foi consolidado no movimento a necessidade da articulação da saúde mental com outros setores da política social, como direitos humanos, seguridade social, justiça, educação, entre outros (VASCONCELOS, 2012).

A IV Conferência de saúde mental trouxe grandes contribuições para a Reforma Psiquiátrica, pois conseguiu articular o conceito de saúde com propostas da Diversidade cultural, dos Direitos Humanos e do Trabalho, a saúde mental passa a ser considerada um direito universal (AMARANTE; TORRE, 2012).

4.2 Ocupa Fora Valencius

No ano de 2015, durante a crise política, que antecedeu o golpe do impeachment da presidenta Dilma Rousseff, o governo tentou conter a disposição golpista, entregando o Ministério da Saúde ao PMDB. Nesse processo, o cargo mais alto das políticas públicas de saúde mental foi entregue a um representante dos interesses manicomiais, Valencius Wurth, que foi diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi entre 1993 e 1998, maior hospício privado em funcionamento na América Latina. Esse episódio mobilizou fortemente os ativistas da luta antimanicomial. Diversas manifestações são realizadas em todo país, tendo como lema "Fora Valencius". No dia 15 de dezembro de 2015 é ocupado a sala da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no prédio do Ministério da Saúde, caravanas de diferentes estados foram até a capital federal exigir a saída imediata do novo coordenador. Uma iniciativa da Renila, a manifestação foi sustentada bravamente pela militância das organizações do movimento antimanicomial. A manifestação ficou conhecida como "Ocupação Valente" (ALBRECHT, 2022).

4.3 A luta Antimanicomial no governo Temer e Bolsonaro

Com o golpe de 2016 do impeachment da presidenta Dilma Rousseff, assumiu o poder o governo ilegítimo do vice-presidente Michel Temer impulsionando o país a um governo conservador, reforçando um retrocesso às políticas de saúde mental.

Alguns processos já haviam conquistado espaço, como o do convênio entre o Governo Federal e Comunidades Terapêuticas (CTs), que foi iniciado durante o primeiro mandato da presidenta Dilma, com base no programa Crack, É possível Vencer, no qual essas entidades passam a receber financiamento do Estado, com um significativo aumento de 2013 a 2014, sendo liberado R\$ 82 milhões e R\$ 99,6 milhões (EL PAÍS, 2015), boa parte dos recursos conseguido pela judicialização da questão.

Segundo Bravo e Pelaez (2018) o Governo Temer impulsiona e dá continuidade a contrarreforma e privatização da saúde:

O discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade para isso. Propõe os Planos de Saúde Populares ou Acessíveis, como um dos pilares da sua gestão (BRAVO e PELAEZ, 2018, p. 196).

O governo do Michel Temer representa os setores mais conservadores, onde busca beneficiar o capital e sua acumulação, com argumentos de que a oferta dos serviços públicos não são suficientes e nem eficientes, que segundo Teixeira (2018) ocorrem retrocessos em diversas áreas, sendo essas:

do meio ambiente, com aumento do desmatamento, a questão da Amazônia, das mineradoras (a maioria de capital e origem transnacional), impondo sua forma de exploração as riquezas e intensa exploração do trabalho, provocando acidentes ambientais, destruindo rios e sua população local, o domínio do agronegócio em detrimento da agricultura familiar, a ameaça da venda do Aquífero de Guarani, a mercantilização da água, a tentativa de alteração da legislação do trabalho análogo ao trabalho escravo, a política de Direitos Humanos, dentre inúmeras outras (TEIXEIRA, 2018, p. 38).

As contrarreformas na política de saúde ganharam força durante o governo de Michel Temer, buscando atender as necessidades do capital e sendo a saúde um dos meios mais lucrativos, dessa forma foi aberto um espaço para terceirização e privatização dos serviços de saúde. No modelo privatista surge um projeto societário que não atende as demandas da população, mas sim do mercado. Diante desses fatos, é visível a motivação para as contrarreformas na política de saúde mental, durante o período de 2016 a 2018 (TEIXEIRA, 2018).

Desta forma, os ataques a Política Nacional de Saúde Mental não é algo recente, os princípios da Reforma Psiquiátrica não foram implementados de maneira correta. Desde o ano de 2011 a política de saúde mental vem sofrendo ameaças, intensificando no governo de Michel Temer.

Ainda no calor do Impeachment o governo Temer inicia uma contrarreforma na Saúde mental, e publica a Portaria 1.482, (25/10/2016) - que inclui as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), estratégia necessária para que estas fossem financiadas com verbas da saúde (Brasil, 2016).

Mas, a luta continuou e em setembro de 2017, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Recomendação 043, de revisão da portaria MS 1.482/2016, retirando as menções às comunidades terapêuticas, pois estas “não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde e nem tampouco incluídas no cadastro do CNES” (Brasil, 2017), apontando para as lutas que estavam sendo travadas.

Pouco depois o governo Temer publica a Resolução 32 que estabelece as (novas) diretrizes para a política de saúde mental, podemos afirmar que essa

resolução foi o marco da nova política. Ela reformula o financiamento e a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS (BRASIL, 2017).

Inclui também pela primeira vez o hospital psiquiátrico como parte integrante da rede, desde que a reforma psiquiátrica passou a regulamentar as políticas de saúde mental, além de expandir o financiamento do mesmo (BRASIL, 2017).

Esta resolução inclui também na RAPS os hospitais-dia, que funcionam de modo parecido com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) (BRASIL, 2017)

É importante ressaltar o Art. 5º, que determina “Vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária” (BRASIL, 2017). Aqui podemos observar uma importante contradição, o que aparenta um compromisso direto com o modelo assistencial de base comunitária, acaba sendo uma afirmação ambígua, pois o conceito de "capacidade instalada" pode incluir alguns leitos que vem sendo desativados desde a lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001). Que seria o retorno do modelo manicomial.

Em 2017 foi lançada a Portaria nº 3.588, embora crie o CAPS IV, significa um retrocesso para Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2017).

Construída de forma antidemocrática e sem consulta ao Movimento de Luta Antimanicomial, a nova Portaria foi elaborada apenas com um determinado segmento da corporação médica, onde o médico determinava através de um discurso retrógrado o confinamento e retirada dos direitos de cidadania dos usuários do serviços de saúde mental. Ignorando as demais categorias de profissionais e suas entidades, também foi retirado do processo de elaboração os principais interessados, os usuários (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2018).

A portaria dispõe de alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e incentiva a internação de pessoas com transtornos mentais ou com sofrimento por álcool e drogas, em instituições que assemelham aos antigos asilos, sendo divergente da Lei 10.216/2001, que foi denominada como Lei da Reforma Psiquiátrica, tornou-se um marco da garantia de Direitos às pessoas em situação de sofrimento mental (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2018).

A portaria nº 3.588 impõe uma taxa de 80% de ocupação dos leitos de internação, a pessoa com sofrimento mental não terá um conhecimento claro do seu estado clínico, a portaria visa também que o usuário tenha um processo de recuperação em ambiente fechado e não na comunidade, buscando a exclusão do paciente psiquiátrico da comunidade e representando um grande retrocesso para política de Saúde Mental, visto que os estudos já comprovaram que esse tipo de tratamento não traz melhoras para os usuários (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2018).

Em janeiro de 2019 inicia o governo do presidente Jair Messias Bolsonaro, as propostas apresentadas pelo presidente tratam das contrarreformas iniciadas no governo de Temer, contrárias aos direitos humanos, às políticas sociais e públicas e aos direitos sociais (TEIXEIRA, 2018).

Assim como o governo de Michel Temer, o governo de Jair Bolsonaro tem como objetivo atender as demandas do capital, por meio do setor privado, assim como a desestruturação das políticas sociais (TEIXEIRA, 2018).

Fortalecendo o livre mercado como a política de saúde, tornando o campo das políticas sociais mais lucrativas para o capital, além das reformas trabalhista e da previdência, tem sido a política de saúde mental (TEIXEIRA, 2018).

A Reforma Psiquiátrica possui uma trajetória de avanços, retrocessos e contínua luta, porém sabe-se que não alcançou sua plenitude, a Reforma Psiquiátrica é um processo que trouxe muitas conquistas ao Movimento de Luta Antimanicomial e aos usuários da saúde mental, como por exemplo a Lei nº 10.216/2001. Tornando alvo de interesses privados, a Política de Saúde Mental gerou grandes conflitos e se tornou centro de desmonte nos últimos anos (SILVA, 2018).

No segundo mês do governo Bolsonaro, foi publicada uma nota técnica nº 11/2019 propondo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Sendo esse mais um retrocesso em relação a essa política, focando nos interesses privados e financeiros (SILVA, 2018).

As mudanças retomam práticas antigas no tratamento de pessoas com transtornos mentais, nas propostas da Política Nacional de Saúde Mental está prevista a criação de uma nova modalidade de Caps, AD IV, que amplia os leitos em hospitais psiquiátricos, sendo citado como um serviço novo, uma questão improvável devido a possibilidade de reestruturação dos Caps AD III já existentes. Com funcionamento de 24 horas por dia durante sete dias da semana, incluindo feriados, com serviços de emergência e sendo localizados em regiões onde tem concentração de pessoas usuárias de crack (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Também foi incluído na Raps o Hospital Psiquiátrico e não mais se incentiva o seu fechamento, outro ponto importante é em relação às Comunidades Terapêuticas - CTs, a nova normativa inclui essas instituições como parte da Raps. As comunidades terapêuticas sempre existiram representadas como instituições asilares, funcionando dentro do modelo anterior a Reforma Psiquiátrica e sendo contra a política de saúde mental proposto na Lei nº 10.216/2001. Desta forma, as comunidades terapêuticas são contrárias ao respeito dos direitos humanos (CFP, 2018).

[...]das propostas de tratamento que, na quase totalidade das comunidades terapêuticas visitadas, articula isolamento, abstinência, uso do trabalho dos internos para a manutenção dos locais – sob o nome de laborterapia – e referências religiosas ou espirituais (CFP, 2018, p. 56)

Desta forma o Ministério da Saúde não considera serviços como substitutos de outros e não deseja mais o fechamento de outras unidades, financiando os hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas - CTs, não rompe com o modelo manicomial, sendo defensor de sua continuidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Trata-se de medidas na contramão da atenção em saúde mental baseada na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, e também retrocede na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada e de base comunitária (CFESS, 2019).

Também ocorreram mudanças no âmbito das Diretrizes Nacional sobre Drogas o que impacta diretamente a Política Nacional de Saúde Mental, como a sanção da Lei nº 13.840/2019, que considera a internação involuntária como forma de tratamento para pessoas que fazem o uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2019).

§ 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas; II – internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com

exceção de servidores da área de segurança pública, que constata a existência de motivos que justifiquem a medida (BRASIL, 2019).

Almeida (2019) destaca que com o governos de Temer e Bolsonaro acontece um retrocesso nos avanços que vinham acontecendo ao longo de 30 anos:

[...] ao longo de mais de 30 anos, foi sempre possível construir os consensos políticos necessários para assegurar a continuidade da política inicial e até para diversificar os seus objetivos. Centrada inicialmente na substituição do modelo baseado no hospital psiquiátrico por um novo sistema de serviços baseados na comunidade e na proteção dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, a política de saúde mental, à medida que foi se fortalecendo, foi também se estendendo a outros objetivos – por exemplo, a prevenção dos transtornos mentais, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e as estratégias contra as dependências de álcool e outras drogas (ALMEIDA, 2019).

4.4 Os Atuais Desafios da Luta Antimanicomial

Em 2001 no V Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial acontece o "racha" no próprio movimento, essa cisão ocorre devido a tensões internas gerando a divisão de duas organizações, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNL) e Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) (BARBOSA, COSTA, MORENO, 2012).

Vasconcelos (2012) cita as transformações e tendências do Movimento Antimanicomial, entre elas se destaca a diversificação interna dos atores sociais incluindo familiares e usuários. O autor destaca que esses dois grupos compostos por familiares e usuários, passaram a constituir a maioria do público nos setores e encontros de militância, selecionados nos serviços de atenção psicossocial, geralmente originados da classe trabalhadora e sem formação universitária. Apesar de não ter tantos recursos econômicos, culturais e tecnológicos, esse grupo tem mostrado muita força dentro do movimento.

Segundo Lüchmann e Rodrigues (2007) a existência dos três segmentos, usuários, familiares e profissionais é um ingrediente importante no aumento da complexidade da identidade do movimento, como também na formulação de interesses. Segundo os autores, deve ser feita a reflexão sobre o reconhecimento da pluralidade e da construção de um campo ético político comum. Para Lobosque "a ética diz respeito à constituição de um coletivo político capaz de falar em seu próprio nome". Desta forma os autores defendem que o reconhecimento das diferenças e do combate às desigualdades, não irá implicar em fragmentações do movimento, mas sim do fortalecimento de um campo ético-político pautado nos valores da solidariedade, democracia e justiça social.

Vasconcelos (2012, p.62) identifica os atuais desafios do MNL, o autor destaca o envelhecimento natural das lideranças originais, sem a renovação necessária dos quadros militantes e de liderança. Por sua vez, as lideranças originais devido a suas questões de vida, tem participado cada vez com menor frequência do movimento de militância direta. Outra questão, também levantada por Vasconcelos é o uso da internet, em suas diversas possibilidades. Se de um lado facilita o acesso desses líderes originais que, cada vez mais, estão se comunicando principalmente por meio da internet, em especial, com a pandemia. Por outro, esse mecanismo ainda não é acessível para todos, parte significativa da militância ainda tem dificuldade em acessar informações, reuniões e debates online, em especial do segmento usuários e

familiares, o que acaba enfraquecendo o debate político mais orgânico dentro do movimento, a maioria dos usuários e ativistas que não tem acesso a internet acaba ficando de fora desses debates, o que acentua o fosso entre as lideranças e a maioria dos ativistas.

Ocorreu uma diminuição considerável no financiamento da militância dadas as atuais condições econômicas e sociais de vida. Esse fato impactou muito o MNLA pois a principal fonte de financiamento do mesmo é a militância. O movimento possui poucos recursos financeiros para um ativismo social e político mais autônomo. O autor também cita a ausência de incentivos inovadores ao empoderamento dos usuários e familiares que compõem a maior parte dos núcleos do MNLA. O financiamento está sendo feito de forma eventual por pedidos de ajuda a organizações profissionais e as esferas governamentais a cada evento (VASCONCELOS, 2012).

Lüchmann e Rodrigues (2007) citam que a questão do financiamento do Movimento Antimanicomial requer debates com objetivo de conseguir recursos para campanhas, encontros e a realização de projetos.

Vasconcelos (2012, p.63) cita também ausência de coesão, direção e suporte político para os militantes, o movimento raramente tem fornecido apoio as denúncias no campo dos direitos humanos, principalmente as instituições manicomiais que ainda existem no País, também não foi fornecido apoio às iniciativas da RENILA. O movimento só tem se posicionado coletivamente nos encontros nacionais e estaduais, quando é definido plataformas de lutas e propostas, porém não fica claro os meios de encaminhamento para concretizar as ações. Também ocorrem disputas internas entre os líderes, incluindo por cargos na Comissão Intersetorial de Saúde Mental que oferecem enormes riscos de fragmentação ao movimento.

Uma das principais lideranças do movimento, Pedro Gabriel Delgado ocupou a Coordenação de Saúde Mental no Ministério da saúde, até sua saída que ocorreu no início do Governo Dilma, deixando de forma explícita a fragilidade estrutural do movimento, que sai do lugar de privilégio sem qualquer forma de financiamento, correndo sérios riscos (VASCONCELOS, 2012).

O quadro político a partir do Governo Dilma, contrárias à reforma psiquiátrica nos últimos anos trazem grandes desafios para a reforma psiquiátrica e exige do movimento antimanicomial mais mobilizações e respostas políticas contra as atuais ameaças. Porém diante da fragilidade que o movimento vem sofrendo é desafiador reagir aos atuais desafios. O Movimento não transmitiu a experiência política de suas lideranças mais antigas, para formar novos quadros de ativistas e militantes, o que acelera a despolitização do mesmo (VASCONCELOS, 2012).

Vasconcelos (2012) analisa ainda os possíveis cenários para o movimento e algumas propostas de enfrentamento, que são:

Não ocorrer mudanças e realizar os próximos eventos sem discutir formalmente. Para o autor os riscos desse cenário são: levar o movimento a maior fragmentação e despolitização em pouco tempo, deixar as iniciativas políticas no plano nacional para a RENILA e redução da capacidade de resistência. Esse cenário resulta na pulverização política do movimento e na fragilização da contribuição para a luta antimanicomial.

O segundo possível cenário seria assumir prioritariamente o movimento como um movimento social e plural de base, com formas de militantes mais orgânicas e menos informais. Nesse cenário há alguns riscos que incluem se sujeitar às estratégias e formatos de outros atores sociais e instituições, levando à fragmentação política em médio prazo. O risco para o MNLA é enorme principalmente para o núcleo militante com usuários e familiares.

O terceiro cenário é combinar a estratégia de um movimento pluralista e democrático de base, com comunicação clara, articulação e coordenação política. Em relação ao núcleo mais militante do MNLA é preciso organização local e regional de caráter pluralista e variado, com a criação de âmbitos claros, incluindo: troca de informação e experiências, debates com uma coordenação política regional e nacional, incentivar formas de financiamento, participar de denúncias e lutas nacionais.

A construção do segundo cenário e também do terceiro irá exigir do movimento discussões, aprovação e encaminhamento prático de sugestões e propostas concretas (VASCONCELOS, 2012).

Vasconcelos (2012) ainda indica algumas estratégias de enfrentamento para o MNLA, que são: Criar um esqueleto de sustentação política e organizacional para o movimento, com a forma de associação civil onde existiria uma diretoria com cargos claros e definidos.

Podemos analisar também um conselho político pequeno e dinâmico, onde iria passar a contribuição das lideranças mais experientes, que não tem tanta disponibilidade para a militância direta. Nessa estrutura o movimento não iria ser reduzido a associação, esse modelo assegura a coordenação política e organizacional.

A criação de um site ou blog com todas as informações do MNLA, que seja de fácil acesso e interativo, sendo atualizado com muita regularidade. Utilizar meios de comunicação para realizar discussões coletivas em tempo real, como por exemplo o Skype. Usar capacitação informal através de cursos rápidos online, que terá baixos custos para o movimento, no caso dos militantes que não tem acesso a internet, poderia ser utilizado os próprios computadores do serviços de atenção psicossocial de acordo com os profissionais responsáveis.

Criar grupos de debates políticos com regularidade para analisar o campo de saúde e saúde mental, do próprio movimento antimanicomial.

Ter como prioridade gerar discussões e consensos, se posicionando na política nacional e regional de saúde mental, enfrentando e denunciando propostas contrárias à reforma psiquiátrica.

Estimular dentro do movimento antimanicomial a participação de estudantes.

Buscar formas de financiamento para o movimento e geração de fundos para grupos e projetos locais.

Incentivar iniciativa de educação política, para formação de lideranças e militantes, por meio de cursos de formação política, de participação nos conselhos de saúde e da história do movimento antimanicomial (VASCONCELOS, 2012).

Vasconcelos finaliza acrescentando:

Essas são apenas algumas das possíveis propostas que poderemos desenvolver. Estou certo de que nossos parceiros, na medida em que compartilhem as preocupações expostas aqui, certamente, terão várias outras propostas e sugestões para enfrentar esses desafios e impasses. Mãos à obra, companheiros! (VASCONCELOS, 2012).

De acordo com a formação político-ideológica e os interesses de militantes do movimento antimanicomial bem como os de gestores das políticas públicas de saúde mental, podemos constatar que no Brasil o processo da Reforma Psiquiátrica tem duas possibilidades para seu andamento, uma baseada na reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico a partir de sua reorganização e outra que busca a

transformação da relação entre a sociedade e a loucura, por meio das mudanças sociais, políticas e culturais (AMARANTE, 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança do modelo manicomial para um modelo substitutivo ainda está em curso no Brasil. Durante muito tempo, desde a chegada da família real até poucas décadas atrás predominava, de modo incontestável modo manicomial. A partir dos anos 1970 esse modelo passa a contestado a partir da luta do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, que posteriormente, se transforma em Movimento de Luta Antimanicomial que muito tem contribuído para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Nesta pesquisa destacamos a importância da Reforma Psiquiátrica e dos Movimentos Sociais para a saúde mental, através da história da Reforma e as mudanças ocorridas até os dias atuais. Ressaltando pontos importantes como: o surgimento dos primeiros hospitais direcionados a psiquiatria e o Movimento de Luta Antimanicomial. A análise do MNLA abre espaço para destacar sua relevância para esse processo, como suas fortes conquistas para a Reforma Psiquiátrica e também seus desafios na atualidade.

Desde a sua fundação o MNLA tem reivindicado importantes mudanças na saúde mental e na qualidade de vida das pessoas com sofrimento mental, desta forma destacamos o protagonismo do movimento para a construção de um novo lugar social.

Com início nas últimas décadas do século XX, a luta pela reforma psiquiátrica no Brasil apresentou-se com avanços progressivos, todavia, ainda há muito a se buscar.

Por fim, a proposta deste trabalho é não encerrar a discussão sobre essa temática no nosso país, mas servir como orientação sobre seu progresso e os novos desafios que estão por vir. Ressalto também que essa luta não é responsabilidade apenas de um determinado grupo, mas sim de todas as pessoas que sejam capazes de contribuir para esse processo, sejam familiares, usuários, profissionais e a sociedade civil.

REFERÊNCIAS

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1. ed. São Paulo, Geração Editorial, 2013.

ALBRECHT, D. M. C. **A luta antimanicomial nos governos democráticos populares: contribuições para um balanço a realizar**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, UFRJ, 2022.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública, 1995.

AMARANTE, P. **Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. IN: Fleury, S. Saúde e

democracia: a luta do CEBES/ (organizadora). São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P; COSTA, A. M. **Diversidade Cultural e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. Coleção Cidadania para a saúde.

AMARANTE, P; DIAZ, 2012. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica**. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v.4, n.8, p.83-95, jan/jun. 2012.

AMARANTE, P; NUNES, M. O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2018.

AMARANTE, P; TORRE, E. H. G. **“De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

ALENCAR, F. S; OLIVEIRA, N.S; TEIXEIRA, P.T.F. **Argumentações sobre a Loucura no Brasil, antes de 2010: Uma contribuição histórica**. *Id on Line Rev. Psic.*, Fevereiro/2022, vol.16, n.59, p.285-304, ISSN: 1981-1179.

ALBUQUERQUE, G. S. C; SILVA, M. J. S. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, out./dez. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.550, de 3 DE JANEIRO DE 1946. **Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional**. Disponível em: <[Portal da Câmara dos Deputados \(camara.leg.br\)](http://portal.da.camara.deputados.camara.leg.br)> Acesso em: 05 fev.2023.

BRASIL. Portaria nº106, de fevereiro de 2000. **Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental**. Disponível em: <[Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 \(saude.gov.br\)](http://portaria.nº106/GM/MS,de11defevereirode2000.saude.gov.br)> Acesso em: 09 fev.2023.

BRASIL. Portaria nº 336, de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: <[Ministrio da Saude \(saude.gov.br\)](http://Ministrio.da.Saude.saude.gov.br)> Acesso em: 09 fev.2023.

BRASIL. Lei Federal nº 10.708, de julho de 2003. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações**. Disponível em: <[L10708 \(planalto.gov.br\)](http://L10708.planalto.gov.br)> Acesso em: 08 fev.2023.

BRASIL. Portaria nº 3088, 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 (SUS). Disponível em:

<[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://Ministério da Saúde (saude.gov.br))>

Acesso em: 10 fev.2023.

BRASIL. Portaria nº 130, janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.** Disponível em:

<[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://Ministério da Saúde (saude.gov.br))>

Acesso em: 10 fev.2023.

BRASIL. Portaria nº 1.482, de outubro de 2016. **Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde.** Disponível em:

<[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://Ministério da Saúde (saude.gov.br))>

Acesso em: 02 mar.2023.

BRASIL. Resolução nº 32, de dezembro de 2017. **Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).**

Disponível em:

<[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://Ministério da Saúde (saude.gov.br))>

Acesso em: 02 mar.2023

BRASIL. Portaria nº 3.588, de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.**

Disponível em:

<[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://Ministério da Saúde (saude.gov.br))>

Acesso em: 03 mar.2023

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer.** Argum, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BARBOSA, G.C; COSTA, T,G; MORENO, V. **Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios.** Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v.4, n.8, jan/jun. 2012.

CARTA DE BAURU. ENCONTRO NACIONAL “20 ANOS DE LUTA POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”. Bauru, 1987. Disponível em:

<[Manifesto de Bauru \(cfp.org.br\)](http://Manifesto de Bauru (cfp.org.br))>

Acesso em: 07 fev. 2023.

CARTA DA FRENTE ESTADUAL ANTIMANICOMIAL. 2012.

Disponível em: <[Carta da Frente – Adesões | antimanicomials \(wordpress.com\)](http://Carta da Frente – Adesões | antimanicomials (wordpress.com))>.

Acesso: 15 fev 2023.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. 2018.

Disponível em: <cartilha-conselho-estadual-saude-3.pdf>.

Acesso: 14 mar. 2023.

Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal Dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal. 2018.

Disponível em: <[Relatório-da-Inspeção-Nacional-em-Comunidades-Terapêuticas.pdf \(cfp.org.br\)](https://www.cfp.org.br/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas.pdf)>

Acesso em: 11 abril. 2023

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil.** Um corte ideológico. 3.ed. Revisada. Rio de Janeiro, Editora Campus, LTDA, 1980.

FONTE, E.M.M.F. **Da Institucionalização da Loucura A Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil.** Pernambuco, PPGS, 2012.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1992.

LUCHMANN, L.H.H. ; RODRIGUES, J. **O movimento antimanicomial no Brasil.** Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

LOBOSQUE, AM. **Experiências da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond; 2001.

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL (MNLA), 1993. Relatório Final do I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, Bahia.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.** Brasília, 2002. Disponível em:

<[10006002756.pdf \(saude.gov.br\)](https://www.saude.gov.br/images/stories/pdf/10006002756.pdf)>

Acesso em: 07 fev.2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, 2005. Disponível em:

<[Microsoft Word - Relatório15 anos Caracas.doc \(saude.gov.br\)](https://www.saude.gov.br/images/stories/pdf/Microsoft%20Word%20-%20Relat%C3%B3rio%2015%20anos%20Caracas.doc)>

Acesso em: 07 fev.2023.

PAULIN, L.F. ; TURATO, E.R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro, v.11, n.2, 2004.

PASSOS, I. C.F. **Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais.** Belo Horizonte, Argvmentvm Editora, 2009.

SOARES, G.A.D. **O Golpe de 64.** Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1994.

TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. 2018.

VASCONCELOS, E.M. **Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política!** Rio de Janeiro, Cad. Bras. Saúde Mental, 2012.

AGRADECIMENTOS

Em um momento, orei a Deus pedindo pela aprovação no curso de Serviço Social, para realizar meu sonho, não imaginei o quanto seria gratificante esse momento. A Deus rendo graças por chegar até aqui! Em sua infinita bondade e sabedoria ouviu minhas orações e permitiu que meus sonhos fossem realizados.

Foram muitas dificuldades entre trabalho, estudos e pandemia, mas sua misericórdia não me permitiu desistir.

Agradeço aos meus pais, Jean e Zenaide, por todo incentivo e apoio, por estarem sempre presentes e alegrar-se com minhas conquistas. Ao meu irmão Yan, espero ser um exemplo para você!

A minha orientadora, Prof. Dr. Tereza Cristina por todo seu apoio e dedicação. Por ter compartilhado tantos conhecimentos e por ser uma militante ativa, sua presença fez dessa trajetória inspiradora para mim. Sempre será um exemplo de profissional e professora.

A minha orientadora de estágio Prof. Me. Maria do Socorro Pontes, por todo carinho, incentivo e apoio, foi uma honra ser sua aluna. E por aceitar compor a banca examinadora deste trabalho.

A professora Prof. Dr. Thaisa Simplicio, por todos os ensinamentos durante a trajetória acadêmica e por aceitar compor a banca examinadora deste trabalho.

A coordenação do curso de Serviço Social, professoras e professores.

E a UEPB, me sinto honrada em ser fruto desta Instituição que sempre admirei, pelo ensino público de qualidade. Que todos possam ter acesso à educação gratuita!