

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**ISADORA DE SOUZA ALVES**

**SAÚDE MENTAL, LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: o  
protagonismo das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental**

**FRANCA**

**2019**

**ISADORA DE SOUZA ALVES**

**SAÚDE MENTAL, LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: o  
protagonismo das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências  
Humanas e Sociais, da Universidade Estadual  
Paulista, como requisito para obtenção do Título de  
Mestre em Serviço Social. Área de Concentração:  
Serviço Social: Trabalho e Sociedade.**

**Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta**

**FRANCA**

**2019**

A474s      Alves, Isadora de Souza  
SAÚDE MENTAL, LUTA ANTIMANICOMIAL E  
REFORMA PSIQUIÁTRICA : o protagonismo das  
Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde  
Mental / Isadora de Souza Alves. -- Franca, 2019  
93 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual  
Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e  
Sociais, Franca  
Orientadora: Fernanda de Oliveira Sarreta

1. Serviço Social. 2. Saúde Mental. 3. Reforma  
Psiquiátrica. 4. Protagonismo. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp.  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados  
fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

**ISADORA DE SOUZA ALVES**

**SAÚDE MENTAL, LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: o  
protagonismo das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Estadual Paulista, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

**BANCA EXAMINADORA**

**Presidente:**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Fernanda de Oliveira Sarreta**

**1ª Examinadora:**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni – FCHS/UNESP**

**2ª Examinadora:**

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Valéria Beghelli Ferreira - Uni-FACEF**

**Franca/SP, 29 de maio de 2019.**

Dedico este trabalho aos carinhosamente chamados de meninos e meninas, usuários (as) do CAPS Tio Doc de Ituiutaba/MG.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Silvânia e Geraldo, pelo apoio, compreensão e incentivo que me deram desde criança para que eu seguisse meus objetivos. Em especial minha mãe, professora, que sempre entendeu a importância do conhecimento e transmitiu para mim o desejo de lecionar. Pais, essa conquista é nossa.

Ao meu irmão Rafael, que sempre me recebe de braços abertos e cheios de amor mesmo quando eu estou longe por muito tempo. Estar com você é a melhor forma de passar o meu tempo.

Aos meus avós maternos, Natália e Nunes, que na saudade sempre compreendem minha ausência física e foi fonte de apoio e carinho para que eu seguisse. E aos avós paternos, Brasilina e José (*in memoriam*), que deixaram lembranças de amor e afeto que ainda servem de exemplo para minha vida.

Ao corpo docente, colegas de pós-graduação e funcionários da Universidade Estadual Paulista que estiveram presentes durante esse período da minha vida, e que de alguma maneira tenham me ajudado, ensinado e compartilhado as dificuldades e alegrias da vida acadêmica.

À orientadora Fernanda por me apoiar e apontar possibilidades, mesmo quando eu não acreditava ser possível. Em especial, as professoras Carmem e Andréia, que aceitaram o convite de participar da qualificação e da defesa deste trabalho, contribuindo para a melhoria do mesmo.

Aos amigos e amigas de Cássia/MG, Ituiutaba/MG e os espalhados pelo mundo, que estiveram comigo durante esses anos e que fizeram dessa caminhada mais leve, compartilhando comigo os melhores momentos de lazer e discussões acadêmicas em uma mesa de bar. Em especial, às amigas Beatriz e Gleiciane que se prontificaram a me ajudar na reta final do mestrado.

A equipe profissional do CAPS Tio Doc que compreendiam minha ausência devido o mestrado, no ano de 2017, e sempre me apoiavam, prontificando para ajudar no que fosse preciso.

Aos usuários (as) do CAPS Tio Doc, que foram principal fortaleza para que eu seguisse com o mestrado, mesmo com o cansaço de viajar para as aulas e atividades e voltar para trabalhar. Eu amo vocês e agradeço por todos os dias em que estivemos juntos, para mim, era uma felicidade atendê-los no meu exercício profissional e compartilhar do meu tempo na presença de vocês.

*A liberdade é uma luta constante.*

*Angela Davis*

**ALVES, Isadora de Souza. SAÚDE MENTAL, LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: o protagonismo das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental. 2019. 93 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual. Franca, 2019.**

## **RESUMO**

A pesquisa tem como objeto a saúde mental, a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, que resultou na construção da política nacional de saúde mental em 2001, tendo como grande avanço a indicação dos serviços substitutivos. O tratamento em saúde mental, historicamente, esteve associado ao isolamento e às formas de tratamento desumanas, onde a loucura sempre foi considerada como um risco à convivência em sociedade. Entretanto, no sistema capitalista a relação da loucura está estreitamente ligada à noção de produtividade uma vez que não atende os padrões impostos pela ordem social de normalidade. A luta antimanicomial e o projeto da reforma psiquiátrica denunciam este modelo de tratamento e propõe uma perspectiva de defesa da saúde mental em sua concepção ampliada e como direito humano. O estudo parte do pressuposto que o Serviço Social é uma profissão comprometida com a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, e deve reconhecer a pessoa em sofrimento mental como um sujeito de direitos, conforme estabelece a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde, com tratamento humanizado e de qualidade que assegure sua liberdade. A pesquisa tem como objetivo geral analisar a Política Nacional de Saúde Mental e o protagonismo dos sujeitos nas Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica n. 10.216/2001. E, como objetivos específicos, refletir a luta antimanicomial e o projeto da reforma psiquiátrica; identificar o debate no Serviço Social sobre a luta antimanicomial e a medicalização da vida e, analisar nos relatórios finais das Conferências Nacionais as concepções e demandas contemporâneas em saúde mental. A partir da perspectiva de totalidade a pesquisa bibliográfica e documental foi construída e apresenta-se através da abordagem qualitativa para a compreensão do protagonismo dos sujeitos e da própria loucura. Os resultados evidenciam que o projeto da reforma psiquiátrica enfrenta, no cenário contemporâneo, grandes desafios que exigem a participação nos espaços das Conferências para a defesa da luta antimanicomial no país. Sobretudo, revelam que a medicalização excessiva está diretamente relacionada às influências da indústria farmacêutica e pode ser compreendida como um novo modo de isolamento e de patologização da loucura, portanto, mostra-se como expressões contemporâneas da questão social em saúde mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Protagonismo. Serviço Social.

**ALVES, Isadora de Souza. MENTAL HEALTH, ANTIMANICOMAL FIGHT AND PSYCHIATRIC REFORM: the leading role of the National Conferences on Health and Mental Health. 2019. 93 f. Dissertation (Master in Social Work). Faculty of Humanities and Social Sciences, State University. Franca, 2019.**

### **ABSTRACT**

The research aims at mental health, anti-asylum and psychiatric reform, which resulted in the construction of the national mental health policy in 2001, with a major breakthrough in the indication of substitutive services. Treatment in mental health has historically been associated with isolation and inhuman treatment, where madness has always been considered as a risk to coexistence in society. However, in the capitalist system the relation of madness is closely linked to the notion of productivity since it does not meet the standards imposed by the social order of normality. The anti-asylum fight and the psychiatric reform project denounce this model of treatment and propose a perspective of mental health defense in its expanded conception and as a human right. The study assumes that the Social Work is a profession committed to the fight against anti-asylum and psychiatric reform, and must recognize the person in mental suffering as a subject of rights, as established in the Federal Constitution and the Unified Health System, with treatment humanized and quality that ensures their freedom. The research has as general objective to analyze the National Mental Health Policy and the protagonism of the subjects in the National Conferences of Health and Mental Health, from the Law of Psychiatric Reform n. 10,216 / 2001. And, as specific objectives, to reflect the anti-asylum struggle and the project of psychiatric reform; to identify the debate in the Social Service on the fight against anti-asylum and the medicalization of life and to analyze in the final reports of the National Conferences the contemporary conceptions and demands on mental health. From the perspective of totality the bibliographical and documentary research was constructed and presented through the qualitative approach for the understanding of the protagonism of the subjects and of the own madness. The results show that the psychiatric reform project faces, in the contemporary scenario, great challenges that require the participation in the spaces of the Conferences for the defense of the anti-asylum struggle in the country. Above all, they reveal that excessive medicalization is directly related to the influences of the pharmaceutical industry and can be understood as a new mode of isolation and pathologization of madness, therefore, it is shown as contemporary expressions of the social question in mental health.

Keywords: Mental Health. Psychiatric reform. Protagonism. Social service.

**LISTA DE SIGLAS**

CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
CF	Constituição Federal
CEME	Central de Medicamentos
FUNABEM	Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente
LBA	Legião Brasileira de Assistência
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
CPPII	Centro Psiquiátrico Pedro II
CJM	Colônia Juliano Moreira
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
FCHS	Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNESP	Universidade Estadual Paulista

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1 CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>15</b>
1.1 Processo histórico da Política de Saúde no Brasil.....	16
1.2 O movimento para a Reforma Psiquiátrica.....	25
1.3 Política Nacional de Saúde Mental.....	32
<b>CAPÍTULO 2 SERVIÇO SOCIAL E A DEFESA DA LUTA ANTIMANICOMIAL.....</b>	<b>36</b>
2.1 O debate sobre a loucura e a medicalização da vida.....	37
2.2 Serviço Social e os princípios para a atuação em Saúde Mental.....	50
<b>CAPÍTULO 3 AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>59</b>
3.1 Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental .....	60
3.2 O conceito de saúde e de saúde mental.....	63
3.3 A discussão de sofrimento mental.....	66
3.4 O debate da medicalização excessiva.....	69
3.5 O protagonismo dos sujeitos na saúde mental.....	75
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>88</b>

## INTRODUÇÃO

A discussão em Saúde Mental perpassa por diversas análises que são necessárias ao se pensar no contexto de políticas públicas e sociais, em destaque no Brasil. A construção de uma política de saúde mental envolve cultura, política, educação de determinada sociedade, e do que ela representa, considerando-se que a saúde mental sempre esteve relacionada à loucura. Portanto, a compreensão de saúde mental e da política de saúde mental como direito, historicamente revela a importância de reconhecê-la na totalidade.

O interesse pela pesquisa surgiu a partir do Estágio Supervisionado, realizado na Ala de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Uberlândia/MG, em 2014. A formação acadêmica na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Campus Pontal/MG proporcionou um referencial teórico crítico subsidiando análises e reflexões sobre a política de saúde e de saúde mental, direcionando o interesse pelo tema e a pesquisa.

Assim como, o Estágio Supervisionado possibilitou conhecimento sobre o trabalho do (a) assistente social na Política de Saúde Mental e o contato direto com os usuários em tratamento psíquico. Através das atividades e da pesquisa na graduação (ALVES, 2016) sobre a temática de Saúde Mental, e a compreensão da Política de Saúde Mental e dos usuários em sofrimento psíquico.

A pesquisa evidenciou que as pessoas em sofrimento psíquico são participantes de suas histórias, dificuldades e conquistas, precisam se fortalecer enquanto sujeitos de direitos, com o apoio da família, da sociedade e dos profissionais visando a luta por tratamento digno e de qualidade. Torna-se relevante defender uma Política que acredite e respeite a loucura e não interprete a pessoa somente como doente, e sim como um sujeito capaz de estar e viver na sociedade. (ALVES, 2016)

Dessa forma, a pesquisa em Saúde Mental é relevante para a sociedade e o Serviço Social, pois, abrange as discussões presentes na realidade do (a) usuário (a) de saúde mental, dos profissionais e familiares. Busca-se ampliar o debate, uma vez que as pessoas em sofrimento psíquico ainda são interpretadas como incapazes, devido às próprias construções sociais, como se não pudessem ter voz e lutar por seus direitos. As lutas pelas formas humanizadas de tratamento psiquiátrico

são realizadas e discutidas por aqueles considerados normais pela sociedade, o que merece ser refletido e, portanto, transformado.

A liberdade de viver em sociedade e ter os direitos conquistados, através de movimentos sociais, é uma luta construída ao decorrer da história. Por décadas os direitos dos (as) usuários (as) de saúde mental eram minimamente questionados, e essas discussões sempre enfatizaram a importância de se pensar em políticas de Saúde Mental e em tratamentos psiquiátricos mais humanizados.

O Serviço Social é uma profissão que desenvolve o pensamento e a análise crítica da realidade e apresenta um projeto profissional comprometido com a luta pela defesa da igualdade. Dessa forma, compreende-se a importância de trabalhar com a totalidade dos indivíduos inseridos na sociedade, e participar da luta por formas de tratamento mais humanizadas, sendo que o debate em Saúde Mental tornou-se relevante para a profissão. O Código de Ética Profissional do (a) Assistente Social (BARRACO, 2012), reconhece a importância da liberdade como um de seus princípios fundamentais, assim como o conceito de equidade e de justiça social que assegurem a universalidade de acesso dos usuários (as) aos os serviços prestados.

A pesquisa científica permite o contato com as discussões teóricas e a aproximação da realidade social em que os sujeitos estão inseridos, segundo Minayo (2001). E a formação profissional em Serviço Social desenvolve o olhar investigativo e crítico, proporcionando uma análise ampla e dialética da sociedade. Assim, a saúde mental está inserida nos campos de pesquisa do Serviço Social reconhecendo a importância de analisar esta realidade vivenciada pela pessoa em sofrimento mental, permitindo ir além do que já está posto e aceito socialmente.

Foi dito que, antes de iniciarmos qualquer investigação, deve-se ter a convicção de que existe algo a mais a ser conhecido, que não é dado na aparência, na representação imediata da realidade. Há algo que explica a realidade, sua lógica imanente, que não se apresenta na sua forma de manifestação. A parte conhecida não representa o todo nem se mostra de imediato, de modo que as representações que daí derivam devem ser negadas e analisadas à luz de um conhecimento superior (teórico), agora, enriquecidas pelas mediações apreendidas no processo. (GUERRA, 2009, p.9)

A finalidade da metodologia é atingir os objetivos da pesquisa e dar direcionamento para a mesma. Sendo assim, a metodologia adotada será de uma pesquisa bibliográfica e documental, com análise das Conferências Nacionais de

Saúde e Conferência de Saúde Mental, com recorte histórico a partir de 2001 com a promulgação da Lei 10.216 que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil.

O recorte da pesquisa tem como referência um momento histórico e de muita importância para a Política de Saúde Mental no Brasil, que promulgou a Lei 10.216/01 e foi promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica em 6 de abril de 2001, que ficou conhecida anteriormente como Lei Paulo Delgado, deputado do Partido dos Trabalhadores (PT) que tornou-se representante significativo da luta desde a Reforma Psiquiátrica.

Portanto, entende-se a importância de compreender os processos que levaram a criação de políticas sociais, e da política de saúde. Desta forma, a saúde é resultante de movimentos e lutas, influenciada pela conjuntura histórica, política, econômica e cultural, contribuindo para a profissão um debate amplo e crítico das políticas sociais em saúde, além dos meios que são utilizados pela esfera estatal para atingir a toda população.

Dessa forma, o estudo foi organizado em 3 (três) capítulos. O primeiro realiza uma contextualização sócio-histórica da política de saúde mental no Brasil, e discute o processo histórico que resulta na criação de Política Nacional de Saúde Mental, para assegurar tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico, com a participação da sociedade através de movimentos e lutas sociais.

Capítulo 2 (dois) apresenta a discussão do Serviço Social em defesa dos direitos do usuário de saúde mental, assim como, o compromisso da profissão no Movimento da Luta Antimanicomial, apontando o debate de medicalização excessiva e a patologização da vida, como um recente desafio da Luta Antimanicomial. Dessa forma, a discussão é fundamentada no Código de Ética Profissional do (a) Assistente Social e no Parâmetro de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde.

Capítulo 3 (três) apresenta a análise do Relatório Final das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde Mental, sendo a discussão realizada através de 5 (cinco) categorias, quais sejam em saúde, saúde mental, transtorno mental, medicalização e protagonismo. A análise revela como é realizado o debate dessas temáticas, através do Relatório Final das Conferências.

Os resultados da análise dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde Mental apontam a ampliação dos

debates propostos pela pesquisadora, demonstrando a necessidade de dar voz aos usuários de saúde mental, para que a política pública desenvolvida a partir das demandas das Conferências seja pensada conjuntamente pelos usuários com profissionais, familiares e sociedade.

## **CAPÍTULO 1**

### **CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

### 1.1. Processo histórico da Política de Saúde no Brasil

A saúde mental e seus processos históricos, por diversas apresentaram demandas sociais, resistências e conquistas ao longo dos anos no Brasil. Portanto, faz-se necessária a discussão e contextualização sócio-histórica da política social, pois se compreende que são proeminentes da luta do popular.

No que diz respeito a sua configuração como política, é útil enfatizar que a política social se coloca e se inscreve num processo que ultrapassa os momentos de escolha e de tomada de decisão classicamente estudados pela ciência política. Seu relativo diferencial em relação a esta disciplina reside no fato de que a política (de conotação social) se expressa fundamentalmente como um princípio para a ação – incluindo, é claro, os momentos conflituosos de escolha e de tomada de decisão, que fazem parte de qualquer política. (PEREIRA, 2009, p. 171).

No Brasil, é a partir da década de 1930, que se iniciam as lutas pelos direitos básicos da população. Esses direitos são constituídos a partir de um contexto de lutas constantes e conquistas, que muitas vezes foram negados às minorias. Do mesmo modo, é neste período que o Serviço Social foi implantado no Brasil, como resposta às reivindicações da classe trabalhadora, para conter e dar respostas às demandas sociais.

Behring e Boschetti (2011) explicam que a política social surge no período da Revolução Industrial, nos séculos XVIII e XIX, pelo qual o capitalismo teve sua ascensão e as lutas de classes fizeram-se mais presentes e, assim, deu-se a necessidade da criação de políticas sociais. A discussão por direito sociais, políticos e civis, iniciaram-se no Brasil com a chegada dos portugueses em terras brasileiras no século XIX, momento que modificou a história do país em vários âmbitos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A população marginal, sem ocupação fixa e meio regular de vida, era numerosa, fruto de um sistema econômico dominado pela lavoura trabalhada por escravos. A população livre, mas pobre, não encontra lugar algum naquele sistema que se reduzia ao binômio 'senhor e escravo'. Quem não fosse escravo e não pudesse ser senhor, era um elemento desajustado, que não se podia entrosar normalmente no organismo econômico e social do país. (SANTOS, 2012, p. 65, grifos do autor).

O Brasil recebeu influência europeia em um período escravocrata e de submissão de populações já consideradas minorias, ou seja, uma dívida histórica

que o país tem com a população negra, que foram escravizadas por séculos. Assim, a discussão sobre o período colonial no país, de 1500 a 1822 é importante, por sofrer modificações, tanto estatais, como de direitos básicos e sociais.

A persistente presença do trabalho escravo teve impactos importantes no nascimento do trabalho livre e nas possibilidades políticas de um processo mais rápido e radicalizado de transição, com participação mais contundente do movimento operário: 'em vez de fomentar a competição e o conflito, ele nasce fadado a articular-se, estrutural e dinamicamente, ao clima de mandonismo, do paternalismo e do conformismo, imposto pela sociedade existente, como se o trabalho livre fosse um desdobramento e uma prolongação do trabalho escravo.' (BEHRING; BOSCHETTI *apud* FERNANDES, 2011, p. 77, grifos do autor)

No contexto da saúde mental, mais especificamente em 1903, o deputado Teixeira Brandão aprova a Lei dos Alienados no Brasil, que caracteriza o hospício o único lugar apto para tratamento dos ditos loucos. A Lei coloca sob o poder médico a internação dos mesmos, sendo um marco para a psiquiatria no país, colocando total autoridade do psiquiatra sob a loucura.

A existência dos manicômios – símbolo daquilo que poderíamos definir como 'reservas psiquiátricas', equiparando-as ao *apartheid* do negro e aos guetos – é a expressão de uma vontade de excluir aquilo que se teme por ser desconhecido e inacessível, vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou o objeto dos seus estudos 'incompreensível' e, enquanto tal, relegável à fileira dos excluídos... O doente mental é um excluído que, numa sociedade como a atual, jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque qualquer ato que venha a praticar está doravante circunscrito e definido pela doença. Assim, somente a psiquiatria, no seu duplo papel médico e social, pode ter condições de revelar ao doente o que é a sua doença e o que a sociedade lhe fez, excluindo-o dela. (PEREIRA; PASSOS, 2017, p. 34, grifos do autor).

A psiquiatria era uma autoridade que permaneceria no poder concedido pelo Estado por muitos anos.

Sequestra-se o louco não para puni-lo, castigá-lo, mas para garantir os seus direitos ao mesmo tempo que para prevenir a sua periculosidade: somente o Estado tem o direito de exercer, apoiado no saber e na prática psiquiátricas, o poder de sequestração. Por outro lado, sequestra-se o louco para submetê-lo a uma proveitosa experiência de disciplinarização fundada na ciência: somente a medicina psiquiátrica tem o direito de exercer, delegada pelo próprio Estado, tal poder de recuperação, fazendo retornar o indivíduo à condição de livre sujeito de direito. (MACHADO; LOUREIRO; LUZ; MURICY, 1978, p. 489)

Do período colonial até o século XX, o país foi marcado pelo poder psiquiátrico e o desejo de controle, por parte do Estado, de isolar as minorias, pobres, indigentes e pessoas que eram consideradas loucas.

A doença se desdobra por reagrupamento – diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quanto são as grandes síndromes comportamentais que ela apresenta. [...] Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses reclusos são efetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar. (CASTEL, 1978, p. 83)

Algumas mudanças em saúde mental são implantadas, em meados do século XIX para o século XX, através da à Santa Casa de Misericórdia, considerado o primeiro hospital com caráter psiquiátrico no país. O mesmo passou a cumprir o papel de “abrigar” e tratar pessoas marginalizadas socialmente, oferecendo tratamentos baseados em medicações, lobotomias, eletrochoques, entre outros. Uma prática de saúde mental muito comum neste período. (MACHADO; LOUREIRO; LUZ; MURICY, 1978).

O Brasil deu início a um novo e importante contexto histórico ao se afirmar como um país republicano, em 15 de novembro de 1889, e iniciar um processo de fortalecimento do Estado como instituição. É um período em que os movimentos sociais, as lutas e resistência firmaram-se, após o início da República, como o direito de organização sindical.

O fundamental, nesse contexto do final do século XIX e início do século XX, é compreender que nosso liberalismo à brasileira não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob pressão dos trabalhadores e com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva. Essa situação começa a se alterar nos anos 1920 e sofrerá mudanças substanciais a partir dos anos 1930. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 81)

Nesse sentido, a questão social se apresenta como uma expressão da exploração do trabalho e das condições de desemprego em que o sistema capitalista reproduz. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1995) A flexibilidade do mercado de trabalho e sua precariedade estimularam o crescimento das expressões da questão social compreendida como:

[...] não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros

tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1995, p. 77)

Salienta-se a importância de compreender as necessidades humanas básicas como expressões da questão social e como são reconhecidos como direitos a partir dessa perspectiva.

Assim, da essência humana constam não apenas a sobrevivência, mas também qualidades como trabalho (objetivação), a sociabilidade, a universalidade, a autoconsciência e a liberdade. Estas qualidades essenciais já estão dadas na própria hominização, como meras possibilidades; tornam-se realidade no processo indefinido da evolução humana. (PEREIRA *apud* HELLER, 2002, p. 59).

Desse modo, considera-se relevante trabalhar com as discussões de como algumas necessidades básicas, além das que devem ser garantidas pelo Estado para a sobrevivência humana, compreender como a qualidade de vida, as relações sociais e a liberdade entre os indivíduos são essenciais no processo das necessidades humanas básicas e na elaboração de políticas de saúde mental. A Análise mostra que algumas políticas foram pensadas para abrandar as expressões da questão social e, assim, o Estado dá respostas a partir da elaboração de políticas públicas que possibilitem a mudança de cenário.

No contexto das Constituições Federais no Brasil, o período que compreende os anos de 1930 a 1964, as políticas eram elaboradas por constituições que haviam recebido influências europeias voltadas, em sua maioria, para a ascensão econômica e o fortalecimento da burguesia e do capitalismo no país (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O ano de 1923 é chave para a compreensão do formato da política social brasileira no período subsequente: aprova-se a lei Eloy Chaves, que institui a obrigatoriedade de criação de Caixas de Aposentadores e Pensão (CAPs) para algumas categorias estratégicas de trabalhadores, a exemplo dos ferroviários e marítimos, dentre outros. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 80).

Nesse período, em que foi aprovada a Lei Eloy Chaves, a economia do país dependia basicamente da monocultura do café, que era exportado para outros países. A estratégia era reconhecer direitos aos trabalhadores que ocupavam categorias trabalhistas benéficas para a economia. Essa mesma Lei foi um dos primeiros traços da previdência social no Brasil. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Na década de 1930, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, que davam início ao sistema público de previdência no Brasil. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A análise da ‘questão social’ em nossa sociedade tem autorizado alguns estudiosos desse assunto a afirmação de que no Brasil, durante os governos ditatoriais e centralizadores, tem-se verificado significativos avanços na legislação trabalhista e previdenciária, meios eficazes de arrefecimento das tensões sociais. De fato, no que se refere a essa questão, a exemplo do que aconteceu durante o Estado Novo, a tentativa no pós-64 de redefinir o papel do Estado frente aos conflitos sociais se fez acompanhar de reformulações no enfrentamento da ‘questão social’. (BRAVO; PEREIRA, 2008, p. 164, grifos do autor)

No âmbito da saúde, se dá a criação, na década de 1930, o Ministério da Educação e Saúde Pública, assim como, o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Consultivo do Ensino Comercial. Até esse momento histórico, iniciativas para uma política nacional de saúde eram escassas e sem a referência de uma saúde universal e integral. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Para dar conta das crescentes demandas sociais – advindas, principalmente, da ‘questão social’, então desencadeada – a que se viu obrigado a responder, o Estado capitalista, até por uma questão de sobrevivência, renunciou à sua posição equidistante de árbitro social para tornar-se francamente interventor. E nesse papel, ele passou não só a regular com mais veemência a economia e a sociedade, mas também a empreender ações sociais, prover benefícios e serviços e exercer atividades empresariais. Dessa feita, o Estado capitalista tornou-se, desde o final do século XIX, parte visivelmente interessada nos conflitos entre capital e trabalho, agudizados pelo processo de industrialização, assumindo um forte papel regulador, dando origem ao Estado de Bem-Estar ou Estado Social, como preferimos chamar. (BRAVO; PEREIRA, 2008, p. 30).

Bravo e Pereira (2008) refletem que a criação do Estado de Bem-Estar Social, tinha como objetivo uma intervenção democrática do Estado, conseqüentemente, de um sistema público de saúde mais igualitário, que proporcionou para a prática medicinal a atenção necessária para que esse poder tivesse sua ascensão, tendo assim, maior evidência.

Para aprofundar, nos anos de 1930 até 1945 o Brasil foi governado por Getúlio Vargas, presidente que ficou conhecido por desenvolver e organizar as relações entre capital e trabalho, criando o Ministério do Trabalho e recebendo o título de “pai dos pobres” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Vargas esteve à frente de uma ampla coalização de forças em 1930, que a historiografia caracterizou como um Estado de compromisso, e que

impulsionou profundas mudanças no Estado e na sociedade brasileiras. Os primeiros sete anos foram marcados por uma forte disputa de hegemonia e da direção do processo de modernização. De certa forma, a Constituição de 1934 expressa as tendências e contratendências desse período. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 105)

Cabe a crítica de que o governo de Vargas, mesmo que voltado para o desenvolvimento do país, tinha cunho liberal e era amparado por grandes empresários que ganharam com as condições precárias de trabalho da população pauperizada, e que não tinha um respaldo legal e constitucional sobre seus direitos trabalhistas.

Em 1945, após 15 anos no poder, Getúlio Vargas caiu, e abriu-se um novo período no país, de intensas turbulências econômicas, políticas e sociais. Afinal, o Brasil tornou-se um país mais urbanizado, com uma indústria de base já significativa, apesar de a vocação agrário-exportadora permanecer forte, e com um movimento operário e popular mais maduro e concentrado, com uma agenda de reivindicações extensa. A Constituição de 1946 foi uma das mais democráticas no país, chegando até a retirar o Partido Comunista da ilegalidade. O período 1946-1964 foi marcado por uma forte disputa de projetos e pela intensificação da luta de classes. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 109)

As propostas e os direitos de organização trabalhista tinham cunho de política liberal, controlavam os sindicatos e os movimentos sociais, conduta que marcou os dois mandatos de Vargas, sendo o segundo de 1950 a 1954. O direito à greve e a liberdade de articulação dos sindicatos vieram na Constituição Federal de 1946, sob a presidência de Gaspar Dutra, que mantinha o perfil liberal já estabelecido por outros presidentes no Brasil.

Na verdade, a política social brasileira desse período, não obstante encampada pelo Estado, funcionava, no mais das vezes, como uma espécie de zona cinzenta, onde se operavam barganhas populistas entre Estado e parcelas da sociedade e onde a questão social era transformada em querelas reguladas jurídica ou administrativamente e, portanto, despolitizada. (PEREIRA, 2002, p. 130)

À medida que o país se desenvolvia industrialmente, com a difusão de grandes empresas automobilísticas e com o nacionalismo desenvolvimentista, política adotada pelo presidente Juscelino Kubitschek, de 1956 a 1961, a classe trabalhadora viveu um tempo de prosperidade ilusória, uma vez que a distribuição de renda não aconteceu. Com as primeiras crises, o proletariado foi afetado diretamente e, conseqüentemente, as lutas se (re) iniciaram.

Esse processo de salto para diante na economia capitalista brasileira acirrava a luta de classes, pois implicava o aumento numérico e a concentração da classe trabalhadora, com suas consequências em termos de maior organização política e consciência de classe. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 110)

A década de 1960 e o início da Ditadura Militar em 1964, o país foi marcado por muitas greves, movimentos sociais e negociações, em sua maioria, com a classe trabalhadora, que já sofria há décadas com a exploração e precarização do trabalho.

Apesar de curto, esse governo apresentou uma proposta mais progressista de política social e uma intenção deliberada de intervir nas bases de políticas e instituições estratégicas. Entretanto, o intento governamental de realizar reformas de base, reivindicadas pela sociedade, e mudanças no sistema eleitoral, na organização urbana, na educação superior e na relação prevaiente do país com o capital estrangeiro, provocou inquietações conservadoras, levando a burguesia industrial e a classe médica (que temiam o socialismo) a se rearticularem com as velhas forças agromercantis para agir contra Goulart. Resultado: o golpe militar de 1964 e a inauguração de um outro padrão (autoritário) político-administrativo no país. (PEREIRA, 2002, p. 134)

O presidente João Goulart, na tentativa de amenizar a situação em que se encontravam os trabalhadores brasileiros, que passaram anos com uma administração voltada para uma economia liberal, propôs que reformas de base fossem realizadas. Assim, as tentativas deste presidente levaram os liberais e os anticomunistas a um conservadorismo ainda maior, o que culminou no Golpe de Estado em 1964.

Portanto, foram 21 (vinte e um) anos de Ditadura Militar que suspenderam os processos de evolução nas áreas dos direitos civis, políticos e sociais. O Golpe de Estado, em 1964, por parte dos militares e da burguesia liberal inicia no Brasil um período de ideologia militar sustentada pelo discurso de aniquilação do comunismo e de potência econômica, com a expectativa de tornar o Brasil uma grande economia mundial (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O primeiro elemento a ser identificado é uma aparente falta de sincronia entre o tempo histórico brasileiro e os processos internacionais. Enquanto no plano internacional desencadeava-se a reação burguesa, o Brasil, no contexto da ditadura militar pós-1964, vive a expansão do 'fordismo à brasileira', por meio do chamado Milagre Brasileiro. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 134)

O período de Ditadura Militar cumpre um papel de amenizar as relações entre capital e trabalho, prestando assistência aos trabalhadores que se viam em uma

condição precária, dentre tantas outras expressões da questão social, como o difícil acesso aos direitos básicos de saúde e assistência.

Dessa forma, colocou-se em marcha uma transição democrática fortemente controlada pelas elites para evitar a constituição de uma vontade popular radicalizada, o que era possível diante do volume de demandas represadas oriundas do aprofundamento da questão social em face do projeto da ditadura e das mudanças estruturais no país, que sai desse processo mais urbanizado e industrializado. (BEHRING; BOSCHETTI *apud* SADER, 2011, p. 138)

Os sucessivos governos militares alteraram as políticas sociais nas mais diversas áreas, imputando um viés de controle e repressão. Um exemplo é demonstrado por Couto (2010, p. 131):

No âmbito da política social previdenciária, ações de integralidade técnico-política de áreas a ela relacionadas foram efetuadas: em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social; em 1979, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que congregou o INPS, o Inamps (recém-criado para dar conta da assistência médica, retirando-a do INPS), a Funabem, a LBA e a Central de Medicamentos (Ceme). Essa medida, já pautada no início da década de 1960, teve como objetivo reunir em uma única estrutura as instituições que anteriormente tinham uma relação direta na oferta dos benefícios à população. Se, por um lado, a medida teve seu aspecto favorável, pois a unificação dos benefícios e recursos poderia racionalizar e deixar mais transparentes a oferta e o gasto das políticas, por outro, ao realizá-la, os governos da ditadura militar efetivaram seus propósitos de controlar a oferta dos benefícios e, automaticamente, controlar a população, que, em última instância, era quem financiava os próprios benefícios ofertados pelas políticas previdenciária, mas que, em virtude do processo conjuntural repressor, não era assim compreendido pela maioria da população.

A implantação das políticas sociais no período da Ditadura Militar trouxe uma concepção ambígua a respeito destas conquistas. A população percebia tais conquistas como concessões do Estado. Tais políticas podem ser classificadas de “política de comando”, uma vez que regulamentavam através dos meios técnicos e burocratas, os direitos concedidos à população (DEMO, 1996).

É nessa conjuntura militarizada e autoritária que a população demonstra sua insatisfação com a forma de gestão governamental, desde a criação de políticas até a supressão de direitos fundamentais. Assim, as ditas concessões estatais podem ser compreendidas como mecanismos de controle social de massa, que tem um discurso de estabilização do bem-estar social, mas, na realidade a distribuição da renda não é afetada havendo um acúmulo grande de capital por uma parcela pequena da sociedade.

A presença sentida nas manifestações e greves que ocorreram no país, com grande relevância nos períodos da Ditadura Militar, tiveram seu princípio no sentimento e envolvimento que cada um tinha com seus problemas e repressões já vivenciadas. A participação era necessária e apenas assim era possível lutar pelos direitos e políticas sociais, buscando o real sentido de participar, segundo Demo (1996, p. 22): “não existe o processo participativo, se não acontecer alguma coisa na estrutura das desigualdades, cujo problema não pode somente ser buscado fora de nós”.

A ditadura militar reeditou a modernização conservadora como via de aprofundamento das relações sociais capitalistas no Brasil, agora de natureza claramente monopolista, reconfigurando nesse processo a questão social, que passa a ser enfrentada num mix de repressão e assistência, tendo em vista manter sob o controle as forças do trabalho que despontavam. Nesse quadro, houve um forte incremento da política social brasileira (BEHRING, BOSCHETTI *apud* NETTO, 2011, p. 136).

Contudo, à medida que as implementações das políticas sociais ocorriam à sociedade vivia efeitos destrutivos nas condições de vida e na garantia de direitos. O acesso aos programas que foram criados no final da Ditadura Militar era limitado, apesar de abranger grande parte da população, como a rural, empregadas domésticas, trabalhadores que sofriam acidentes de trabalho, entre outros. Mesmo com a ampliação desses direitos e políticas sociais, a maior parte da população não se via amparada pelo Estado em seu complexo assistencial-industrial-tecnocrático-militar, Behring e Boschetti (*apud* Faleiros 2011, p. 137), uma vez que a política social não transformava a estrutura social.

Foi nesse contexto que a política social passou a ser estrategicamente intensificada, não como resposta conscienciosa às necessidades sociais, mas como uma via de reaproximação do Estado com a sociedade. Os flagrantes focos de pobreza absoluta, cuja redução se colocava como meta principal, tornaram-se o alvo prioritário dessa política. Sem poder negá-la, a melhor tática governamental foi reconhecê-la e incluí-la nos Planos de Desenvolvimento, de sorte que tal procedimento soasse como sinal de maturidade e autocrítica do regime. (PEREIRA, 2002, p. 144)

O processo histórico da saúde mental no período de Ditadura Militar teve um aumento significativo de hospícios, devido às reformas da política saúde e da previdência. O atendimento às pessoas com transtorno mental passou a ser conveniado à rede previdenciária e influenciou na abertura de hospitais.

O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre sim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. (AMARANTE, 1995, p. 79)

Desse modo, a contextualização da política de saúde a partir de 1930, e a política de saúde mental, apresentam que a participação social e os movimentos sociais foram importantes no processo de construção de uma saúde de qualidade que seja garantida e responsabilizada pelo Estado.

## **1.2 O movimento para a Reforma Psiquiátrica**

O Movimento da Reforma Psiquiátrica caracterizou-se pela luta antimanicomial e fez parte do processo histórico de lutas no Brasil, assim como o Movimento pela Reforma Sanitária. O Movimento fundamentou-se nos princípios de dignidade, liberdade, respeito para tratamento das pessoas em sofrimento mental e alternativas do cuidado em saúde mental, para ruptura com o histórico de abordagens psiquiátricas invasivas reproduzidas por modelos de punição e isolamento.

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a 'Crise da DINSAM' (Divisão Nacional de Saúde Metal), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAM, todas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), deflagram uma greve, em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais. (AMARANTE, 1995, p. 51)

No ano de 1978, o Movimento questionou essas práticas, sendo que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) marca o início da luta antimanicomial, em conjunto com profissionais e trabalhadores que integraram o Movimento pela Reforma Sanitária brasileira, incluindo também pessoas com histórico de internações psiquiátricas, protagonizando e dando iniciativa à crítica aos modelos utilizados na assistência às pessoas com transtorno mental. Nesse contexto histórico, surgem novas demandas sociais que fortalecem o Movimento, intensificando as denúncias ao tratamento asilar que era oferecido nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

Após alguns anos, em 1987, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental no Rio de Janeiro, que ampliam a discussão e a crítica aos modelos até então aplicados. O resultado expressivo destes eventos é instituído o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, o que fortaleceu o Movimento da Luta Antimanicomial. Do mesmo modo, surge à proposta, de uma nova linha de tratamento para transtorno mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), marcando o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

[...] passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005, p. 7)

Após denúncias dos médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II sobre as formas de tratamento vigente no local, a crise é deflagrada e as denúncias têm grande repercussão. E, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que fortalece o questionamento sobre as práticas psiquiátricas, marcando o início da luta antimanicomial. (AMARANTE, 1995)

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal – aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhor condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Ou seja, reflete um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa. (AMARANTE, 1995, p. 52)

Desse modo, com objetivo de modificar a ideologia hospitalar, considerada desumana, a fim de diminuir o tratamento repressivo e o isolamento, é proposto à redução e formulação de serviços com o intuito de humanizar o hospital, tornando-o mais terapêutico; assim como, a criação de serviços externos de saúde mental que substituiriam os manicômios para a socialização destes sujeitos.

O debate sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica se fortalece e, ampliando a discussão em saúde mental, onde se destaca o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado em janeiro de 1979, na cidade de São Paulo (AMARANTE, 1995), onde a discussão sobre uma nova identidade profissional denuncia as práticas advindas do Estado.

Outra questão importante que surge – ou se solidifica neste congresso – é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados. São discutidos, ainda, os limites dos suportes teóricos de racionalização dos serviços e as diretrizes legais para alterar-se a assistência psiquiátrica, num indício de que a solução política se faz necessária. (AMARANTE, 1995, p. 55)

Através destas questões, advindas de discussões neste I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) ganha destaque e direciona sua luta para novos modelos de atenção em saúde mental, na tentativa de evitar as internações e modelos asilares de tratamento, tendo como destaque:

Em 1980, é a vez do I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, de 23 a 25 de maio, onde se discutem problemas sociais relacionados à doença mental, à política nacional de saúde mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área, suas condições de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político-social da população brasileira e às denúncias das muitas 'barbaridades' ocorridas nas instituições psiquiátricas. (AMARANTE, 1995, p. 56)

As denúncias intensificam-se e, nesse período, as barbaridades ocorridas nos hospitais psiquiátricos nesse período, revela o genocídio de 60 (sessenta) mil pacientes mortos no Hospital Colônia, maior hospício do Brasil, que ficou conhecido como Holocausto Brasileiro, na cidade de Barbacena/MG. Este Hospital Colônia, como ficou conhecido, representa a negligência do tratamento para pessoas em sofrimento mental e reproduz o conceito de loucura conservador e desumano.

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se torna incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. (ARBEX, 2013, p. 14)

As condições de trabalho e as causas trabalhistas que também foram abordadas nos Congressos e Encontros com participação do MTSM, denunciam a situação da Política de Saúde Mental vigente no país desde o período da Ditadura Militar. Ainda, nesses eventos, o poder da medicina sob a loucura tornou-se uma pauta da luta antimanicomial, articulada as condições de trabalho das diversas categorias envolvidas na saúde mental.

Em atenção psicossocial se usa a expressão 'responsabilizar-se' pelas pessoas que estão sendo cuidadas. A psiquiatria se refere à relação médico-paciente, mas na verdade o que ela estabelece é uma relação médico-doença. Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais [...]. (AMARANTE, 2007, p. 82)

O movimento da luta antimanicomial tem como pauta principal o resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento mental, ou seja, indivíduos que não reproduzem a lógica capitalista de produção e são excluídos juntamente com outras minorias da sociedade.

Os estudos apontam que ao longo da história, as sociedades buscam sentido da vida, do cotidiano e criam interpretações sobre as pessoas, às doenças e a loucura, criando a ideia de que a loucura é perigosa, portanto, deve ser isolada. Em contraposição, defende-se uma ideia de transformação social para com a pessoa em sofrimento mental, a partir da criação de espaços que ofereçam tratamento em liberdade, inclusive de expor a loucura e suas expressões, ou seja, a liberdade em espaços terapêuticos e de acolhimento.

Em última instância, todo o conjunto de transformação e inovações anteriores contribuem para a construção de um novo imaginário social em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento, que não seja de rejeição ou tolerância, mas de reciprocidade e solidariedade. Franco Basaglia observava que era importante questionar não somente 'o manicômio nem a psiquiatria como ciência, mas tudo o que, partindo do 'território' repelia a doença e a confiava à psiquiatria e ao manicômio'. (AMARANTE *apud* BASAGLIA, 2007, p. 73)

Dessa forma, o movimento de luta antimanicomial foi ganhando espaço e visibilidade nacional, encontrando meios jurídicos de colocar em pauta suas reivindicações. Assim, a participação social foi ponto importante na construção de espaços de discussões e transformações, como a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada conjuntamente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, como analisada anteriormente, devido a sua relevância no processo de criação de políticas sociais de saúde. (AMARANTE, 1995)

É na I Conferência Nacional de Saúde Mental que estabelece a desvinculação do movimento sanitarista do movimento psiquiátrico, defendendo pautas ligadas diretamente à saúde mental, como a desinstitucionalização.

O movimento pela reforma psiquiátrica reencontra suas origens e se distancia do movimento pela reforma sanitária. Parte da explicação deste afastamento pode ser encontrada no fato de que, apesar de todos os desvios de rota, de todas as contradições e paradoxos, o movimento psiquiátrico sempre mantém um viés desinstitucionalizante – isto é, mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença – ao passo em que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social. (AMARANTE, 1995, p. 94)

Amarante expõe que as particularidades entre as Reformas, sendo que a Reforma Psiquiátrica preocupou-se em atender a singularidade de cada sujeito em sofrimento psíquico.

O movimento da luta antimanicomial foi fortalecido na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, que teve como tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar e enfrentar desafios”. Esta Conferência reafirmou as conquistas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo, a desinstitucionalização e a garantia de uma rede de assistência em substituição aos hospitais psiquiátricos, para a inserção desses sujeitos na sociedade.

Portanto, a defesa central da reforma psiquiátrica se encontra na preocupação de não institucionalizar a luta e os processos que surgiram após o início do movimento, pois assim iriam ao contrário do que o próprio movimento reivindicava e buscava desconstruir.

As condições do país na década de 1970 revelam que o acesso ao direito na saúde e à saúde mental eram precários e desumanizados. As lutas na saúde se intensificaram e o Movimento da Reforma Sanitária brasileira se organiza para a implantação de um Sistema de Saúde universal e público.

Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como fundamentos dessa concepção destacam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. Sua premissa básica consiste na Saúde como direito de todos e dever do Estado. (BRAVO; PEREIRA, 2008, p. 46)

Os avanços democráticos no âmbito da saúde, que estão garantidos na Constituição Federal de 1988, culminaram na criação do Sistema Único de Saúde

(SUS), tornando a saúde “como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). A Constituição Federal (BRASIL, 1988) foi um marco das políticas sociais e públicas no Brasil. Segundo, Bravo e Pereira (2008, p.41, grifos do autor) “a Constituição de um país (e não o mercado ou organizações privadas não mercantis) é a principal agência de garantia de direitos”.

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados (MINAYO, 2004, p. 15)

O movimento pela Reforma Sanitária defendia a criação de políticas sociais como responsabilidade do Estado e contou com a participação expressiva de trabalhadores de saúde, como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais e de representantes da sociedade civil organizada, os quais construíram propostas para atender as demandas sociais e de saúde da população.

É na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na cidade de Brasília/DF acontecia um dos momentos de luta e reivindicações para a política de saúde. Foi um marco histórico por propagar o movimento da Reforma Sanitária e implantar diretrizes no âmbito da saúde, para compor a elaborada Constituição Federal de 1988.

Em um dos temas discutidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e descrito em seu Relatório Final, fica exposta a importância de uma saúde pública universal e igualitária.

É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição: - a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; - a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional; a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais. (BRASIL, 1986, p. 8 - 9)

Dessa forma, a 8ª Conferência Nacional de Saúde contribuiu para as discussões e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem um papel importante na política social.

No Brasil, a intenção constituinte integrou as áreas de Previdência, Saúde e Assistência Social sob a rubrica da seguridade. Assim, sinalizou possibilidades de expandir as ações e o alcance das mesmas, consolidar mecanismos mais sólidos e equânimes de financiamento e estabelecer um modelo de gestão capaz de dar conta das especificidades que cada área possui, mantendo o espírito geral de proteção universal, democrática, distributiva e não-estigmatizadora. E respondeu, sem dúvida, a generalizados anseios, ativas articulações e acalorados debates que ganharam corpo na sociedade desde meados dos anos 70, ao iniciar-se o processo de declínio do governo militar. (BRAVO; PEREIRA, 2008, p. 173 e 174).

Dessa forma, a construção de uma política de saúde universal, ampla e integral resultou das lutas e reivindicações da população. Esta conquista por direitos e políticas sociais foi possível a partir da participação popular, que sofria em seu cotidiano as desigualdades cada vez mais relevantes, impostas por uma parcela burguesa da sociedade.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a sua regulamentação se dá através da Lei Orgânica da Saúde de número 8.080/90, que foi um marco no processo histórico das políticas sociais no Brasil. Assim como a Lei 8.142/90 teve um importante papel nos espaços de luta e dos movimentos sociais (BRAVO; PEREIRA, 2008).

No plano jurídico, o controle social na saúde só foi regulamentado em 1990, com a promulgação da Lei 8.142/90, que, junto com a Lei 8.080/90, conforma a Lei Orgânica da Saúde. Portanto, é na Lei 8.142/90 que se encontrará, pela primeira vez, o detalhamento de como se dará o exercício do controle social na saúde. A Lei 8.142/90 garante o controle social em duas instâncias formais, que são também espaços de luta: o *conselho de saúde* e a *conferência de saúde*. (BRAVO; PEREIRA, 2008, p. 47)

Na década de 1990, o Brasil enfrenta uma onda neoliberal que vai influenciar nos direitos garantidos na Constituição Federal de 1988. A influência de uma política de Estado mínimo dificulta a implementação e o acesso às políticas sociais criadas.

A partilha do poder público se traduz em uma estrutura organizacional vertical destinada a garantir a participação das entidades envolvidas nas políticas sociais setoriais e de pessoas por elas diretamente afetadas. Esta estrutura é definida nas leis orgânicas setoriais. As bases da estrutura são as Conferências (municipais, estaduais e nacionais), momentos de participação direta da população interessada e dos usuários, na definição

da política de assistência. Convocadas pelos Conselhos a cada dois anos, as Conferências discutem as diretrizes e prioridades locais que deverão informar a Política Nacional. (BRAVO; PEREIRA, 2008, p. 88 e 89).

Na saúde, o fortalecimento para uma política universal e integral veio através dos conselhos e conferências, que cumpriram papel essencial de participação popular.

### **1.3. A Política Nacional de Saúde Mental**

A I Conferência Nacional de Saúde Mental de 1986 torna-se um marco na luta antimanicomial e no movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) ganhou força e estabilidade ao longo dos anos com as Conferências de Saúde e com o apoio do Deputado Paulo Delgado (PT/MG). A Lei Federal 10.216 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), passa a garantir atendimento, oferecendo serviços básicos para proteção e garantia de direitos para pessoas com transtornos mentais.

Embora o projeto original tenha sido rejeitado, após doze anos de tramitação, foi aprovado um substitutivo que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. O texto da lei aprovada não assegurou algumas das aspirações mais fundamentais do projeto original, tais como a extinção progressiva dos manicômios. (AMARANTE, 2007, p. 70)

O grande avanço da Lei 10.216/01 é a criação de serviços descentralizados e abertos, concretizando, pela primeira vez no país, a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é criado para atendimento das demandas psíquicas e sociais no âmbito do SUS (AMARANTE, 1995). Como um serviço substitutivo dos manicômios e hospitais psiquiátricos, pelo qual oferece tratamento terapêutico e psiquiátrico mais humanizado, sem praticar isolamento e exclusão.

O primeiro CAPS foi criado na cidade de São Paulo em 1987, e ampliou em âmbito nacional a discussão e a construção de novas redes de atendimento em saúde mental, objetivando a substituição dos tratamentos em hospitais psiquiátricos. Assim, os serviços substitutivos em saúde mental e especificamente relacionados

aos CAPS's são divididos em: CAPS I, CAPS II e CAPS III, que obedecem cada um a sua complexidade de atendimento.

Além dos CAPS, como serviços substitutivos, a Rede de Atenção Básica em Saúde Mental conta também com o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), o Centro de Atenção Diária (CAD), as Oficinas Terapêuticas, o Hospital-Dia para Serviço de Internação Parcial, ainda, com leito hospitalar em Hospital Geral para atendimento em crises psicóticas, a fim de evitar as internações psiquiátricas. (AMARANTE, 2007)

O atendimento de complexidade do CAPS orienta os serviço substitutivo com atendimento especializado para pessoas com transtorno mental de álcool e outras drogas e atendimento infantil, sendo representados pelo CAPSad e CAPSi, respectivamente.

Amarante (2007, p. 83) explica o funcionamento sobre o atendimento de cada serviço: “os CAPS funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (de segunda a sexta-feira). O horário e funcionamento nos fins de semana dependem do tipo de Centro.”.

Assim, o CAPS I atende municípios que abrangem uma população entre 20.000 a 70.000 habitantes funcionando em horário comercial. O CAPS II, com atendimento de uma população maior (70.000 a 200.000 habitantes) conta também com uma probabilidade de terceiro turno até às 21 horas em seu horário de funcionamento. E o CAPS III com uma abrangência de atendimento maior, abrangem municípios acima de 200.000 habitantes e funcionam 24 horas por dia, cumprindo a carga horária também nos feriados e finais de semana. (AMARANTE, 2007)

O CAPSad e o CAPSi possuem especificidades de horários e atendimentos, sendo eles: em municípios com população de 100.000 habitantes; e atendimentos em municípios acima de 200.000 habitantes, respectivamente. Ambos com funcionamento semelhante ao CAPS II. (AMARANTE, 2007)

Os serviços de atenção psicossocial devem procurar desenvolver ao máximo suas habilidades em atuar no território que, como abordamos anteriormente, não se reduz ao espaço geográfico. O serviço pode ser considerado tanto mais de base territorial, quanto mais seja capaz de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade. (AMARANTE, 2007, p. 84 e 85)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cumpre um papel intersetorial importante no processo da Reforma Psiquiátrica. As demandas em saúde mental, mesmo que ainda pensadas por profissionais ligados somente a este tema, perpassa por diversos campos da saúde e de outras políticas sociais e públicas.

Estamos falando do princípio da intersetorialidade, isto é, de estratégias que perpassam vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. (AMARANTE, 2007, p. 86)

A orientação da Política Nacional de Saúde Mental esclarece que inicialmente, o acolhimento no CAPS compreende a realidade social do usuário, sua estrutura familiar e convívio social, a importância de sua história de vida e de como desenvolveu possíveis transtornos mentais complementam as informações para discussões ou estudo de caso. Portanto, cada usuário (a) apresenta necessidades pessoais e individuais, particularidades que auxiliam a equipe de saúde mental na compreensão de causas e consequências que levaram as demandas.

Devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades. (AMARANTE, 2007, p. 69)

A equipe de saúde mental do CAPS é composta, conforme preconiza o SUS, pelas seguintes profissões: Serviço Social, medicina psiquiátrica, enfermagem, técnico de enfermagem, psicologia, farmácia, terapia ocupacional e equipe administrativa. Em alguns casos, conta também com equipes que não possuem ligação com a área da saúde, como explica Amarante (2007, p. 84):

Os serviços de atenção psicossocial procuram dispor de operadores de diversas categorias profissionais, muitas consideradas 'externas' à área da saúde, tais como: músicos, artistas plásticos, artesãos, dentre outras, a depender da possibilidade de cada serviço, de cada cidade ou da criatividade de cada um.

Entretanto, o movimento da luta antimanicomial atualmente encontra novos desafios. Entre estes desafios está a importância de reconhecer que a saúde mental está além do saber psiquiátrico, que ainda possui o poder sobre a loucura.

[...] o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos

saberes tradicionais na área, buscando uma nova recomposição de conhecimentos sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e que, portanto, não seja apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos antigos saberes parcializados. (ROSA, 2002, p. 43)

A defesa da Reforma Psiquiátrica é um movimento e resiste aos desafios postos pelo cenário atual. Reconhece que a partir da extinção dos manicômios e das formas cruéis de tratamento, o sujeito em sofrimento mental deve ter a liberdade assegurada, o desenvolvimento de sua autonomia e qualidade de vida social e psíquica.

## **CAPÍTULO II**

### **SERVIÇO SOCIAL E A DEFESA DA LUTA ANTIMANICOMIAL**

## 2.1 O debate sobre o processo de medicalização da vida

O Serviço Social é uma profissão comprometida com as lutas em defesa da saúde e do acesso aos bens e serviços. No âmbito da Saúde Mental não seria diferente, já que o tema vem ganhando mais espaço nas discussões acadêmicas e sociais, e o Serviço Social contribui nas análises e debates, junto com as demais profissões, sobre o tratamento humanizado e de qualidades para pessoa com transtorno mental.

Entre os debates inseridos na Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial está presente a discussão sobre o tratamento humanizado e sua importância, o respeito aos direitos humanos de cada indivíduo que procura e necessita de tratamento. Assim como, os serviços substitutivos em saúde mental e o amparo de uma rede de apoio no tratamento, compreendendo a relevância da família nesses processos.

Ainda, o debate da luta antimanicomial, envolve os serviços substitutivos de padrões de asilamento de hospitais psiquiátricos, clínicas terapêuticas e manicômios; as formas de tratamento oferecidas através de lobotomia, eletrochoque e outros. Do mesmo modo, se discute a cultura da doença e a relação com o poder médico psiquiátrico e as medicações produzidas, ou seja, a medicalização da vida.

O tema da medicalização da vida é uma inquietação da pesquisadora, pois apresenta uma preocupação com as formas que a pessoa em sofrimento mental vem sendo atendida no Sistema Único de Saúde, em especial, nos CAPS's. É uma discussão recente sobre como a indústria farmacêutica e o sistema capitalista sobre os meios que criam e que influenciam o consumo excessivo de medicações; em específico dos psicotrópicos, medicamentos usados no tratamento para pessoas com transtorno mental e, em alguns casos, mesmo sem consulta ao médico psiquiatra, no tratamento de ansiedade, angústia e/ou insônia, por exemplo.

O fato é que os avanços na saúde mental estão relacionados aos novos diagnósticos psiquiátricos e à medicalização da existência. A sociedade convive pacificamente e de forma alienada com essa realidade, uma vez que saber médico e, em particular, os medicamentos, são incorporados ao

cotidiano para ‘tratar’ aspectos corriqueiros da vida em busca de uma normalidade utópica. Este fenômeno é conhecido como medicalização social. (AMARANTE; PITTA; OLIVEIRA, 2018, p. 58).

Nesse sentido, a partir do momento que algo normal ou comum aos seres humanos torna-se patológico ou medicalizado nomeia-se esse fenômeno como medicalização da vida. Os estudos mostram que se relacionam sentimentos da natureza humana como tristeza ou angústia, ao ideal ou natural ao ser humano. Assim, medicaliza-se a angústia, a tristeza sem ao menos descobrir sua origem ou aprofundar uma perspectiva de totalidade.

O recurso ao tratamento farmacológico como modo hegemônico de enfrentar as diversas manifestações da dor de viver tem se tornado alarmante, e os chamados “distúrbios infantis” têm, nesse contexto, adquirido especial apelo e investimento. Hoje há todo um movimento de enquadramento psiquiátrico de comportamentos de crianças. Comportamentos que, há algumas décadas atrás, seriam simplesmente considerados como problemáticas próprias à infância e objeto de um trabalho concernente não à Psiquiatria, mas à Educação. (AMARANTE; PITTA; OLIVEIRA, 2018, p. 48).

Importante ressaltar a crítica na discussão da medicalização da pessoa com transtorno mental, que ao ser inserido em serviço de saúde mental encontra, em alguns casos, o equilíbrio e o acolhimento através das medicações.

A pesquisadora reconhece a importância da medicação na saúde mental, e a partir da experiência profissional compreende que a elaboração desse tratamento pensada em conjunto por todos os envolvidos – pacientes, equipe profissional e familiar – uma vez que os resultados podem ser positivos e responsabilizados. (FREITAS; AMARANTE, 2015)

A crítica se aplica, assim, à construção social em torno da medicação, que deve cumprir papel de cura, pílula da felicidade e ser a única opção de melhora, sendo ingerida excessivamente. Assim como, na patologização de relações e sentimentos humanos, que são incluídos em diagnósticos produzidos pelo poder psiquiátrico.

Dessa forma, nos casos em que essa medicação é usada de forma excessiva, sejam pelos próprios usuários que se sentem saciados mentalmente com a droga ingerida; ou influenciados pelos familiares e até medicados pelo próprio médico, a medicação pode e causa efeitos indesejados nesses indivíduos, como a dependência e a dopagem que retiram a capacidade de relacionar e exercer alguma atividade cotidiana.

Para aprofundar a compreensão do processo de medicalização da vida, e como ele vem sendo construído socialmente é importante ressaltar alguns acontecimentos históricos relevantes, para que a partir deles possa questionar, em que momento a condição social e/ou comportamento individual, passaram a ser condicionados ao diagnóstico e a patologização (FREITAS; AMARANTE, 2015).

O termo *medicalização* começou a frequentar a literatura científica desde a segunda metade do século XX. E não por acaso. A partir da Segunda Guerra Mundial, a sociedade é afetada pelo impacto do que passou a ser considerada uma verdadeira revolução terapêutica: o surgimento das terapias com antibióticos e hormônios, a descoberta de vacinas e, muito particularmente, a consagração triunfal da indústria farmacêutica. (FREITAS, AMARANTE, 2015, p. 17, grifos do autor).

Os autores esclarecem que a sociedade, a partir desse período, diminuiu o índice de morte por doenças que eram letais e passou a compreender, a partir de então, a medicação como uma possível cura de doenças presentes na época. A atenção para novos medicamentos tornou-se maior, considerando a sua importância para a qualidade de vida, após o surgimento dos antibióticos e hormônios.

No campo da saúde mental não foi muito diferente. Os psicofármacos ganharam destaque com a descoberta das pílulas que cumpriam papel de resolver e solucionar problemas psíquicos, até então sem perspectiva de melhora e cura (FREITAS, AMARANTE, 2015).

Foucault (2014) aponta a relação médico e doente com a noção de cura da loucura, desde a era clássica, entre os séculos XVIII e XIX. Assim expõe a relação entre teoria e prática que era estabelecida entre o médico e doente e como a comunicação e a linguagem, entre essas duas esferas, foram facilitadas a partir dos remédios, sendo que na época ainda era limitada e produzida por meios mais naturais do que os atuais.

O uso dos vegetais e dos sais logo será reinterpretado numa farmacopeia de estilo racionalista e colocado numa relação discursiva com as perturbações do organismo que se acredita poder curar. No entanto, na era clássica houve alguma resistência: o domínio da loucura. [...] Fenômeno da alma e do corpo, estigma propriamente humano, nos limites do pecado, signo de uma decadência mas igualmente lembrança da própria queda, a loucura só pode ser curada pelo homem e seu envoltório mortal de pecador. (FOUCAULT, 2014, p. 301)

Nesse sentido, a relação de médico e doente ganha um novo domínio que as práticas de asilamento não ofereciam. Enquanto, os ditos loucos eram internados e

isolados do ser social para tratar a loucura, a medicina amplia sua comunicação com a sociedade a partir das práticas medicamentosas. Porém, com a manipulação dos elementos da natureza ampliou-se os medicamentos, até que fosse possível criar a farmacologia.

Ora, essa exaltação se produz numa época em que o poder médico encontra suas garantias e suas justificações nos privilégios do conhecimento: o médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém de um saber o autoriza a intervir e a decidir. O poder que o asilo dá ao psiquiatra deverá, portanto se justificar (e se mascarar ao mesmo tempo como superpoder primordial) produzindo fenômenos integráveis à ciência médica. (FOUCAULT, 2006, p. 446)

Esse poder psiquiátrico vai além de tratar a doença e o doente, o caráter terapêutico fica em segundo plano, pois a relação hierárquica encontradas no hospital psiquiátrico funciona como um regime, uma regularidade, uma forma de isolar a loucura, influenciando aqueles sujeitos a acreditarem nos seus delírios e nos diagnósticos que recebem.

O conhecimento sobre a doença e o doente torna o médico, ou a psiquiatria, um conhecedor dos mais complexos sintomas e diagnósticos que dão o direito ou poder de ditar as doenças que um indivíduo apresenta. Percebe-se o quão interligado está à medicina e a indústria farmacêutica, uma promovendo o sustento da outra, ou seja, a indústria que fornece, ao mesmo tempo, a doença e a cura.

Os autores Adorno e Horkheimer (1985) refletem que o crescimento do homem está no conhecimento e na sua capacidade de utilizá-lo para o domínio da natureza. E consideram que, o homem aprendeu a dominar a natureza através do conhecimento, para que as suas necessidades humanas fossem atendidas. Dessa forma, o conhecimento está vinculado ao uso livre da razão, para que o homem a utilize em seu benefício.

A natureza, para os autores Adorno e Horkheimer (1985), é instável, um caos, imprevisível, e o receio desse caos gera uma propulsão no ser humano que o mesmo começa a interpretar a natureza de forma que ele faça parte dela. Dessa forma, nasce o mito: uma reflexão sobre a natureza que lida com o que está acontecendo, no presente. A meta do iluminismo seria dissipar os mitos e substituir a imaginação pelo esclarecimento, pelo saber.

A ideia principal do iluminismo, palavra que traduzida do alemão “Aufklärung” pode ser entendida como esclarecimento, era dissipar o mundo mágico, as fantasias e criar um mundo que evoluísse e crescesse baseado no saber. Porém, pode-se

interpretar que o conhecimento seguiu outros caminhos. Adorno e Horkheimer (1985) dizem que os conceitos de esclarecimento e de verdade “devem ser compreendidos não apenas como histórico-culturais, mas como reais” (ADORNO; HORKHEIMER, p. 17). A verdade também é uma configuração da sociedade, ela é socialmente e historicamente construída.

Contudo, a credulidade, a aversão à dúvida, a temeridade no responder, o vangloriar-se com o saber, a timidez no contradizer, o agir por interesse, a preguiça nas investigações pessoais, o fetichismo verbal, o deter-se em conhecimento humano com a natureza das coisas e o acasalaram, em vez disso, a conceitos vãos e experimentos erráticos: o fruto e a posteridade de tão gloriosa união pode-se facilmente imaginar. (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 17)

Dessa forma, a dominação do homem pelo homem torna-se naturalizada, pois o homem passou a ser parte da interpretação e da natureza subjugada que surgiu através do desenvolvimento da técnica e da sua manipulação.

O mito converte-se em esclarecimento, e a natureza em mera objetividade. O preço que os homens pagam pelo aumento de seu poder é a alienação daquilo sobre o que exercem o poder. O esclarecimento comporta-se com as coisas como o ditador se comporta com os homens. Este conhece-os na medida em que pode manipulá-los. O homem de ciência conhece as coisas na medida em que pode fazê-las. (ADORNO e HORKHEIMER, 1985, p. 21)

Foi através da dominação da natureza que se tornou possível um acesso à matéria que proporcionasse maior conforto para a humanidade, sendo possível criar maquinários industriais que agilizavam o trabalho nas indústrias, como os remédios, alimentos e tecnologias. Porém, com o acesso ao conhecimento e maior dominação da natureza surgiu, também, a exploração do trabalho, o que se interpreta como a dominação do homem pelo homem, como alienação.

É melhor que se deixe fora de qualquer questionamento legítimo o fato de que o processo de globalização, como de fato o conhecemos, se afirme reforçando os centros mais dinâmicos de dominação (e exploração) do capital, trazendo em sua esteira uma desigualdade crescente e uma dureza extrema para a avassaladora maioria do povo. (MESZÁROS, 2000, p. 64)

Após a Segunda Guerra Mundial em 1945, a atenção para as descobertas medicinais da época cresceu, o que até então era tratado com psicanálises e terapias foram transformando-se em psicofármacos. A sociedade que interpretava

os problemas psíquicos como incuráveis, enxergam nos psicofármacos um milagre: um tratamento prático e curador.

Nos anos pós 2ª Guerra Mundial o crescimento de reivindicações no âmbito da saúde cresceram muito, já que as descobertas farmacológicas cresciam na mesma direção. Com o Estado de Bem-Estar Social (BEHRIND; BOSCHETTI, 2006), que tinha como objetivo uma intervenção mais democrática do Estado, conseqüentemente, de um sistema público de saúde mais igualitário e sem distinções, proporcionou para as práticas medicinais a atenção necessária para que esse poder tivesse sua ascensão, tendo assim, uma evidência ainda maior.

A doença torna-se um desvio social do que se considerava normalidade, e assim, a pessoa munida de determinado diagnóstico está fadada ao que socialmente é construído como normal. Baseando nesses fatos e levando em consideração no modelo de sociedade capitalista, onde para existir é preciso produzir, o indivíduo fora dessa lógica capitalista está sujeito a não existir. Ou melhor, está constantemente procurando aprovação e permissão social para existir.

O sistema capitalista precisa de indivíduos para funcionar, ou de um modo-indivíduo de subjetividade:...um mesmo modo de subjetivação, presente desde pelo menos o século XVIII, quando ganha força 'o indivíduo' como dominância de expressão da subjetividade. Este modo, composto também por linhas diversas – o liberalismo político ascendente; o romantismo valorizador das expressões de 'cada um'; o êxodo de grande parte da população do campo para a cidade e a instauração de uma nova utilização do corpo nas relações de trabalho; a mudança nas relações entre domínio público e o privado; a criação de novos equipamentos sociais, difusores de ideais da burguesia ascendente, etc. – passa a se apresentar em diferentes práticas sociais produzindo objetos e sujeitos conforme este modo. Dessa forma, encontraremos diferentes saberes recortados por este 'modo-indivíduo'.(TORRE, AMARANTE, parafrazeando BENEVIDES, p. 74, 2001)

Entre as discussões que permeiam o debate da medicalização da vida e excessiva, para Freitas e Amarantes (2015) dois papéis sociais são explanados e cumprem funções importantes no processo de medicalização da vida. Primeiro, o papel social do doente, pelo qual são atribuídas construções sociais e culturais de como um indivíduo adoecido deve se comportar, vestir, falar, viver, principalmente, em aspectos de transtorno mental, pelos quais são atribuídas as condições psíquicas consideradas anormais.

O papel do *doente* é igualmente funcional para as interações interpessoais, sob o ponto de vista da cultura e da sociedade. E, muito particularmente, sob a ótica da formação da subjetividade propriamente dita. O portador de uma determinada doença dá sentido a determinadas representações sociais

(cultura), reitera normas de interações existentes (sociedade) e se constitui em sujeito (subjetividade). (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 19, grifos do autor).

E o segundo, por conseguinte, as relações de poder que eram mantidas, até então pelo Estado e pela religião, agora também são atribuídas a outros campos sociais. Essa forma de controle social perpassa pela subjetividade dos indivíduos e torna-se mais lucrativa do que se acreditaria. A subjetividade transforma-se em objeto de controle social para a medicina. Bisneto (2007) discute a subjetividade:

A produção da subjetividade pessoal é uma longa passagem de elementos universais da espécie humana e da sociedade, através das mediações de práticas sociais desde criança. A subjetividade reflete a forma dialética como o indivíduo se apropria das suas relações sociais ao longo da vida. Torna-se uma expressão singular de uma visão de mundo ligada a relações concretas na sociedade. (2007, p. 183 e 184)

Nesse contexto, como uma forma de disciplinar o que era socialmente aceito ou não, a medicina se apropria da subjetividade criando relações de poder contínuas, para que exercessem um papel na formulação de indivíduos produtivos dentro do sistema capitalista.

Além da subjetividade que é atribuída à loucura, alguns estigmas são, do mesmo modo, relacionados ao comportamento, como a ação e o modo de viver do doente. Para discorrer, Goffman (1963) categoriza alguns estigmas criados socialmente e que favorecem determinadas classes sociais, assim como, caracteriza o que a medicina chamaria de doente ou doença mental.

Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família. (GOFFMAN, 1963, p. 7)

Estes estigmas são relacionados não somente às deformidades corporais e deficiências físicas, as demais são percebidas como subjetividades de indivíduos inseridos em realidades completamente distintas, expostos em situações de preconceito e discriminação, por exemplo, determinantes para o desenvolvimento de transtorno mental. As condições sociais interferem, dentro de um contexto de

produção do sistema capitalista, pelo qual o indivíduo é condicionado a produzir constantemente, reproduzindo a necessidade de classificação como um dos principais suportes para que medicalização funcione.

A bem da verdade, a própria história da psiquiatria moderna é inseparável da história da construção de diversos modelos de classificação dos fenômenos reivindicados como sendo objeto da psiquiatria. [...] A pedra fundamental na qual a classificação psiquiátrica está alicerçada é a legitimidade à ciência. (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 42-43)

A psiquiatria atualmente baseia-se nos manuais de diagnóstico como o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), ou em tradução para o português: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; um dos mais utilizados e famosos dentro da psiquiatria e outros campos de saúde mental. Outro material que apresenta a mesma lógica do DSM, e que é utilizado para demais doenças Classificação Internacional de Doenças (CID). (FREITAS; AMARANTE, 2015)

A questão que se aponta, nessa análise, é a relação médico-farmacológica e política que estão inseridos os Manuais, em relevância o DSM, no cumprimento de alguns interesses que beneficiam grandes corporações e acaba por prejudicar a quem realmente deveria se favorecer com o avanço da ciência, as pessoas com transtorno mental.

Além da indústria farmacêutica, há também os dos grupos organizados de pacientes psiquiátricos. Para estes, o que está em questão são direitos – desde o que reembolsa tratamentos até os relativos a benefícios previdenciários. E nisso tudo há, logicamente, atores sociais importantes, como as empresas de planos e seguros de saúde, bem como o vasto número de escritórios de advocacia, as diferentes instituições do Estado, os diversos grupos religiosos, movimentos sociais e outros. Além da defesa dos próprios interesses da corporação psiquiátrica no campo da medicina. (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 44 e 45)

Freitas e Amarante (2015) refletem que o papel do médico na sociedade deve ser questionado, partindo do princípio de que foi atribuído à medicina o poder de ditar regras e normas, classificando os limites entre normalidade e patológico que são constantemente modificados pelos períodos históricos e culturais na sociedade.

O surgimento da medicina científica irá então conferir ao médico um poder antes desconhecido, na medida em que suas teorias e práticas passam a ser respaldadas pelas denominadas tecnociências. A medicina convencional acaba por receber uma convincente vantagem sobre outras

práticas de cura tradicionalmente desenvolvidas pela sociedade. (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 21)

A medicina passa a cumprir um papel ainda mais invasivo no cotidiano das pessoas e na sua prática diária. As formas de tratamento e os diagnósticos são, a partir de então, atribuídos ao modo e estilo de vida das pessoas, sendo que o certo ou equivocado torna-se uma questão que perpassa pela medicina.

Do mesmo modo, as formas de controle social que eram cumpridas pela religião e pelas leis, agora são também incumbidas à medicina.

A medicina adquire assim o direito de determinar como se deve trabalhar, dormir, se divertir, comer, fazer amor. E de estabelecer também o modo como se deve pensar, sonhar, desejar etc. A ideia da prevenção sustenta esse processo, na medida em que se passa a pensar em prevenção com o intuito de se evitar o surgimento de qualquer tipo de doença que possa acometer a população. (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 24)

Nesse processo de controle social, dentro de um sistema que valoriza a produção como forma das pessoas se colocarem no mundo, algumas questões se perdem no debate do poder da medicina. A normalidade e o patológico parecem estar cada vez mais em uma linha tênue pendendo para ambos os lados, o que era considerado uma virtude do ser humano, um ponto especial de subjetividade, atualmente é alocado em caixas patológicas de como isso ou aquilo é errado ou fora do comum e do padrão.

A autonomia dos sujeitos, principal característica para que se exista socialmente, considerando os direitos de acesso à saúde, educação, lazer, moradia e outros, estão totalmente interligados com a medicalização da vida. Que seja, sem a própria autonomia, os indivíduos estão sujeitos à submissão dos outros.

A patologização da vida e do poder médico tão presente no cotidiano, atribui-se uma vida saudável a partir da ingestão de medicamentos como forma de curar males e sentimentos inerentes do ser humano, que deveriam ser trabalhados e repensados através de uma totalidade, e não apenas de um diagnóstico.

Dessa forma, a medicalização excessiva dos sujeitos com transtorno mental, coloca em pauta sua autonomia e seu protagonismo, enquanto pessoa inserida em uma sociedade, onde esses valores são essenciais para ocupar espaços, estar presente e ser representado.

A medicalização está de tal forma incorporada em nossas vidas que podemos até considera-la nossa *segunda natureza*. E por ela lutamos, como se ao lutar por mais medicalização estejamos almejando por *mais-ser*. Exemplo bastante eloquente do quanto somos ávidos por mais medicalização diz respeito ao orçamento para a Saúde que sistematicamente reivindicamos ao Estado, algo que desafia nossas políticas públicas. (FREITAS; AMARANTE, 2015 p. 27, grifos dos autores)

Uma sociedade desenvolvida e influenciada, nos últimos séculos, pela busca por mais saúde, que encontrou nos medicamentos a possibilidade de uma vida saudável e de qualidade, atualmente, enfrenta a contradição dos índices de doença, que deveriam diminuir, em relação ao conhecimento proporcionado pela medicina, porém, apenas aumentam.

Cada vez mais dedicamos uma significativa parcela de nossos rendimentos em despesas com saúde; muito mais que nossos antepassados faziam. Estaríamos ficando cada vez mais doentes? Ou estaríamos a cada dia ficando mais saudáveis, já que gastamos mais com saúde? O fato é que o que somos parece estar inseparável do discurso biomédico. (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 11)

Obviamente, em uma política voltada para uma saúde universal, e que seja preventiva e não curativa, com a diminuição das doenças, os gastos seriam significativamente menores, possibilitando o investimento em outras áreas que influenciam no processo de uma saúde preventiva, como, por exemplo, moradia, lazer e educação.

Contudo, como transformar nossas relações, lutar por uma sociedade diferente, não ficarmos doentes, se a própria medicalização nos rouba a capacidade de autonomia? A medicalização é operativa, já que nos isenta de assumir responsabilidades pessoais e coletivas. E sofreremos... Sofremos com tantas coisas que nós mesmos produzimos. (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 28)

Embora a análise sobre a medicalização seja focalizada na saúde mental e de como a psiquiatria cumpre papel relevante nesses processos, à medicalização está inserida em outros campos da medicina. O que transforma e aprofunda a problemática, compreendendo que a medicalização gera a desresponsabilização social dos indivíduos em aspectos morais e de ordem política, convertendo esses processos em doenças (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Porém, como trabalhar a medicalização em um contexto em que o seu uso excessivo de medicações é tão presente? Os autores Freitas e Amarante (2015), discutem sobre “como a doença mental é compreendida e estudada como uma

*doença metafórica*” (2015, p. 29, grifos dos autores), a partir do momento que não é possível vê-la ou tocá-la, mas, não é impedida de ser reproduzida ou inventada. Dentro desse contexto, “o conceito de doença mental originou-se do fato de que é possível para uma pessoa agir e parecer como se fosse doente sem, contudo, ter uma doença corporal.” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 30).

Portanto, o conceito de doença mental nasce para a psiquiatria como uma forma de controle sobre o que está padronizado socialmente como normal ou anormal. E assim, cria-se o ambiente ideal para a patologização da vida e o excesso de medicações como solução para as doenças mentais.

Para que a indústria farmacêutica tenha êxito na expansão de seus negócios é imprescindível à *criação* de novos doentes. E para que esses novos doentes sejam criados é imperioso o papel do médico. Porém, sua presença não está limitada à relação dual com o paciente, na medida em que o médico é o intermediário, por excelência, entre a indústria farmacêutica e o doente – ou seja, o indivíduo, o conjunto de indivíduos agrupados segundo as categorias de diagnóstico e a sociedade como um todo. (FREITAS; AMARANTE, 2015 p. 33, grifos do autor).

Para compreender melhor esse quadro e relacionar a indústria farmacêutica com o poder médico já instituído socialmente, Freitas e Amarante (2015), relatam uma pesquisa quantitativa realizada com a Big Pharma, em referência ao lucro das grandes empresas farmacêuticas.

Em cinco anos, de 1998 a 2002, um total de 415 novas drogas foram aprovadas pelo Food and Drug Administration (FDA). Porém, apenas 14% delas foram consideradas, de fato, novas drogas; 9% eram antigas drogas com alguma pequena mudança. E o restante, as outras 77% das drogas aprovadas? Simplesmente não passavam de antigas drogas que tiveram somente seu nome comercial alterado. Ou, segundo o próprio FDA: drogas que não eram em nada melhores do que as já existentes no mercado. (FREITAS;AMARANTE, 2015, p. 37).

O discurso de novas drogas vem sendo elaborado pelas indústrias farmacêuticas como uma descoberta e avanço para a medicina, no entanto, o que as pesquisas apontam é a manutenção de medicamentos já existentes, fabricados com mudanças mínimas quanto as suas fórmulas e denominações, ou seja, cumprem a mesma função da medicação já presente no mercado farmacológico.

A análise sobre a medicalização da vida é fundamental no contexto atual, e leva a refletir sobre a autonomia e o protagonismo da pessoa com transtorno mental e em sofrimento. O protagonismo do usuário de saúde mental, com o uso excessivo

de medicação psicotrópica vai além da relação medicamentosa, como perpassada também pela alienação dos sujeitos.

Foucault (2014) analisa os processos de construção das instituições psiquiátricas, e esclarece como as instituições surgem a partir da necessidade social de criar um perfil de asilamento e afastamento de marginalizados. A medicina se apropria desse papel, não só pelas descobertas científicas ou pelo avanço medicinal dentro do campo da psiquiatria, mas também para cumprir de prontidão o papel de controle social.

Em Mészáros (1987) aprofunda-se a compreensão do controle social:

No decurso do desenvolvimento humano, a função do controle social foi alienada do corpo social e transferida para o capital, que adquiriu assim o poder de aglutinar os indivíduos num padrão hierárquico estrutural e funcional, segundo o critério de maior ou menor participação no controle da produção e da distribuição. (MÉSZÁROS, 1987, p. 32)

As primeiras iniciativas de manicômios tinham como prática e intenção o recolhimento do indivíduo da sociedade que o corrompeu, para que ele pudesse usufruir de uma vida de autonomia e protagonismo. A questão eloquente aqui está no modo como a loucura foi corrompida dentro dessas instituições, uma vez que a admissão e a permanência nos hospícios geravam saberes sobre a loucura, ainda não experimentados. Assim, era possível identificar os alienados e classificá-los, como uma representação da sociedade que a medicina julgava interessante. Os pacientes mais calmos, agressivos, suicidas, com boa recuperação, etc. Assim, os manicômios eram instituições que passam a dar lugar aos loucos e alienados.

A história do manicômio mostra como se criou o processo de lidar com o sujeito alienado, alheio, estrangeiro a si próprio, que não é sujeito. No manicômio coloca-se em funcionamento a regra, a disciplina e o tratamento moral para a reeducação do alienado, através do que se torna possível a construção do conceito de uma subjetividade alienada, desregrada. Ao mesmo tempo, a instituição torna-se o lugar de tratamento e a institucionalização, uma necessidade. (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 75-76)

Torre e Amarante (2001, p. 74, grifos do autor) relacionam que “no processo de apropriação da loucura pela medicina o *conceito de alienação* tem papel estratégico, no momento em que se torna sinônimo de erro;”. Destarte, a alienação passa a ser considerada pertencente ao sujeito que está fora de si, sem capacidade

de crítica da realidade, louco; e assim a instituição psiquiátrica tem como princípio corrigir o alienado e devolvê-lo a sociedade, após recobrada a razão.

No *Retiro*, um grupo humano é reconduzido a suas formas mais originárias e mais puras: trata-se de recolocar o homem em relações sociais elementares e absolutamente conformas à sua origem; o que significa que essas relações devem ser ao mesmo tempo, rigorosamente estabelecidas e rigorosamente morais. Desse modo o doente será levado a esse ponto em que a sociedade acaba de surgir da natureza, e onde ela se realiza numa verdade imediata que toda a história dos homens contribuiu, em seguida, para embaralhar. Supõe-se que então desaparecerá do espírito alienado tudo aquilo que a sociedade atual pôde nele depositar de artifícios, perturbações inúteis, liames e obrigações estranhas à natureza. (FOUCAULT, 2014, p. 470, grifos do autor).

Portanto, torna-se fundamental compreender o conceito de Instituição Total trabalhado por Irving Goffman (2008), que evidencia a relação de três instituições: Manicômios, Prisões e Conventos, com caráter de asilamento, e como as mesmas funcionam desde o momento de admissão até à alta, reproduzindo ações para isolamento e alienação dos sujeitos. São instituições com características asilares e que, através das regras impostas, estabelecem com os indivíduos uma relação de poder entre os internos e a equipe que compõe estes locais.

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos, um constrangimento que levava às lágrimas muitas mulheres que jamais haviam enfrentado humilhação de ficar nuas em público. Todos passavam pelo banho coletivo, muitas vezes gelado. Os homens tinham ainda o cabelo raspado de maneira semelhante à dos prisioneiros de guerra. (ARBEX, 2013, p. 28)

No caso dos manicômios, Goffman (2008) analisa como são reproduzidas as lógicas medicamentosas, tão imbricadas na sociedade, e como são retratadas diariamente dentro dos hospitais. Como, por exemplo, no processo de admissão, em que os usuários são submetidos a dosagens altas de medicamentos psicotrópicos para evitar a desobediência no ato das internações, uma perda da identidade gerada nessas instituições, que retiram dos admitidos sua autonomia diante ao tratamento recebido.

Neste contexto, da Instituição Total, percebe-se como o isolamento foi uma das estratégias que mais contribuíram para o conceito de alienação em relação ao louco. O louco como o erro social e uma parte da sociedade que não segue as normas. (TORRE; AMARANTE, 2001)

O isolamento tem a função de retirar da convivência da sociedade, ou seja, do que a medicina atribui como doença mental, considerando que a doença tem sua origem nas relações cotidianas da pessoa com transtorno mental. Porém, segundo Foucault (2014), as percepções da doença não são modificadas a partir do momento que esse sujeito é retirado do seu meio social.

Existem casos em que a medicação psiquiátrica, ao fazer um anteparo à doença, não resolve o problema ou até mesmo pode agravar a situação. Nesse sentido é possível pensar que o delírio pode ser necessário como processo. A doença deve ser repensada como fato cultural e como caminho; é preciso aprender com a doença. Em vez de um tempo e espaço absolutos, uma temporalidade e uma espacialidade produzidos. (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 78)

Nesse sentido, a reflexão crítica sobre a medicalização da vida e o protagonismo da pessoa com transtorno mental, só é possível na perspectiva de totalidade, pois se trata de um tema complexo e as análises não se esgotam.

A categoria de totalidade significa [...], de um lado, que a realidade objetiva é um todo coerente em que cada elemento está, de uma maneira ou de outra, em relação com cada elemento e, de outro lado, que essas relações formam, na própria realidade objetiva, correlações concretas, conjuntos, unidades, ligados entre si de maneiras completamente diversas, mas sempre determinadas. (LUKÁCS, 1967, p. 240)

Portanto, pensar a Saúde Mental em sua totalidade significa considerar o contexto social, político e econômico, cultural, em que está inserida. Sobretudo, significa analisar como as profissões estão pensando a Política de Saúde Mental e suas alternativas de tratamento, para além do hospital.

## **2.2 Serviço Social e a defesa da luta antimanicomial**

A partir do estudo está evidenciada a estreita relação do contexto histórico e político com o tratamento da pessoa com transtorno mental e com a loucura. Esta, muitas vezes, interpretada como integrante da luta de classes na sociedade capitalista. O Serviço Social é uma profissão criada, na sociedade capitalista, para dar respostas às expressões da questão social, resultante das contradições entre capital e trabalho.

Neste sentido, o Serviço Social tem papel relevante no fortalecimento da luta antimanicomial e dos princípios do Projeto de Reforma Psiquiátrica, sendo uma

profissão atuante na elaboração de políticas sociais, participa das lutas pelos direitos e atua no atendimento aos usuários e familiares e serviços de saúde mental.

A atuação profissional do (a) assistente social na garantia de direitos em saúde mental, sobretudo, exige um olhar crítico e analítico nas demandas pelas quais os usuários, familiares e profissionais estão envolvidos, contribuindo dentro do espaço profissional no trabalho com as expressões da questão social em saúde mental.

O assistente social em sua atuação em organizações institucionais de Saúde Mental precisa estar ciente das dificuldades em promover a cidadania ou de fazer a reabilitação psicossocial dentro dos limites da ordem burguesa. Mas, se seu campo de intervenção dentro dos estabelecimentos é limitado, seu campo de análise deve ser amplo, e abranger a dinâmica da sociedade capitalista em sua totalidade histórica e social. (BISNETO, 2007, p. 186)

O Serviço Social apresenta uma formação generalizada, crítica e propositiva, para uma atuação que considere as demandas da sociedade burguesa, como o isolamento, preconceito, indiferença, entre outras relacionadas ao sujeito em sofrimento mental.

No Movimento de Reforma Psiquiátrica, quando se questiona o saber psiquiátrico tradicional, pela introdução de questões pertinentes à complexidade das relações sociais na constituição do fenômeno da loucura e com vistas à ressocialização como tratamento terapêutico, o saber do Serviço Social torna-se importante, porque o assistente social tem uma formação voltada para apreender os aspectos sociais. (BISNETO, 2007, p. 147)

A medicalização da vida, e excessiva, está imbricada no contexto das relações entre o capital e o trabalho, como avaliado anteriormente, a partir da valorização da indústria farmacêutica e demais instituições que lucram com as demandas medicamentosas.

Dessa forma, o Serviço Social se posiciona na luta em defesa do usuário de saúde mental, e desde o processo histórico da Reforma Psiquiátrica foi atuante através da luta antimanicomial. A profissão conta com documentos que orientam e direcionam a atuação profissional mediante o Código de Ética do (a) Assistente Social (CFESS, 1993) e os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2010), Os documentos representam a dimensão ética e política da profissão, oferecendo um respaldo normativo. Ou seja, são compostos

por deveres, direitos e fundamentos, que respaldam e delimitam a atuação profissional, inclusive na Saúde Mental.

A partir da Declaração Universal de Direitos Humanos (ONU, 1948) compreende-se a importância do Serviço Social defender os direitos humanos no exercício profissional, conforme Art. 3: “todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”, da Declaração Universal (1948, p. 2).

As lutas de DH têm a particularidade de abordar o conjunto de direitos e seus portadores sob a perspectiva da universalidade. Isso supõe uma concepção de homem, de direitos e de universalidade. Em geral, as visões que orientam grande parte dos movimentos de DH são a-históricas, ou seja, tratam o homem como um ser universal abstrato, cujas condições sociais, econômicas e políticas são determinadas por uma essência metafísica ou aptidões naturais. Os direitos, nesse caso, ou são vistos como direitos naturais, anteriores à sociabilidade e imunes às determinações de classe ou são tomados como parte de uma essência humana universal igualmente a-histórica e imutável, isto é, com a mesma visão abstrata que fundamentou os Códigos de Ética anteriores ao de 1986. (BARROCO, 2012, p. 65)

A reflexão em saúde mental fundamenta o pensamento na relação de liberdade e de loucura, uma vez que são tênues historicamente. A loucura e a liberdade estão conectadas com a capacidade humana de retirar dos indivíduos a sua liberdade de expressar e viver, ou seja, a capacidade humana de ajustar seres humanos entre o parâmetro de normal ou anormal, criado socialmente dentro da conjuntura burguesa.

É importante ponderar como a Declaração Universal de DH (1948) pensou a saúde como princípio fundamental para a sobrevivência humana, e mesmo não citando diretamente a saúde mental percebe-se a interlocução entre o Artigos 3 e 25.

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (ONU, 1948, p. 6)

O Artigo 25 da Declaração apresenta alguns pontos que são relevantes na composição do que se considera e conceitua saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, define a saúde como: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Assim, dissociar saúde

e liberdade torna-se contraditório, partindo do princípio que correspondem à qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos em sociedade. Aprofundar essa discussão é compreender que, inseridos na sociedade, a autonomia dos indivíduos está interligada com sua qualidade de vida e de saúde. Ao reconhecer esse protagonismo, a profissão assume uma direção pautada na liberdade.

A etimologia da palavra autonomia – onde ‘auto’ significa próprio, si mesmo, e ‘nomos’ norma, regra, lei – sugere pensar que autonomia encontra-se ligada à noção de indivíduo capaz de se autodeterminar, aquele que produz e vive de acordo com normas próprias. [...] A autonomia, vista desse modo, sugere a capacidade, quase que pronta e imediata, de saber autodeterminar, de, ativamente, traçar formatos e projetos de vida. (COSTA; PAULON, 2012, p. 579)

Destarte, a importância do significado de saúde não só atribuída como ausência de doença e sim como condições de habitação, alimentação, lazer e cultura, exercício da autonomia, por exemplo, são alguns dos pontos relevantes na produção de qualidade de vida para os seres humanos.

Dessa maneira, não se pode dissociar o significado de saúde e de saúde mental, que mesmo em perspectivas diferentes, caminham juntas na construção de uma totalidade social que favoreça a todos os indivíduos. Pois, é a partir da ausência de direitos, políticas e liberdade que a saúde mental torna-se uma questão a ser trabalhada, e assim pensada através de um transtorno mental.

Destaca-se também, o Parâmetro para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, documento criado pela categoria com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010) com a finalidade de fundamentar a atuação. O documento reconhece os processos históricos no âmbito da política de saúde enfrentado desde a Reforma Sanitária no Brasil e analisa o contexto de lutar para a criação de políticas sociais no país, assim como orienta a atuação da profissão nessa conjuntura contemporânea. Dessa forma, identifica o assistente social na saúde mental como importante profissional presente na luta antimanicomial, utilizando-se do olhar crítico e analítico diante a realidade.

Já nas equipes de saúde mental, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional. Não se trata de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos, o que se põe em questão é o fato do assistente social tomar por objeto a subjetividade, o que não significa abster-se do campo da saúde mental, pois cabe ao assistente social

diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios. (BARROCO, 2012, p. 39).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surge em um momento em que os direitos estavam sendo questionados e nesse contexto também do Movimento pela Reforma Sanitária. Nesse momento, a Reforma Psiquiátrica ainda possuía um viés mais técnico e burocrático, pois era a necessidade da saúde mental naquela conjuntura, compreendendo que esse direito precisaria ser garantido constitucionalmente. O que aconteceria posteriormente em 1988 com a Constituição Federal.

Assim, contribuir para o Projeto da Reforma Psiquiátrica é defender os interesses e direitos conquistados e fortalecer a luta antimanicomial. A luta que possui uma orientação não apenas técnica, na política, ética, para a defesa dos usuários de saúde mental e familiares, em busca de formas de tratamento humanizadas, de serviços substitutivos e na ruptura com práticas de asilamento e hospitalares.

O importante é que nas instituições em que há uma presença em alguma medida do Movimento de Reforma Psiquiátrica, há concepções psiquiátricas em que a ênfase à dimensão social e política dos problemas mentais é respeitada, propiciando a possibilidade de uma direção emancipadora para o campo da Saúde Mental e do Serviço Social. (BISNETO, 2007, p. 32)

Portanto, o Serviço Social pode contribuir para a emancipação dos sujeitos, desde a escolha do tratamento adequado e requerido, o acesso aos benefícios e direitos e a promoção de autonomia.

Quando a instituição psiquiátrica é exploradora, dominadora, mistificadora, o Serviço Social, se não atuar de forma crítica e em aliança com outros atores progressistas, corre o risco de alienar mais ainda seu usuário, o que é conflitante com os objetivos da profissão estabelecidos no seu Código de Ética. (BISNETO, 2007, p. 133)

Desse modo, é imprescindível destacar a importância do Código de Ética do/a Assistente Social (1993) na atuação em saúde mental. Assim como, nas discussões e estudos diante do recente problema da luta antimanicomial que é a medicalização da vida, e excessiva.

Na construção de um Código de Ética Profissional é preciso a delimitação de algumas discussões que são presentes no cotidiano da profissão. E quando se fala

sobre o cotidiano, fala-se também de preconceitos, alienação moral e a relação entre teoria e prática. (BARROCO, 2012)

Afirmo anteriormente que a ética é parte da práxis: uma ação prática e social consciente mediada por valores emancipatórios que visa interferir na realidade social para objetivá-los. Por sua natureza, essa práxis exige certo grau de consciência e de comprometimento com motivações éticas de caráter genérico: exigências que remetem ao enfrentamento de conflitos da totalidade social. (BARROCO, 2012, p. 71)

A questão que aqui se coloca é que o cotidiano é a representação das relações dos indivíduos enquanto componentes de uma sociedade. Através da sociedade incorporam-se comportamentos e práticas que são interpretados como culturalmente corretos ou incorretos.

Porém, Barroco (2012) discorre sobre o debate para a singularidade e subjetividade de cada sujeito que também produz e reproduz socialmente e assim, relaciona como o cotidiano é uma construção do individualismo de cada um.

Na vida cotidiana o indivíduo se socializa, incorpora hábitos, valores e costumes, adquire certo grau de consciência e de discernimento ético-moral que passa a orientar o seu comportamento social. No âmbito da singularidade, as motivações que impulsionam as suas ações não perdem o seu caráter social; decorrem de exigências e valores socialmente legitimados, à cultura existente ou à sua negação. No entanto, a sua assimilação é feita de modo singular e com as características da cotidianidade, ou seja, são incorporadas como exigências imediatas, que dizem respeito apenas ao “eu”. (BARROCO, 2012, p. 72, grifos do autor).

Dessa forma, pensar na atuação profissional do/a Assistente Social, no cotidiano da Saúde Mental, é pensar na reprodução individual de valores e culturas que são adquiridos e modificados socialmente ao decorrer da vida, e que influenciam a atuação profissional. Barroco (2012, p. 73) explica como “comportamentos preconceituosos são exemplares nesse caso, sejam eles intencionais, por razões ideológicas, ou decorrentes de contradições postas pela alienação social, entre outras”.

Aprofundando esta reflexão, Heller (1972) analisa que, inseridos nesse cenário social torna-se difícil visualizar profissionais que estejam distante dessa alienação moral, de reprodução de preconceitos culturalmente construídos no cotidiano das relações. Porém, justamente por estar incorporados nesse contexto, cabe ao profissional se capacitar, ter consciência crítica e política para que a

atuação profissional seja respaldada no Código de Ética Profissional para trabalhar contra a discriminação.

A esse respeito, Barroco (2012, p. 87) reflete que: “a objetivação ética do compromisso com os usuários supõe uma postura responsável e respeitosa em relação às suas escolhas, mesmo que elas expressem diversos valores pessoais do profissional”. O Código de Ética do/a Assistente Social de 1993 vem para direcionar o exercício profissional com princípios fundamentais respaldados nos direitos humanos e na ética, e no posicionamento político.

O Código tem como primeiro princípio fundamental a liberdade, e como um dos valores fundantes dos indivíduos: “Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (BARROCO, 2012, p. 121). Assim, reconhecer a liberdade e relacioná-la à autonomia e emancipação dos sujeitos é fundamental para a pesquisadora, através do protagonismo dos sujeitos em sofrimento mental que é possível analisarem os caminhos da luta antimanicomial na atualidade.

As práticas profissionais estabelecidas com os usuários dos serviços substitutivos de saúde mental devem propor em sua atuação o reconhecimento e a importância da emancipação e da liberdade de cada indivíduo, sendo a liberdade também prevista pela Declaração Universal de Direitos Humanos. (BARROCO, 2012).

Barroco (2012, p. 121) parafraseando Agnes Heller, cita que ao reconhecer a liberdade como significativo elemento ético: “o desenvolvimento do indivíduo é antes de tudo – mas de nenhum modo exclusivamente – função de sua liberdade fática ou de suas possibilidades de liberdade”. Portanto, refletir a conduta profissional através desse primeiro princípio fundamental do Código de Ética é aprofundar o debate sobre a liberdade nos espaços da saúde mental. A defesa da liberdade dos indivíduos é a defesa de sua autonomia e emancipação, enquanto sujeito de direitos (BARROCO, 2012).

O projeto profissional, assim, está fundado nas contradições próprias e inerentes da sociedade capitalista. No entanto, quando nos referimos à perspectiva emancipatória, estamos reconhecendo que os homens/mulheres serão autodeterminados e efetivamente livres. (BARROCO, 2012, p. 124)

Parte-se do reconhecimento que a liberdade no sistema capitalista não é experimentada em sua plenitude, pois é em um contexto de alienação e exploração que não permite questionar ou transformar essa realidade. Entretanto, a partir desta representação de liberdade, o Serviço Social assume o compromisso com os usuários na defesa da emancipação humana.

O princípio fundamental do Código de Ética Profissional do (a) Assistente Social defende, do mesmo modo, os direitos humanos, a “Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”. (BARROCO, 2012, p. 124). O qual representa a importância do/a assistente social trabalhar diretamente respaldado com os direitos humanos, ou seja, com o direito de todos.

Dessa forma, pensar em direitos humanos e autoritarismo é não caminhar com os mesmos ideais de liberdade, emancipação e autonomia. A partir do momento que se questiona como o autoritarismo é o abuso de poder de um sobre outros seres humanos, o que infringe diretamente o direito do próximo.

Historicamente, as discussões de saúde mental permeiam pelos caminhos do autoritarismo e desrespeito aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, a partir da perspectiva de manicômios, hospitais psiquiátricos e do aprisionamento mental, causado pelas drogas psicotrópicas usadas excessivamente.

Contudo, o princípio do reconhecimento dos Direitos Humanos fundamenta os de liberdade e da emancipação humana, como é o exemplo do oitavo princípio: “Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero.” (BARROCO, 2012, p. 129). Assim, como o princípio de discriminação:

Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (BARROCO, 2012, p. 131)

Torna-se impossível pensar em uma sociedade emancipada, enquanto seres humanos sofrem com a discriminação por classe, etnia e gênero, ou por demais preconceitos tão imbricados socialmente.

Não podemos deixar de assinalar que as mulheres negras (escravas, africanas livres e libertas) foram força de trabalho nos primeiros hospícios brasileiros. A maioria dos estudos apresenta o perfil dos internos dos hospícios, mas a manutenção da lógica manicomial também se estruturou

na exploração, desigualdade e na subalternidade étnica e racial do trabalho feminino. Tais elementos encontram-se enraizados na formação social brasileira. (PEREIRA; PASSOS, 2017, p. 37)

A partir desta reflexão, percebe-se como a discriminação está inserida nas relações sociais, em especial, nas pessoas em sofrimento mental. Essa exclusão em uma sociedade capitalista, envolvendo questões de gênero, raça e etnia. O que leva ao questionamento: Como pensar em uma sociedade emancipada onde as pessoas não conseguem se autodeterminar e serem livres? A intenção aqui é sustentar uma reflexão, e não dar respostas a uma problemática tão complexa. Entretanto, deve ser refletida no cenário atual à luz do Código de Ética Profissional do/a Assistente Social.

### **CAPÍTULO III**

#### **AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL**

### 3.1 Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental

A análise sobre a política social e a política de saúde subsidia a importância da reflexão sobre a medicalização da vida e o protagonismo dos usuários de saúde mental, como questão pertinente do movimento de luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. O movimento pela luta antimanicomial cumpre na atualidade um papel técnico político, ético e social, pois assume o compromisso de pensar o direito à saúde e amplia esse olhar para a concepção de saúde em sua totalidade e a saúde mental em sua particularidade.

O debate sobre a medicalização excessiva em saúde mental é recente, portanto, a opção de analisar das Conferências de Saúde e de Saúde Mental tornou-se ponto de partida para conhecer e refletir os encaminhamentos que o movimento da luta antimanicomial tem alcançado.

A referência inicial no Projeto de Lei 3657/89, apresentado pelo Deputado Paulo Delgado, tramitou durante anos no Congresso, que previa a proibição de financiamento para novos hospitais psiquiátricos no país e a criação de uma rede de serviços substitutivos que atendessem as demandas da saúde mental, resultou na aprovação da Lei 10.216/01 aprovada em 6 de abril de 2001, no Artigo 1º:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001)

Assim, a Lei 10.216/01 assegura à pessoa em sofrimento mental a preservação de seus direitos e a proteção enquanto usuário de saúde mental, considerando que a Política Nacional de Saúde Mental está coerente aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que prevê o acesso ao serviço público universal, integral e de qualidade.

A Lei 10.216/01 assegura direitos defendidos pela Reforma Psiquiátrica, como a internação voluntária, involuntária e compulsória, estabelecendo que a internação de pessoa com transtorno mental seja acompanhada e autorizada por médico e pela equipe de saúde mental responsável, assim como por um familiar e/ou responsável.

Dessa maneira, estabelece a importância do vínculo com o usuário após alta na comunidade terapêutica, hospital psiquiátrico, ou qualquer outra instituição.

A efetiva superação de o modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com a Lei Federal n.º 10.216/01 e Portaria/GM n.º 799/00. (BRASIL, 2001, p. 36)

Sendo assim, a Política Nacional de Saúde Mental, resultante da Reforma Psiquiátrica é um marco histórico e representa a conquista para a garantia de direitos da pessoa com transtorno mental, adquirindo espaço nas discussões em saúde mental e ampliando o acesso aos serviços substitutivos e para promoção de tratamento humanizado.

As Conferências de Saúde tornaram-se uma obrigatoriedade a partir da Lei 8.142/90 que manteve a importância de discutir nesses espaços, com intervalo de 4 (anos), junto à representantes da sociedade, a formulação da política de saúde, sendo espaços de articulação e de luta por direitos, através de demandas apresentadas no nível de governo: municipal, estadual e federal.

As propostas são articuladas primeiramente nos municípios para que sejam reconhecidas e debatidas as demandas e necessidades locais, permitindo a participação social como momento de articulação entre os usuários da saúde, famílias, profissionais e a sociedade em geral. Os representantes da sociedade, eleitos delegados na Conferência Municipal, apresentam a realidade da política de saúde local nas Conferências Estaduais, pela qual serão debatidas e encaminhadas para a Nacional.

A Conferência Nacional tem como objetivo reconhecer as questões pertinentes realizadas nas Conferências Municipais e, com o objetivo de avaliar as condições da política de saúde e deliberar a formulação de documentos, políticas e materiais, para que essas reivindicações orientem as instâncias de governo quanto às demandas dos municípios, estados e do próprio país.

A partir do recorte histórico a partir de 2001, após a promulgação da Lei 10.216/2001, que estabeleceu a Política Nacional de Saúde Mental, realizada a partir das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizados a partir deste período até o ano de 2018. São elas:

- 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca, de 7 a 11 de dezembro de 2003;
- 13.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde - Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento, de 14 a 18 de novembro de 2007;
- 14.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde - Todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro, de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011;
- 15.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde - Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro, de 1 e 4 de dezembro de 2015.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental também somam as demandas apresentadas e discutidas nas Conferências Nacionais de Saúde, são elas:

- III Conferência Nacional de Saúde Mental “Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social, de 11 a 15 de dezembro de 2001, ano da promulgação da Lei 10.216 – lei da Reforma Psiquiátrica.
- IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios, de 27 de junho a 01 de julho de 2010.

Desse modo, a metodologia da pesquisa será através de pesquisa bibliográfica e documental, fundamentada através dos relatórios de 4 (quatro) Conferências Nacionais de Saúde e 2 (dois) Conferências Nacionais de Saúde Mental, analisados a partir do recorte histórico.

No campo da saúde mental, as Conferências têm tido um papel crucial de dar continuidade ao processo, iniciado no Brasil nos anos 70, de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência, e de definir as estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica a partir dos anos 80, em interlocução com aspirações e experiências já em implantação em diversos países do mundo. (BRASIL, 2001, p. 13)

Dessa forma, para fundamentar as discussões propostas pelo estudo, a partir do Relatório Final das 6 (seis) Conferências, foram definidas 4 (quatro) categorias de análise, ou seja: conceito de saúde e de saúde mental, sofrimento mental, medicalização e protagonismo a partir do recorte histórico da Lei da Reforma Psiquiátrica. As categorias de análise foram adotadas a partir da compreensão do

debate sobre o tema da saúde mental presente nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

### **3.2 O conceito de saúde e de saúde mental**

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, em um momento histórico do país, e através dela foi possível estabelecer o conceito de saúde ampliado. Algumas políticas e a própria Constituição Federal de 1988 foram implantadas a partir desse conceito discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

As decisões de uma Conferência podem modificar radicalmente o retrato social do país, como aconteceu em 1986 na antológica 8ª Conferência Nacional de Saúde, Conferência-Mãe do Sistema Único de Saúde e da modernização de nossas políticas públicas para o setor. (BRASIL, 2008, p. 9)

O debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde é tão relevante, uma vez que, o conceito de saúde estabelecido em 1986 é referência para as demais Conferências que se seguem.

O conceito ampliado de saúde elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde define que 'saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde'. Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida. (BRASIL, 2004, p. 23)

O reconhecimento de pensar a saúde não somente como ausência de doenças foi determinante para se reivindicar e lutar por uma saúde de qualidade e que atenda a todos sem discriminação. Estabelecer a relação entre saúde e a perspectiva de totalidade, compreendendo que as condições sociais como trabalhar, lazer e liberdade são determinantes da saúde e da saúde mental e na qualidade da vida humana.

O Relatório Final da 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde de 2004 e 2008, respectivamente, reconhecem a 8ª Conferência Nacional de Saúde como momento importante na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas pensadas a partir dessa perspectiva ampliada do que é saúde. A 14ª e 15ª Conferência, mesmo não citando esse momento histórico para as políticas em saúde, orienta-se nesta mesma linha de pensamento e crítica. Do mesmo modo, o Relatório Final da 3ª e 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em que é

reconhecido o conceito de saúde ampliado, está diretamente relacionado à saúde mental.

A partir do contexto histórico que foi explanado no primeiro capítulo, as conquistas no campo social após a Constituição Federal de 1988, e os demais direitos sociais com a implantação do Sistema Único de Saúde, transformaram a saúde em pauta necessária e importante, e a partir dela foi possível, trabalhar com as demandas de saúde mental. Dessa forma, a saúde mental passou a cumprir um eixo fundamental dentro do conceito ampliado de saúde, pois saúde é ter acesso a condições de vida e de trabalho que contribua para a saúde mental dos indivíduos.

Efetivar os princípios da reforma psiquiátrica, com a implementação de uma política de saúde mental que garanta a aplicação da legislação nacional de saúde mental e das portarias ministeriais que determinam a criação de uma rede de cuidados (CAPS I/II/III, CAPS Álcool e Drogas, CAPS Infância e Adolescência, serviço de urgência e emergência 24 horas, unidade de saúde mental em hospitais gerais, serviços de residência terapêuticos, dentre outros dispositivos), baseada no território, no controle social com a participação da população (usuários, familiares, trabalhadores e gestores) de acordo com a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, de acordo com os princípios do SUS, e o acesso aos medicamentos psicotrópicos de uso contínuo nos serviços públicos de saúde e nos Caps. (BRASIL, 2004, p. 91 e 92).

Reconhece-se nesse trecho da 12ª Conferência Nacional de Saúde, como a Saúde Mental, a partir das Diretrizes da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental e após a promulgação da Lei da 10.216, é pauta presente e significativa nas discussões de saúde.

A desinstitucionalização é uma das propostas presentes no movimento da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, sendo um tema presente nas Conferências de Saúde a partir do debate sobre a importância de discutir saúde mental com a população, ampliando o acesso e o conhecimento a serviços substitutivos, a fim de que o processo de desinstitucionalização se efetive. O Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde expõe que:

Implementar políticas públicas intersetoriais e interinstitucionais a partir de estratégias que articulem a promoção e a atenção em saúde mental, avançando no processo de desinstitucionalização psiquiátrica e para a inclusão social, incluindo atividades esportivas, culturais e de lazer, para apoiar a prevenção do uso de álcool e de drogas por crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, em parceria com entidades sociais públicas e privadas. (BRASIL, 2008, p. 42)

O mesmo acontece com a proposta de humanização do tratamento, outra discussão pertinente na luta antimanicomial, considerando que a Reforma Psiquiátrica nasce desde movimento e de não aceitar práticas desumanizadoras.

Garantir, em todo o âmbito do SUS, o respeito às diversidades étnico-raciais, sexuais, de gênero, geração, território e transtornos mentais e dependentes químicos, garantindo recursos humanos capacitados também para as áreas específicas, especialmente pessoas com deficiência de saúde mental, visando à humanização da atenção. (BRASIL, 2012, p. 68)

Além das discussões quanto às formas de tratamentos oferecidas e os serviços substitutivos, os Relatórios Finais das Conferências ressaltaram do mesmo modo, o debate quanto ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas, considerando essa demanda como expressão de saúde pública.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental, no recorte histórico de 2001 a 2018, demonstra a necessidade da implantação de serviços propostos desde a Reforma Psiquiátrica, e compreende que as Conferências são espaços de discussão, onde a saúde mental é pensada e repensada com profissionais da área, delegados e usuários, reforçando o significado da participação social.

Cientes da complexidade de tais desafios, a III CNSM elaborou propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental que seja humano, de qualidade e com participação e controle social. Buscamos, sobretudo, transformar as formas de lidar com a experiência da loucura e da invalidação, e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais. (BRASIL, 2001, p. 20)

Ao analisar o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, tinha como diretriz a implantação dos serviços que há tempo foram pensados para pessoas com transtornos mentais, e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2010, compreende o contexto histórico desse momento de conquista em 2001, porém destaca a necessidade de enfrentar os desafios que surgiram.

Em 2001, a III Conferência apontou a necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares. Em 2010, os debates da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial deram-se a partir de um outro cenário. Por um lado, os participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária. Por outro, identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário. (BRASIL, 2010, p. 7)

Destarte, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental reconhece que a saúde mental, além de estar conectada diretamente ao campo da saúde, também representa a necessidade de discutir as demais áreas profissionais e de políticas públicas, afirmando que o conceito de saúde mental é amplo e precisar ocupar espaços de discussão em outras áreas.

Além disso, a conferência reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. (BRASIL, 2010, p. 9)

Esse trecho da IV Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma o conceito ampliado de saúde, pois compreende que diversos campos compõe uma saúde mental de qualidade, e reafirma o conceito de que saúde não é apenas ausência de doença.

Desta forma, as conferências de saúde mental reafirmaram-se como dispositivo de contribuição ao debate, crítica e formulação dessa política pública, integrando-se à luta para o fortalecimento do controle social e a consolidação do SUS. O processo da IV CNSMI demonstrou, a nosso ver, que, ao contrário do argumento de que sua realização, por ser conferência temática, reforçaria a tendência à fragmentação do campo da saúde pública, observou-se um fortalecimento do controle social, do protagonismo dos usuários (no sentido amplo de usuários do SUS e específico de usuários dos serviços de saúde mental), da formulação e avaliação coletivas da política pública da saúde, na perspectiva de consolidação do SUS, e ao mesmo tempo, da transversalidade e articulação com as demais políticas públicas. (BRASIL, 2010, p. 9)

As Conferências Nacionais de Saúde Mental analisada apresentam ampliada articulação com o debate da política pública de saúde e do SUS, integrando na luta em fortalecimento do SUS em defesa de uma saúde de qualidade. Todas as Conferências Nacionais reconhecem o conceito ampliado de saúde e de saúde mental, relacionado às condições de vida e acesso aos bens produzidos socialmente, inclusive a atenção em Saúde Mental interdisciplinar e intersetorial.

### **3.3 A discussão de sofrimento mental**

O relatório Final das Conferências de Saúde e de Saúde Mental assegura indicações fundamentais sobre o sofrimento psíquico e o transtorno mental, reconhecendo estes espaços de discussões para o debate sobre a temática tão relevante.

A loucura, atualmente interpretada de forma mais humanizada, é uma pauta presente na sociedade há séculos. O caminho para a normalidade sempre foi exigido socialmente, e sair destes parâmetros impostos é se deparar com questões desumanas de trabalho, sobrevivência, tratamento.

Como foi exposto no primeiro capítulo, o contexto histórico das doenças mentais no Brasil tem como tratamento, não só para pessoas ditas loucas, mas, também para pobres e marginalizados, o isolamento e hospitalização. O asilamento das expressões da questão social foi adotado como forma de esconder a fome e a pobreza que eram muito presentes no Brasil no período colonial.

A fim de reconhecer o relevante debate produzido através das Conferências, o conceito de sofrimento psíquico e transtorno mental tornam-se importantes para compreender o desenvolvimento das discussões sobre a loucura e a saúde mental, interpretando que esses conceitos contribuem e compõe a busca por tratamentos mais inclusivos e humanizados das pessoas com transtorno mental, assim como, na medicalização excessiva.

O debate relevante para a humanização do tratamento e criação de serviços para pessoas com transtorno mental, encontra-se no Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003.

O plenário da 12ª Conferência Nacional de Saúde aprova a recomendação de que seja realizada uma campanha nacional desmistificando a classificação generalizada dos portadores de deficiências ou transtornos mentais como deficientes mentais, principalmente dos portadores de seqüelas de paralisia cerebral que têm afetada a área motora, mas que na maioria dos casos têm a capacidade intelectual preservada. (BRASIL, 2003, p. 189)

Nessa indicação, perceber-se que a denominação do transtorno mental era utilizada como “portadores”, uma forma de compreender que a pessoa com transtorno mental carrega consigo alguma doença, sendo atualmente considerado um terminologia equivocada em relação a doenças físicas e mentais que são consideradas crônicas.

Outro debate fundamenta está na desmistificação dos conceitos como: deficiente mental, relacionado às pessoas com alguma limitação motora e com pessoas com transtornos mentais, que apresentam capacidade intelectual conservada. Essa discussão amplia o conceito de loucura e sofrimento psíquico que foram adquiridos por décadas. Portanto, desconstruir o conceito de deficiente mental é estar junto das propostas da luta antimanicomial, que enfatiza o atendimento humanizado para esses usuários e estabelece um vínculo entre o que é considerado normal e anormal.

O Relatório Final da 4ª Conferência de Saúde Mental aponta a importância da desmistificação dos preconceitos inseridos no debate da loucura produzida socialmente, como forma de pensar a luta antimanicomial através, principalmente, de espaços de comunicação e divulgação de políticas nacionais de saúde e de saúde mental.

Para isso, é necessário que as entidades representativas da mídia e os profissionais da área de comunicação sejam sensibilizados e tenham conhecimento de causa e dos princípios éticos e políticos do campo da saúde mental, não reproduzindo preconceitos e estigmas, inclusive relativos à periculosidade do louco e à marginalidade dos usuários de álcool e outras drogas. Nesse último aspecto, preconizam-se campanhas nacionais visando a desmistificação do lugar da loucura na sociedade e a abordagem de temas sobre prevenção, tratamento do uso de álcool e outras drogas, com ênfase na redução de riscos e danos. (BRASIL, 2010, p. 147 e 148)

Compreende, assim, que a implantação de recursos através dos meios midiáticos é efetiva, para a na desconstrução de terminologias que reproduzem a loucura como algo negativo e anormal. Identifica-se que a terminologia “portadora” ou “portador” está muito presente, até mesmo nas Conferências de Saúde Mental, o que revela ser um desafio a ser enfrentado. Ainda, percebe-se que as denominações de deficiência mental referindo-se a transtorno mental ou sofrimento psíquico, estão sendo, cada vez mais desconstruídos nos Relatórios Finais das Conferências, mostrando um avanço significativo.

O documento da última Conferência Nacional de Saúde realizada em 2015, a 15ª, apresenta nas diretrizes as definições de sofrimento mental como deficiência, como forma de englobar e ampliar todas as deficiências mentais e físicas, e não somente se tratamento de Saúde Mental. Assim como, apresenta poucas diretrizes ligadas diretamente com a Saúde Mental, sendo ampliado o tema a partir da política de saúde e o SUS.

O debate sobre as denominações foi sendo modificado com o decorrer dos anos. O conceito de sofrimento psíquico encontrado nos relatórios apresenta uma mudança a partir da conquista da Lei 10.216/01 e dos debates de serviços substitutivos, além de considerar a importância de desmistificar a loucura e suas expressões.

Uma demanda que cresce junto à promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, citada acima, mas que é presente na luta antimanicomial e busca humanizar o atendimento e debater as melhores formas de tratamento desde a o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que não exclui a discussão diante as denominações e terminologias mais inclusivas e respeitem o direito da pessoa com transtorno mental.

### **3.4 O debate da medicalização excessiva**

A discussão da medicalização excessiva perpassa não somente pelo campo da Saúde Mental, mas também pela vida e seu cotidiano, como analisado anteriormente. A influência da indústria farmacêutica no capitalismo contemporâneo causa rebatimentos sociais que são negativos para a população, pois reproduzem uma lógica de padronização pelas quais as pessoas são ditas como produtivas e/ou improdutivas.

Nesse contexto, buscam-se constantemente formas e soluções que permitam o acesso, cada vez mais, da parcela social que produz e está obediente ao que se propõe no sistema capitalista. Seja no trabalho, no cotidiano, na convivência familiar, ou, na vida em sua totalidade, uma vez que consegue produzir é socialmente excluído.

A medicalização excessiva e a indústria farmacêutica apresentam uma solução em meio ao caos da representação da loucura, do uso excessivo de álcool e outras drogas, e das doenças desenvolvidas a partir da lógica capitalista. Dessa forma, ainda que seja uma pauta presente e, recente nos debates da Saúde Mental, é importante destacar como essa discussão vem sendo desenvolvida nas Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental.

O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, realizada no mesmo ano de promulgação da Lei 10.216/01, apresenta o debate da

medicalização excessiva como diretriz, visando os cuidados na distribuição e fiscalização do acesso aos psicofármacos por parte dos usuários de Saúde Mental.

No processo de Reforma Psiquiátrica, um dos itens de fundamental importância está relacionado à questão da assistência farmacêutica. Um dos aspectos levantados diz respeito à necessidade de que o Ministério da Saúde defina e implemente uma política de medicamentos para a área de Saúde Mental, com a criação de protocolos de tratamento. (BRASIL, 2001, p. 52).

Dessa forma, identifica o papel relevante dos psicofármacos inseridos como forma de tratamento oferecido, e que não reproduza a lógica de tratamentos asilares como pauta da Reforma Psiquiátrica.

Além disso, considera-se fundamental garantir o uso racional e seguro dos psicofármacos, assim como o acesso e o fornecimento gratuito de medicamentos, inclusive os de última geração, de acordo com protocolos de tratamento, incorporando inovações tecnológicas comprovadas e seguras. Deve-se garantir também que os serviços de saúde mental ofereçam orientações e informações sobre o uso de medicamentos aos usuários e familiares. (BRASIL, 2001, p. 52 e 53)

Em contrapartida, reconhece que ao lidar com medicações que tem alto nível de dependência e que, essas medicações são atribuídas como pílulas da felicidade e da saúde, as diretrizes apresentadas no Relatório Final compreende a necessidade de fiscalização quanto à distribuição dessas medicações.

Problematizar a tensão existente entre as demandas advindas da precariedade social e a restrição das ações oferecidas no campo da Saúde Mental, definindo como problema ético a recorrência exclusiva à medicalização como forma de minimizar a adaptação do sofrimento psíquico às condições precárias de vida. Criar mecanismos que inibam a medicalização do sofrimento psíquico e da exclusão social. (BRASIL, 2001, p.53)

Assim, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental apresenta uma discussão fundamental e pertinente acerca da medicalização, compreendendo que esse método de tratamento pode oferecer uma ideia de patologização das relações e das expressões humanas, que então, seriam tratadas através dos psicofármacos. Sobretudo, propõe mecanismos que trabalhem a medicalização em Saúde Mental como forma de não incentivar a medicalização do transtorno, como único possível tratamento oferecido pelos serviços substitutivos.

Este debate se fortalece e acontece na 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental quanto à importância de controle de receitas de medicações psicotrópicas e

da fiscalização das mesmas, considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da luta antimanicomial.

Implantar Protocolo de Assistência Farmacêutica que defina diretrizes para prescrição e controle de medicamentos psicotrópicos e que contemple a informatização de receitas e capacitação do profissional, de forma a garantir o controle do uso abusivo de medicamentos e assistência farmacêutica às pessoas com doença mental. Criar no âmbito do Ministério da Saúde, em colaboração com a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância em Saúde – uma instância controladora da medicalização da sociedade que tenha por função o monitoramento da indústria farmacêutica, no que tange a ações, inclusive em congressos profissionais, que levam ao abuso da prescrição e do consumo de psicofármacos. (BRASIL, 2010, p. 35)

Nota-se que após a implantação da Lei 20.216/01, que regulamentava os serviços substitutivos em saúde mental no país e visava o financiamento dos mesmos, o debate da medicalização excessiva ampliou-se após quase 10 anos entre uma Conferência e outra. A criação de serviços substitutivos como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), além de rebater as políticas de asilamento enfrentadas desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira, encontrou novos desafios diante dos serviços de Saúde Mental, sendo que a medicalização excessiva é um dos problemas centrais.

Percebe-se que após alguns anos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, que foi em um período marcado pelas conquistas da luta antimanicomial, a medicalização excessiva vem sendo mais pautada e repensada através das políticas públicas e sociais. Assim como, tornou-se uma discussão presente em diversas áreas que compõe o quadro de profissões e trabalhadores funcionários desses serviços substitutivos, apresentando-se como uma pauta interdisciplinar.

Reconhece-se assim, a importância do controle dos psicofármacos distribuídos pela rede pública, afim de que seja um embate a indústria farmacêutica que se apresenta fortalecida socialmente dentro do contexto de Saúde Mental. Da mesma forma, existe um movimento de acesso a essas medicações, como forma de tratamento oferecido pelo SUS, preconizado inclusive na nessa diretriz da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Ampliar a oferta de medicamentos psicotrópicos nas Farmácias Populares. Ampliar a Farmácia Básica, incluindo os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, bem como os psicotrópicos genéricos, em consonância com os avanços da farmacologia psiquiátrica. (BRASIL, 2010, p. 36)

O acesso dos medicamentos é apresentado no Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde partindo do conceito mais ampliado de saúde e saúde mental:

Ampliar os recursos para assistência farmacêutica incluindo os fitoterápicos com financiamento das três esferas de governo, de forma a garantir atendimento humanizado e digno aos usuários de medicamentos nas farmácias. (BRASIL, 2012, p. 46)

Sendo assim, a existência de um movimento que reconheça a importância das medicações psicotrópicas no tratamento para transtorno mental e, incentive a busca por tratamentos menos invasivos como os fitoterápicos e homeopáticos, baseando-se nos avanços farmacologia psiquiátrica, amplia as discussões da luta antimanicomial. Enquanto movimento social que repudia o isolamento social através de manicômios, comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos incluiu a crítica necessária quanto à medicalização excessiva, reconhecendo-a como um novo desafio a ser enfrentado na Saúde Mental.

Subsidiar o planejamento e aquisição de medicamentos controlados através da criação de um cadastro único informatizado e descentralizado com indicadores de saúde mental que permitam a construção de um perfil epidemiológico e psicossocial das pessoas com transtornos mentais. Criar e implantar sistema de informações padronizado e informatizado em saúde mental para aprazamento das consultas e controle da distribuição dos medicamentos aos usuários, com implantação de um cadastro único nacional e utilizando o número do cartão SUS. (BRASIL, 2010, p. 35)

Dessa forma, considerando a medicalização excessiva como um desafio presente na luta antimanicomial, as diretrizes apresentadas reconhecem as problemáticas que surgem através do acesso dos usuários aos psicofármacos, integrando assim, alguns posicionamentos e práticas que devem ser atribuídas aos profissionais de saúde e saúde mental, assim como inseridas na Política Nacional de Saúde como parâmetro de atuação no cuidado e tratamento da pessoa com transtorno mental.

Assim, compreende que o controle das medicações, a capacitação de profissionais quanto ao uso farmacológico, à distribuição de remédios e o financiamento dos mesmos, são atribuições relevantes no combate à medicalização excessiva, tanto no âmbito de política de saúde como de saúde mental.

O debate da medicalização nas Conferências Nacionais de Saúde não são tão afirmativos quanto nas Conferências Nacionais de Saúde Mental por se tratarem de assuntos que vão além da saúde mental, ampliado através do SUS e da Política Nacional de Saúde. Porém, em todos os Relatórios Finais analisados, no recorte estabelecido nesta pesquisa, as Conferências Nacionais de Saúde apontam a medicação excessiva como uma problemática a ser enfrentada.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2004, apresenta o debate acerca da saúde mental sinalizava os desafios quanto ao fechamento de hospitais psiquiátricos, a inclusão de serviços substitutivos e de usuários na Rede de Atenção Psicossocial, assim como nas demais políticas públicas e sociais desenvolvidas até aquele ano.

Efetivar os princípios da reforma psiquiátrica, com a implementação de uma política de saúde mental que garanta a aplicação da legislação nacional de saúde mental e das portarias ministeriais que determinam a criação de uma rede de cuidados (CAPS I/II/III, CAPS Álcool e Drogas, CAPS Infância e Adolescência, serviço de urgência e emergência 24 horas, unidade de saúde mental em hospitais gerais, serviços de residência terapêuticos, dentre outros dispositivos), baseada no território, no controle social com a participação da população (usuários, familiares, trabalhadores e gestores) de acordo com a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, de acordo com os princípios do SUS, e o acesso aos medicamentos psicotrópicos de uso contínuo nos serviços públicos de saúde e nos CAPS (BRASIL, 2004, p. 91 e 92).

Esse trecho caracteriza que o debate da medicalização excessiva ainda era superficial e não havia se tornado uma pauta urgente quanto à crítica as práticas asilares. O reconhecimento de que a luta antimanicomial busca o avanço das políticas de saúde mental na construção do acesso a formas de tratamentos humanizadas para pessoas em sofrimento psíquico, integrando nessas práticas o acesso aos medicamentos psicotrópicos como possibilidade de tratamento alternativo para a Saúde Mental.

Nos debates sobre medicamentos nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde está presente à racionalização do uso dos remédios, principalmente, os que são fornecidos pelo Programa Federal de Farmácia Popular, considerando, que a medicalização excessiva pode ocorrer em outros âmbitos, e não somente na Saúde Mental.

Garantir a implementação de uma política de medicamentos que responsabilize as três esferas de governo pela efetiva assistência farmacêutica, envolvendo todas as etapas do seu ciclo (prescrição,

dispensação, comercialização de medicamentos e farmacovigilância), garantindo: (...) estímulo ao uso racional de medicamentos. (BRASIL, 2004, p. 81 e 82)

Entre uma das diretrizes que preconizam o controle da medicação e a ação farmacológica de estimular o uso racional das medicações, está presente como um enfrentamento à cultura medicamentosa e a patologização da vida. A partir da perspectiva de desenvolver práticas que permitam o uso dos remédios como forma de tratamento, mas não atribui somente ao remédio a cura e saúde em seu conceito amplo.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2008, apresenta uma perspectiva quanto às práticas farmacêuticas, não apenas na saúde, como aponta essas questões para a Saúde Mental.

Fazer da farmacovigilância, do fracionamento e do controle de medicamentos psicotrópicos estratégias para o uso racional de medicamentos no Brasil, tendo como suporte o farmacêutico como o profissional do medicamento. (BRASIL, 2008, p. 114)

Um avanço para a discussão da medicalização em saúde mental, pois integra o debate de como o controle de medicações psicotrópicas é pauta presente e urgente atualmente no Brasil; E apresenta como alternativa para a promoção do uso racional de medicamentos, a inclusão do profissional farmacêutico dentro da Rede de Atenção Psicossocial, considerando que esse profissional amplia as discussões e oferece extenso conhecimento sobre a dependência de psicofármacos, assim como, assume papel importante na luta antimanicomial.

Inserir o programa de Assistência Farmacêutica e acompanhamento fármaco-terapêutico no SUS, realizado pelo farmacêutico como mecanismo de acompanhamento e avaliação da terapêutica, em particular em grupos de atenção especial à saúde, como idosos, crianças, pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, infecto-contagiosas e transtornos mentais, visando ao uso racional de medicamentos. (BRASIL, 2012, p. 49 e 50)

O mesmo se apresenta na 14ª Conferência Nacional de Saúde em que a Assistência Farmacêutica é política do SUS e está presente no combate à medicalização excessiva, reafirmando as discussões, de como o profissional de farmácia é necessário na prática e acompanhamento dos serviços de saúde.

Destarte, a medicalização da vida encontra-se presente como debate fundamental, não apenas no uso dos remédios de forma excessiva ou equivocada,

como a automedicação, mas na construção de uma cultura patológica pela qual tudo se torna doença ou passível de tratamentos, seja físico ou mental.

A indústria farmacêutica tem muito a contribuir, assim como a tecnologia e o avanço intelectual da humanidade, e isso é reconhecido nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, a partir do momento que é estimulado a criação de serviços que ofereçam o acesso da população às medicações básicas como o tratamento para hipertensão e diabetes.

É fundamental reconhecer que a medicação oferece suporte no tratamento de transtorno mental e sofrimento psíquico, e permite que a doença mental, principalmente crônica, seja tratada de maneira digna, humana, a qual deve estar associada a alternativas naturais de atenção em Saúde Mental, como grupos de apoio, atividades terapêuticas e de práticas substitutivas.

A crítica sobre a indústria farmacêutica deve considerar sua importância para o controle e tratamento de doenças, sobretudo, sua responsabilidade, pois é percorrer um caminho de constante análise e cuidado, pois no sistema capitalista, os limites para o avanço do capital atingem níveis de desumanização e patologização. Dessa maneira, as políticas públicas de saúde desenvolvidas ter como subsídios o compromisso social, ético e político com o usuário de saúde mental. Portanto, é preciso transformar a concepção sobre a loucura e a doença.

### **3.5 O protagonismo**

O protagonismo na pesquisa, como categoria de análise, aponta a importância de discutir a autonomia e protagonismo dos usuários de saúde mental inseridos nos serviços substitutivos. E, a necessidade de uma revisão histórica quanto às formas de tratamento reproduzidas, que através das formas desumanas de tratar a loucura foram perdendo sua autonomia e espaço na sociedade.

A reflexão perpassa as práticas substituídas por tratamento humanizado e que ofereçam, condições para que as pessoas com transtorno mental e sofrimento psíquico ocupem lugares como as instituições de ensino, lazer, cultura, como espaços de direitos que sempre foram seus por direito. Sendo assim, estes espaços devem estar aptos a recebê-los e incluí-los no cotidiano da sociedade.

Desse modo, o momento atual da reforma, através de seus principais movimentos de luta antimanicomial, tem defendido a importância da “[...]”

redefinição do lugar do 'sujeito da diferença' na sociedade [...]”, com o intuito de construir uma política de saúde mental atenta às dívidas históricas contraídas juntamente por esse segmento da população brasileira. Nessa construção, a participação cidadã do usuário configura-se como poderosa arma contra as amarras institucionais que engessam a potência instituinte dos embates com o que se julga a loucura em nossa sociedade. (COSTA; PAULON, 2012, p. 574, grifos do autor).

Dessa forma, incentivar a autonomia e protagonismo dos usuários é defender um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica, que compreende desde o seu nascimento, o sujeito em sofrimento mental em um contexto de isolamento social e institucional, condições que não oferecem possibilidades para o desenvolvimento do protagonismo uma prática cidadã desses sujeitos.

As possibilidades concretas para que uma participação protagonista se realize no cotidiano dos serviços substitutivos em saúde mental, entretanto, dependem de um conjunto de processos institucionais, econômicos, políticos e subjetivos, que precisam ser identificados a fim de se tornarem objeto de intervenção militante e de investigações implicadas. (COSTA; PAULON, 2012, p. 574)

Ao dissociar o protagonismo dos usuários de Saúde Mental das práticas profissionais e políticas desenvolvidas, é pensar em uma conjuntura pela qual essa autonomia não se realiza. Para que o protagonismo desses indivíduos seja possível, torna-se necessário que as instituições e a sociedade como um todo estejam dispostas a efetivar a luta antimanicomial.

O conceito de protagonismo adotado neste estudo é apresentado a partir da discussão elaborada a partir da perspectiva dos usuários e da luta antimanicomial.

Para a dramaturgia grega, ser o protagonista sinalizava ser o primeiro a entrar em cena. Por isso, ainda hoje, a etimologia da palavra protagonista guarda algo dessa disputa, pois 'proto' significa primeiro, principal, e 'agón' significa luta, disputa, discussão. O primeiro a falar na 'ágora' grega, portanto, o 'proto-agonista', é justamente aquele que anuncia o que se irá discutir, o primeiro a pôr aquilo que está em disputa, em discussão, em cena. Não será mesmo isso – aquilo que não pode calar – que o usuário da saúde mental anuncia em sua demanda/agonia participativa? O que 'precisa' ser posto na roda? Trazer essa metáfora para o cenário da Reforma Psiquiátrica sugere que, quando se trata de uma personagem como o 'louco', esse lugar relativiza-se. Ser o primeiro a falar/participar/debater ainda implica enfrentar desafios que carregam antigos atavismos manicomiais. Por isso, a importância da construção de territórios onde o protagonista possa, realmente, exercitar essa experimentação subjetiva de 'entrar em cena'. (COSTA; PAULON, 2012, p. 577, grifos do autor)

Portanto, o protagonismo na saúde mental assume o lugar de abrir espaço para as pessoas com transtorno mental que durante anos foram excluídas e impedidas de se expressarem quanto às formas de tratamento manicomial reproduzidas socialmente. Tendo suas identidades apagadas pelas práticas de Instituições Totais, elaboradas por Goffman (2008). Assim, dar lugar ao louco e à sua subjetividade é o primeiro caminho para se pensar o protagonismo numa política pública de saúde mental.

A discussão do protagonismo envolve a medicalização excessiva, e apresenta-se como um desafio recente de enfrentamento da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica.

Essa problemática, já de início cabe ressaltar, encontra-se atrelada a um dos principais desafios enfrentados hoje pela Reforma Psiquiátrica: o risco de uma institucionalização cronicada e cronicadora dos serviços substitutivos. (COSTA; PAULON, 2012, p. 573)

A influência da indústria farmacêutica no cotidiano da medicalização da vida, em relação aos psicofármacos, tem ganhado a cada dia mais espaço. Com a abertura de serviços substitutivos e da criação da Rede de Atenção Psicossocial, a Reforma Psiquiátrica enfrenta a transferência dessas institucionalizações para a dependência química de remédios psicotrópicos.

Assim, ao pensar-se em um âmbito de discussão ampla, além da Saúde Mental, percebe-se que os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde pautam o protagonismo dos usuários como prática pertinente que deve ser desenvolvida na Política Nacional de Saúde. Este desafio é dos usuários, profissionais, conselhos, gestores e da participação social da sociedade brasileira, dos usuários, que se dá principalmente pelo exercício dos Direitos Humanos e da cidadania.

O protagonismo assume, então, um papel importante na construção de uma Política de Saúde Mental que consiga respeitar os princípios fundamentais de liberdade, autonomia, sem que a institucionalização e patologização da vida sejam a alternativa.

Assim como, a Política de Saúde compreende a necessidade de incentivar e construir práticas que desenvolvam a autonomia dos usuários para que os mesmos tenham a capacidade de ocupar espaços e argumentar sobre seus direitos básicos fundamentais.

Implantar e implementar no SUS a promoção da saúde dos usuários e dos servidores, incluindo o tema de forma transversal em todos os processos de capacitação e formação profissional, bem como na agenda de informação e comunicação, a partir de práticas educativas e estímulo à adoção de hábitos saudáveis e à autonomia. (BRASIL, 2003, p. 123)

Nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde está presente a promoção de atividades e práticas que possam desenvolver a autonomia dos usuários, mesmo que relacionadas à Saúde e à Saúde Mental. O que caracteriza que o movimento da medicalização da vida e da influência da indústria farmacêutica acontece em vários campos da saúde e das doenças, sendo os psicofármacos utilizados não somente por usuários de Saúde Mental, também para o tratamento de sintomas considerados menos invasivos no cotidiano, como a insônia e angústia, por exemplo.

Dessa forma, promover uma educação medicamentosa nos serviços públicos de saúde é combater uma prática de medicalização e patologização a vida, sendo uma defesa contra a medicalização excessiva, pelo qual a medicina deve ocupar um lugar de parceria. Essa é uma desconstrução pautada em todos os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde analisados.

Fomentar o protagonismo dos movimentos sociais e dos usuários do SUS, implementando processos de educação popular em saúde, promovendo a defesa do direito à saúde, disseminando o conhecimento sobre as diretrizes e princípios do SUS, estimulando a conquista de territórios saudáveis, destacando-se a importância da juventude nesse processo e garantir a participação da comunidade, por meio do orçamento participativo, conselhos de saúde e movimentos populares, no planejamento das ações de saúde e na construção e votação dos orçamentos públicos como também, implementar educação em saúde, com temas como cidadania e participação, nas escolas e instituições de ensino, visando à promoção da autonomia e a identificação e formação de lideranças afins com as especificidades do setor Saúde. (BRASIL, 2011, p. 20)

A 14ª Conferência Nacional de Saúde traz nessa análise a importância de incentivar a autonomia dos movimentos sociais e dos usuários do SUS, compreendendo que o SUS se constrói através da participação popular, a qual precisa ser protagonista. Assim como, o acesso à educação popular em saúde e ao conhecimento e propostas que são produzidos através dos conselhos e Conferências de Saúde, estão presentes nos Relatórios Finais. A relevância dos movimentos populares em defesa de uma saúde de qualidade, que estão

conectados diretamente com a capacidade de desenvolver a participação social dos usuários e profissionais e do exercício da cidadania.

Elaborar e implementar uma Política de Informação, Educação e Comunicação em Saúde que reforce o princípio constitucional da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado e que promova a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, mas que considere as experiências exitosas, as diversidades regionais e étnico-culturais e as pessoas com deficiências, visando manter a população constantemente informada por meio de mecanismos de comunicação e acesso à informação que favoreçam o protagonismo e autonomia dos usuários. (BRASIL, 2015, p. 7)

Assim como apresentado na 14ª Conferência Nacional de Saúde, a 15ª e a 13ª apresentam diretrizes que reforçam a importância de disseminar o conhecimento construído, como forma de desenvolver o protagonismo e autonomia dos usuários.

O Ministério da Saúde deve articular-se com o Ministério da Educação para a criação de uma linha de financiamento permanente para subsidiar técnica e operacionalmente os processos de educação popular em saúde, com o intuito de formar e qualificar a população para a participação e o controle social no SUS, buscando o fortalecimento de experiências de protagonismo popular, a troca de saberes, a interiorização e a descentralização dos mesmos. (BRASIL, 2007, p. 167 e 168)

Este conhecimento envolve o tratamento, os direitos constituídos, o acesso a programas públicos, planejamentos terapêuticos, são alguns dos elementos de comunicação e informação que podem cumprir papel decisivo na promoção da autonomia. Reconhecendo que o conhecimento é parte integrante e indispensável no protagonismo dos usuários em saúde mental.

Dessa maneira, os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde apresentam uma coerência quanto à promoção da autonomia dos sujeitos, compreendendo o papel de articulação das informações e conhecimentos que são de acesso público e que devem ser disseminados para a sociedade, como forma de incentivar e possibilitar este protagonismo.

Nas Conferências Nacionais de Saúde Mental esse debate apresenta maior enfoque ao se considerar que o protagonismo retoma proporções ainda maiores, a partir do momento que a história permite retomar os direitos violados por décadas das pessoas com transtornos mentais.

A implantação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer o desenvolvimento de programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, que visem os processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos e que

garantam o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento. (BRASIL, 2001, p. 44)

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, após a promulgação da Lei 10.216/01, discute os processos de autonomia de forma mais profunda visando à promoção desse indivíduo, não somente nos serviços substitutivos de Saúde Mental, como na sociedade que o excluiu.

A desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais perpassa pela construção de políticas de Saúde Mental que estabeleçam uma Rede de Atenção Psicossocial, do mesmo modo, que os direitos conquistados estejam voltados para o desenvolvimento do protagonismo dos usuários.

É fundamental, também, que as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a autoestima, a autonomia e a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação. (BRASIL, 2001, p. 24)

O contexto histórico em que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi instituído, as práticas asilares para tratamento de transtorno mental colocavam a loucura e a anormalidade como passíveis de serem excluídas socialmente. Dessa forma, a institucionalização das pessoas em sofrimento mental funcionava como alternativa principal de tratamento. Ir contra essas práticas é conceber o ideal de que o protagonismo dos usuários caminha contra a institucionalização.

Promover campanhas educativas nacionais de divulgação das políticas, ações e direitos em saúde mental, utilizando cartilhas, cartazes, panfletos e propagandas, enfatizando os direitos de cidadania à moradia, trabalho e inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico, divulgando o trabalho dos profissionais e as ações em saúde mental com enfoque positivo, objetivando o fim da discriminação e do preconceito em relação às pessoas com transtorno mental, e informar as pessoas sobre qual serviço procurar em cada situação, garantindo a ampliação do acesso e favorecendo a cultura antimanicomial e as práticas de empoderamento e cidadania. (BRASIL, 2010, p. 149)

A ação que abrange a importância do protagonismo presente na, a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental tem como diretriz a disseminação do conhecimento acerca das Políticas Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, e compreende que essa explana os direitos conquistados para os usuários de saúde mental, e assume o compromisso com o combate aos estigmas e preconceitos, portanto, uma ação que promove o empoderamento dos usuários.

As ações e campanhas de comunicação devem dar ênfase particular à veiculação de denúncias e o combate aos diversos tipos de violência física e psicológica (preconceito, assédio moral, discriminação, violência verbal, entre outros), abuso, cárcere privado e exploração das pessoas com transtornos mentais e do usuário de álcool e outras drogas, especialmente as mulheres, e à sensibilização da sociedade para a valorização das diversidades, com ênfase na autonomia, empoderamento e não discriminação do usuário. (BRASIL, 2010, p. 148)

Assim, enfrentar a discriminação social através de práticas que reconheçam a luta antimanicomial é uma ação necessária no campo da saúde mental, a partir da perspectiva de uma dívida histórica com as pessoas em sofrimento mental.

Para tanto, é necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o “protagonismo social”, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação. Dessa forma, exige, também, garantir e promover a inserção e a participação das famílias na construção dos projetos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental. (BRASIL, 2010, p. 63)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, após anos de luta, conquistou a abertura para a construção da Rede de Atenção Psicossocial, para que as pessoas com transtorno mental possam, enfim, ser desinstitucionalizadas das práticas manicomiais. Esse movimento contribuiu, para a criação de um modelo de atendimento em saúde mental onde os direitos humanos seriam respeitados.

Dessa forma, a condução dos serviços substitutivos é pensada na perspectiva humanizada, pela qual a pessoa em sofrimento mental é o principal ator na elaboração de um tratamento que atenda suas demandas, junto da família e da equipe profissional.

Garantir e promover a inserção e a participação das famílias na construção dos projetos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental, quando em tratamento, ao mesmo tempo em que se preserve a autonomia dos sujeitos, desenvolvendo estratégias para incluí-los nos serviços, tais como: oficinas, assembleias, plenárias, ações educativas e preventivas, rodas de conversas e reuniões. (BRASIL, 2010, p. 65)

Assim, a articulação do projeto terapêutico deve ser pensada conjuntamente a fim de que sua autonomia e protagonismo sejam efetivos e repensados na lógica de liberdade e autonomia, como apresenta a IV Conferência Nacional de Saúde Mental:

A IV Conferência também ressalta de forma especial a importância da inclusão dos usuários da rede de saúde mental pelo trabalho, estimulando a

sua autonomia e autoestima, bem como de isenção tarifária de transporte coletivo municipal e intermunicipal para todos os usuários e seus acompanhantes, inclusive dos serviços de álcool e drogas, que necessitem se deslocar durante seu tratamento. (BRASIL, 2010, p. 106)

O estudo ressaltou que por diversas vezes, como a loucura e o transtorno mental estão interligados com o cotidiano de produção e reprodução social do sistema capitalista. A exclusão historicamente vem acontecendo a partir da perspectiva do que é normal ou não, dos seres que são produtivos ou não, e daqueles possuem ou não valor para o mercado.

A loucura vem ocupando esse lugar de exclusão por não oferecer perspectiva do que se considera ser normal, como trabalhar, constituir família, obter bens materiais. A institucionalização tem sido uma opção da sociedade, entretanto, as transformações estão sendo construídas para a ruptura com esta prática.

Desenvolver políticas de inclusão social para as pessoas com transtornos mentais, ampliando as leis que criam cotas de trabalho em empresas públicas e privadas e incentivando a criação de cooperativas, oficinas de geração de renda e entidades de economia solidária, de modo a promover a autonomia e valorização pessoal. (BRASIL, 2010, p. 114)

As experiências construídas e bem sucedidas no cotidiano dos serviços, o trabalho e a ocupação de uma rotina que era tomada pelo vazio da substituição, mostram o protagonismo e as possibilidades que a loucura pode ocupar na sociedade.

Várias propostas também enfatizam, de forma particular para o campo da saúde mental, a importância da ampliação da Política de Economia Solidária e Inclusão Social e do Programa Nacional de Cooperativismo Social. Nestes, é ressaltada a centralidade do protagonismo dos usuários e familiares, incentivando a formação de associações de usuários e familiares e ações que produzam a participação em eventos socioculturais baseados nestes princípios, a geração de trabalho e renda sustentáveis, a melhoria da qualidade de vida, o fortalecimento dos vínculos, a socialização e inserção social, e a promoção de autonomia e autoestima de usuários e familiares, levando em conta as suas potencialidades e demandas particulares. (BRASIL, 2010, p. 111 e 112)

A Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial é uma construção. Estimulando o emprego, a participação dos usuários de saúde mental em outras instituições, assumindo os espaços da sociedade, como formas efetivas de desenvolver e trabalhar a autonomia e autoestima. É nesses espaços que se percebe a capacidade, para se constituir, produzir, viver.

A partir disso, a problemática do protagonismo insere-se enquanto questão pertinente ao tema do controle social e pode ofertar um precioso instrumento conceitual e metodológico para o enfrentamento dos riscos das cristalizações institucionais, que figuram na complexa trama de impasses a serem superados para a realização dessa fundamental diretriz constitucional de participação no sistema de saúde. Esse tema ganha ainda maior relevância quando se trata deste peculiar usuário do SUS, que ainda carrega uma herança de preconceitos e estigmas associados à loucura (...) (COSTA; PAULON, 2012, p. 577).

O protagonismo dos usuários inseridos nos serviços substitutivos de saúde mental, além de ampliar a autonomia para que consiga viver dentro dos conceitos considerados como normais, também demonstra a importância de cumprir papel principal enquanto usuário do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental. A participação nestes espaços de debates coletivos e de debates políticos como os Conselhos e Conferências de Saúde, dá voz ativa para a pessoa com transtorno mental.

Dessa forma, a insurgência do coletivo, assim entendido, afirma-o como um dispositivo participativo propício e potente ao exercício de protagonismo em saúde mental. O coletivo emerge aí como elemento capaz de favorecer um tipo de participação que, em vez de reforçar as marcas do individualismo crescente numa sociedade excludente, é capaz de reafirmar a possibilidade de todo sujeito, e qualquer sujeito, em algum momento, ser o primeiro a se enunciar: 'proto-agonizar'. O coletivo, como dispositivo de inclusão, torna-se, assim, um conceito especialmente caro, ainda mais quando se trata de falar de participação social daqueles que carregam a marca da segregação e da alienação em nossa sociedade. (COSTA; PAULON 2012, p. 579 e 580, grifos do autor).

Dessa maneira, o protagonismo dos usuários em saúde mental está inserido em um contexto coletivo, desde o desenvolvimento da autonomia através do projeto terapêutico singular, que é pensado junto à equipe profissional e os familiares, até a participação e atuação articulada através de assembleias, oficinas e participação social.

Um aspecto importante no sentido de superar essa redução clínica individualizante diz respeito à redefinição do lugar do *sujeito da diferença* na sociedade. Para tanto, o processo passa a contar com o que vem sendo denominado de protagonismo do sujeito "alienado", através das organizações de usuários e movimentos de *empowerment* com conquistas significativas em termos de representação política e social. Essa redefinição é realizada através da desmontagem político-social da construção do lugar da diferença como um lugar inferior e do papel social destinado ao alienado. O protagonismo começa com a crítica dos lugares que se quer produzir; fundamentalmente, dois lugares possíveis: o de paciente, demente, alienado, tutelado e dependente ou o de sujeito político, de direito, que debate o tratamento e a instituição, que participa e interfere no campo político. (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 83 e 84, grifos do autor).

A inclusão da pessoa com transtorno mental nesses espaços e nas políticas afirmativas representa um avanço para a luta antimanicomial, no enfrentamento, identidade e autonomia dos usuários. O avanço do Projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira é significativo, e revela no cenário contemporâneo, a participação e a sua defesa na luta antimanicomial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, a luta antimanicomial enfrenta um novo paradigma quanto ao tratamento para a pessoa com transtorno mental, a partir da perspectiva do Projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira que tem como proposta, desde a década de 1970, a defesa dos direitos dos usuários e o de tratamento humanizado.

O enfrentamento a essas práticas representavam o desafio de pensar uma saúde mental ampliada e a ruptura da exclusão social como há séculos acontecia. O movimento da Reforma Psiquiátrica, assim, com a participação de profissionais e familiares, assume o compromisso de dar voz às pessoas que estavam condicionadas pela cultura negativa da loucura, a se calarem diante de tantas barbaridades vivenciadas nos hospitais psiquiátricos.

Assim, o movimento ganha significativa importância no processo histórico da construção da Política Nacional de Saúde Mental que, atualmente, mesmo com a abertura e financiamento dos serviços substitutivos propostos, ainda encontra resistência quanto à sua existência na sociedade brasileira. Estão presente ainda estigmas e preconceitos com o papel que a loucura representa e os direitos que devem ser assegurados.

A luta antimanicomial tem o desafio de estabelecer através das políticas públicas e sociais, medidas e ações afirmativas que consigam dar outro sentido para a loucura e o transtorno mental. É fundamental a inclusão e participação para o exercício constante de favorecer sua autonomia e protagonismo.

Do mesmo modo, o debate da medicalização da vida se faz presente para que a luta antimanicomial repense as instituições e as reproduções que foram criadas através da Política Nacional de Saúde Mental, através da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216/01.

A crítica sobre a medicalização excessiva e a patologização da vida está presente na luta antimanicomial, reconhecendo a necessidade de analisar suas práticas em defesa dos serviços substitutivos em saúde mental. No contexto do sistema capitalista, contraditório e excludente, a crítica deve estar presente para que não reproduza a lógica do capital e de suas expressões no cotidiano, isolamento, preconceito, exclusão, patologização e entre outras.

Buscou-se refletir que a medicalização excessiva em saúde mental apresenta um debate recente, porém muito pertinente no contexto atual que se encontra a luta antimanicomial. O crescimento da indústria farmacêutica e da relação dos indivíduos com os remédios revelam que a cultura da medicalização está inserida em todas as instâncias da vida em sociedade.

O enfrentamento às relações da indústria farmacêutica e o sistema capitalista se faz necessário, a partir da perspectiva da luta antimanicomial, que caminha para a desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento mental e interpreta a medicalização excessiva como uma possível reprodução de práticas manicomiais.

Assim, considerando a medicalização excessiva como uma provável cronificação e institucionalização do usuário em saúde mental, o movimento da luta antimanicomial compreende que o protagonismo e autonomia desses sujeitos estão, novamente, comprometidos. O movimento defende a Reforma Psiquiátrica, que a institucionalização total desses indivíduos é uma reprodução da perda de identidade e autonomia.

A análise do debate realizado nas Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, tendo como material de pesquisa o Relatório Final reconhece estes espaços como de protagonismo, representando a participação efetiva, que delega, analisa e propõe transformações significativas nas políticas públicas de saúde e de saúde mental.

Os resultados evidenciam, a partir dos estudos e dos Relatórios Finais, que o enfrentamento das práticas manicomiais, dos estigmas, discriminações e da medicalização excessiva, só é possível com a participação efetiva. Foi a partir deste protagonismo que tem sido possível efetivar a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica. O que está materializado nos Relatórios Finais, mostrando que as Conferências vêm nos últimos anos ampliando a discussão das formas de tratamento, da medicalização excessiva e do protagonismo dos sujeitos na saúde mental. Do mesmo modo, esta discussão envolve o Serviço Social e a atual perspectiva da liberdade, autonomia e protagonismo dos usuários de saúde e saúde mental.

O Serviço Social está comprometido com a luta antimanicomial a partir da crítica que se realiza quanto ao sistema capitalista e das relações entre capital e trabalho. A partir do Código de Ética Profissional e o Parâmetro para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, a profissão pode contribuir de maneira

efetiva e assume o compromisso em defesa da liberdade e promoção da autonomia do usuário de saúde mental, questionando as relações de medicalização excessiva como reprodução de práticas manicomialis.

Considera-se que os objetivos da pesquisa foram atingidos, a partir das análises dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, considerando que o debate da saúde mental e das categorias propostas nos estudos, apontaram a perspectiva da medicalização excessiva e protagonismo em saúde mental, reconhecendo-se como um debate presente e contínuo.

Este trabalho, antes mesmo de apresentar uma análise dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental, é a reprodução de uma defesa da saúde mental, compreende a necessidade de dar voz às pessoas com transtornos mentais, incentivar práticas que favoreçam o protagonismo dos usuários, familiares e trabalhadores.

Portanto, considera-se que as Conferências de Saúde, a partir do Relatório Final, materializa este protagonismo. Os Relatórios Finais são a afirmação da importância de pensar e fazer políticas públicas de saúde, reconhecendo e incentivando o protagonismo dos sujeitos considerando-se que todos os envolvidos com a temática da Saúde Mental são protagonistas na defesa da luta antimanicomial e da efetiva Reforma Psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor. **DIALÉTICA DO ESCLARECIMENTO: fragmentos filosóficos.** Theodor W. Adorno, Max Horkheimer. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

ADORNO, Theodor. **INDÚSTRIA CULTURAL E SOCIEDADE.** São Paulo: Paz e Terra, 2002.

ALVES, Isadora de Souza. **EU TENHO MUITO MEDO DE VOLTAR:** relatos da institucionalização total de pessoas com transtornos mentais. 2016. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

AMARANTE, Paulo. **LOUCOS PELA VIDA: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **SERV.SOC.SOC.**[online]. 2015, n.123, pp.407-427. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>. Acesso em: 04 de julho de 2018.

ARBEX, Daniela. **HOLOCAUSTO BRASILEIRO.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, Thaís Karina. **Saúde Mental e demandas profissionais para o Serviço Social.** 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2006.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **CÓDIGO DE ÉTICA DO/A ASSISTENTE SOCIAL COMENTADO.** Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, (organizador). São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **POLÍTICA SOCIAL: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, José Augusto. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: uma análise institucional da prática.** São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL, **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** Brasília: MS, 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 08 de nov. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)**. Brasília: Departamento da Atenção Básica, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO CNS Nº 510**, de 07 de abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: [http://www.fc.unesp.br/Home/Pesquisa/ComitedeEtica/reso510\\_16.pdf](http://www.fc.unesp.br/Home/Pesquisa/ComitedeEtica/reso510_16.pdf). Acesso em 08 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **RELATÓRIO FINAL DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: CONFERÊNCIA SERGIO AROUCA**. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **RELATÓRIO FINAL DA 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: POLÍTICAS DE ESTADO E DESENVOLVIMENTO**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RELATÓRIO FINAL DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: TODOS USAM O SUS: SUS NA SEGURIDADE SOCIAL: POLÍTICA PÚBLICA, PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <http://conferenciasaude15.org.br/wp-content/uploads/2016/01/Diretrizes-Aprovadas-Vers%C3%A3o-Final.pdf>. Acesso em 20 de nov. de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **LEI Nº 10.216**, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **LEI Nº 8.080**. Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**. Brasília, DF: 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **LEI N.º 8142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Brasília, DF: 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 14 abril 2017.

BRASIL. **RELATÓRIO FINAL DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**. Brasília. 2001.

BRASIL. **RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL**. Brasília. 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara, A. P. **POLÍTICA SOCIAL E DEMOCRACIA**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

CAPONI, Sandra. **NEURONARRATIVAS - A hipocrisia institucionalizada da medicalização da saúde mental**. Disponível em: [http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5512&secao=444](http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5512&secao=444). Acesso em: 12 de set. 2016

CASTEL, R. **A ORDEM PSIQUIÁTRICA: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CFESS - Conselho Federal De Serviço Social. In: **PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais: Brasília: CFESS, 2010.

CONASS - Conselho Nacional De Secretários De Saúde. **AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS**. Brasília, DF: CONASS, 2009.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da Costa. PAULON, Simone Mainieri. Participação Social e o protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **SAÚDE EM DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 36, n95, p. 572-582, 2012.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO. C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma em saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (org.). **ARCHIVOS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-41.

COUTO, Berenice Rojas. **O DIREITO SOCIAL E A ASSISTÊNCIA SOCIAL NA SOCIEDADE BRASILEIRA: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004. p. 119-137.

DEMO, Pedro. **PARTICIPAÇÃO E CONQUISTA: noções de política social participativa**. São Paulo: Cortez, 1996.

DUARTE, Marco José de Oliveira. PASSOS, Rachel Gouveia. GOPMES, Tathiana Meyre da Silva. **SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E DROGAS**. Campinas: Papel Social, 2017.

FOUCAULT, Michel. **MICROFÍSICA DO PODER**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **O HOMEM E A SERPENTE: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 1996.

\_\_\_\_\_. **O NASCIMENTO DA CLÍNICA**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

\_\_\_\_\_. **O PODER PSIQUIÁTRICO: curso dado no Collège de France.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANCES, Allen. **Gastamos muito dinheiro para tratar pessoas normais, diz psiquiatra.** Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2016/09/1811982-gastamos-muito-dinheiro-para-tratar-pessoas-normais-diz-psiquiatra.shtml>. Acesso em: 12 de set. 2016

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **MEDICALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

GIL, A. C. **MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA SOCIAL.** 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

\_\_\_\_\_. **COMO ELABORAR PROJETOS DE PESQUISA.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOFFMAN, Irving. **ESTIGMA – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada,** 1963.

\_\_\_\_\_. **MANICÔMIOS, PRISÕES E CONVENTOS.** São Paulo: Perspectiva, 2008.

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS. **SERVIÇO SOCIAL: DIREITOS SOCIAIS E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS.** Brasília: CFESS/Abepss, 2009. p. 701-718.

HELMAN, Cecil G. **CULTURA, SAÚDE E DOENÇA.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **RELAÇÕES SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.** São Paulo: Cortez, 1995.

LUKÁCS, G. **EXISTENCIALISMO OU MARXISMO.** São Paulo: Senzala, 1967.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **DANAÇÃO DA NORMA: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MESZÁROS, István. **A CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL.** In: Outubro-Revista do Instituto de Estudos Socialistas, São Paulo, n. 4. 2000.

\_\_\_\_\_. **A MONTANHA QUE DEVEMOS CONQUISTAR.** São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.

\_\_\_\_\_. **A NECESSIDADE DE CONTROLE SOCIAL.** São Paulo: Ensaio, 1987.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **PESQUISA SOCIAL. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. **O DESAFIO DO CONHECIMENTO: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo : Hucitec, 2004.

NETTO, José Paulo. **DITADURA E SERVIÇO SOCIAL: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64.** São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. Para a Crítica da Vida Cotidiana. In: **COTIDIANO: Conhecimento e Crítica.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 1996. p. 64-9.

ONU. Organização das Nações Unidas. **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS.** Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. **DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO.** França, 1789. Disponível em: [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/direitos-humanos/declar\\_dir\\_homem\\_cidadao.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/direitos-humanos/declar_dir_homem_cidadao.pdf). Acesso em: 05 de julho de 2018.

PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. **LUTA ANTIMANICOMIAL E FEMINISMOS :** discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro : Autografia, 2017.

PEREIRA, Potyara A. P. **NECESSIDADES HUMANAS: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. **Política social: temas & questões.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

ROBAÍNA, C. M. V. O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental. **SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE,** São Paulo, Cortez, n. 102, abr./jun. 2010.

ROSA, Lúcia Cristina do Santos. **SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade /** Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, José Augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (org.) 2. Ed. São Paulo : Cortez, 2002.

SANTOS, Josiane Soares. **QUESTÃO SOCIAL: particularidades no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2012.

SARRETA, F.O. O trabalho em saúde: desafios da educação permanente em saúde. **VIII SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR** (em continuidade ao VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e **VI SEMINÁRIO “O TRABALHO EM DEBATE”.** UNESP/USP/STICF/CNTI/UFSC, 2012.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA,** Rio de Janeiro, v.6, n.1, p73-85, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al (org.). **SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. **DESAFIOS POLÍTICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**. São Paulo: Hucitec, 2010.