



Reflexos da contrarreforma psiquiátrica nos CAPS do Vale do Ribeira (SP)

Reflexes of the psychiatric counter-reform in the Vale do Ribeira (SP) CAPS


Thaís Ishimoto Tanabe da Silva^a

 <https://orcid.org/0009-0009-0726-2453>

Luciane Maria Pezzato^a

 <http://orcid.org/0000-0002-3591-1491>

Laura Camara Lima^a

 <https://orcid.org/0000-0002-8516-2353>

Resumo: Este artigo foi produzido a partir de pesquisa qualitativa e exploratória sobre os CAPS do Vale do Ribeira (SP), cujo objetivo é discutir os reflexos da contrarreforma psiquiátrica nesses serviços sob a perspectiva crítica antimanicomial. Realizaram-se Rodas de Conversa com trabalhadores dos CAPS entre os meses de outubro e novembro de 2023, e os resultados mostraram o retorno às práticas psiquiatrizantes, à mercantilização da saúde e ao financiamento de Comunidades Terapêuticas.

Palavras-chave: Contrarreforma psiquiátrica. Centros de Atenção Psicossocial. Política social.

Abstract: This article is produced based on a qualitative and exploratory research about the Vale do Ribeiras (SP) CAPS, whose objective is to discuss the consequences of psychiatric counter-reform in these services from the critical anti-asylum perspective. Conversation Rounds were performed with CAPS workers between October and November 2023 and the results showed the return to psychiatric practices, the commodification of health services and the funding of Therapeutic Communities.

Keywords: Psychiatric counter-reform. Centers of Psychosocial Care. Social policy

^aUniversidade Federal de São Paulo (Unifesp), Santos/SP, Brasil.

Recebido: 25/6/2024 ■ Aprovado: 18/7/2024

Introdução

A partir da metade do século XVII, na Europa, as instituições hospitalares passaram a ser o destino central de pessoas acometidas por transtornos mentais e, desde então, na perspectiva ocidental, “[...] a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural” (Foucault, 1978, p. 55). A cultura hospitalocêntrica/manicomial se desenvolveu a partir de um sem-fim de violações dos direitos dessas pessoas: tendo-as como uma ameaça à ordem e à segurança da sociedade, promoveu sob justificativa clínica a sua estigmatização, exclusão, aprisionamento e apagamento das suas identidades; sua configuração deposita na figura do médico um saber e autoridade inquestionáveis, e reduz os transtornos mentais a disfunções patológicas, utilizando-se da medicalização como tratamento principal, senão o único. Nesta lógica, não é permitido ao “louco” discutir sobre a sua própria condição, somente se resignar ao que os laudos lhe reservam.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foi o movimento nacional responsável por romper com esse ideário, que preponderou através de hospitais psiquiátricos até o final da década de 1970, quando os conceitos oriundos da Reforma Psiquiátrica Italiana e sua psiquiatria democrática (Serapioni, 2019) chegaram ao Brasil, influenciando sanitaristas e mobilizando a sociedade civil. Nesse novo horizonte em que a psiquiatria passa a ser um dos diversos componentes da saúde mental (SM), abdica-se da relação de poder verticalizada e biologizante entre profissional e paciente, e passa-se a discutir sobre os vários condicionantes de saúde que incidem sobre o sofrimento psíquico, propondo-se um “[...] deslocamento do olhar da loucura para o sujeito que a experiencia” (Paladino; Amarante, 2022, p. 8).

Paralelamente à Reforma Sanitária, a RPB se instituiu como um processo de luta não só pelo tratamento ampliado e de base territorial para a saúde mental, mas também pela sua defesa como um direito social a

ser garantido através de uma política pública com financiamento estatal, controle social, preservação da dignidade humana em sua integridade física e moral, acesso à informação, entre outros.

Reorientando o modelo assistencial anterior, emerge a atenção comunitária, tendo os centros de atenção psicossocial — CAPS — como carro-chefe do novo modelo de cuidado, considerado equipamento por excelência para organizar a rede assistencial e articular as condições para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade (Rosa; Campos, 2013, p. 312).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram dentro desse propósito com suas primeiras experiências substitutivas ao modelo hospitalar no final da década de 1980, em São Paulo. Foram consolidados como serviços estratégicos inseridos na rede de cuidados integrais do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), ancorada na Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2002), os CAPS deverão se constituir como serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território no qual se encontra localizado, com atendimento individual (medicamentoso, psicoterapêutico, de orientação social, entre outros), em grupos (de psicoterapia, grupo operativo, de apoio, entre outros) e com oficinas terapêuticas e atividades, enfocando a integração comunitária e a inserção familiar e social, atendo-se à Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que versa sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. “Os CAPS são o resultado, assim, de uma alteração significativa no modo de tratamento da loucura, tanto do ponto de vista de sua ideologia oficial quanto de seu funcionamento prático” (Soares; Gisi, 2023, p. 2).

Contudo, compreende-se que, apesar dos avanços construídos pela RPB, seus princípios seguem coexistindo com reproduções biomédicas

na saúde mental, em uma dinâmica permanente de correlação de forças que transita entre o cuidado libertário e a psiquiatrização/medicalização do sofrimento psíquico.

1. A contrarreforma psiquiátrica

Em um panorama de alternância de poder e das pactuações político-ideológicas, bem como de descentralização da gestão das políticas públicas, na década entre 2013-2023, pôde-se observar que o investimento no segmento da SM, em instâncias diversas, também passou a se concretizar através de programas e ações pautadas em conceitos contrários aos princípios da RPB.

São exemplos: o programa de internação compulsória de pessoas com dependência química e em situação de rua, lançado pelo governo do estado de São Paulo em 2013 através da Operação Centro Legal; a Nota Técnica n. 11/2019 do MS, que rompeu com a política de desinstitucionalização e indicou a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e parcerias com Comunidades Terapêuticas (CT), em uma dita “Nova Saúde Mental”; mais recentemente, no ano de 2023, o encerramento das atividades do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (Cratod) na capital paulista, até então de responsabilidade do governo do estado de São Paulo, terceirizando-se sua gestão à Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, rebatizado de “Hub de Cuidados em Crack e outras Drogas”; e a manutenção da destinação de recursos públicos às CTs pela atual gestão do Governo Federal, que chegou a criar um departamento de apoio a CTs, alocado no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

Considerando que lutas e reformas são processos em constante disputa, apesar de todos os direitos hoje garantidos às pessoas com transtorno mental, também se apresenta um movimento de contrarreforma:

As Contrarreformas configuram efeitos paradoxais, isto é, inesperados pelas forças sociais que idealizaram, conquistaram e implementaram a Reforma Psiquiátrica (RP) em questão. Em outros contextos, porém, elas resultam de lutas paradigmáticas, mais ou menos prolongadas e às vezes radicais. Nos casos mais extremos, contam com o reaparecimento do manicômio, ou função manicômio, operando no centro do modelo de atenção e a hegemonia do modelo biomédico, com ênfase na explicação biológica do adoecimento e nas terapêuticas correlatas (Nunes *et al.*, 2019, p. 4490).

Costa e Faria (2021) destacam que a contrarreforma psiquiátrica é um dos principais desafios postos à SM brasileira, entremeando-lhe problemáticas que transitam entre a macro e micropolítica, e se relacionam intimamente com a desvalorização da totalidade social, com a valorização do capitalismo, do individualismo, do corporativismo médico e da psiquiatria biomédica, ainda prevalente.

A construção da saúde mental após a reforma, principalmente se considerados os dispositivos posteriores componentes da RAPS, provaram sua eficácia [...]. Por outro lado, não impedem que os discursos avessos se façam orientadores de ações institucionais caso haja gestão pouco alinhada (Prado; Severo; Guerrero, 2020, p. 260).

Tendo em vista essa ameaça crescente do movimento de contrarreforma, a força atrativa do modelo biomédico, a precarização dos serviços de saúde e os interesses econômicos a ela relacionados, a relevância social dessa temática na atualidade está intrinsecamente ancorada na luta democrática e se relaciona com a necessidade de retomar o debate público sobre a importância do papel dos CAPS como serviços que reorientam a assistência em saúde mental para um cuidado psicossocial territorial, bem como de discutir se/de que forma esse papel tem se concretizado, diante das transformações instituídas junto à Política Nacional de Saúde Mental desde a sua origem.

Nesse sentido, objetivou-se, por meio desta pesquisa, discutir, junto aos trabalhadores dos CAPS do Vale do Ribeira (SP), sobre os reflexos da contrarreforma psiquiátrica observados nesses serviços, partindo de uma perspectiva crítica antimanicomial.

2. Caminhos da pesquisa

Este artigo se origina de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de três Rodas de Conversa (RC) com trabalhadores de SM dos CAPS do Vale do Ribeira (VR), em São Paulo, realizadas entre os meses de outubro e novembro de 2023. Nesta pesquisa de mestrado, participaram 11 pessoas representantes de quatro dos sete CAPS ali existentes, com ocupações e formações distintas — entre ensino fundamental, médio e superior —, convidadas através de suas chefias imediatas para participarem mediante a anuência institucional de seus respectivos Secretários de Saúde. O projeto que estruturou esta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, número do parecer 6.416.684, CAAE 71204623.0.0000.5505.

Os critérios de elegibilidade dos participantes foram: voluntariedade, trabalhar no CAPS há mais de seis meses e ter uma ocupação que proporcione o contato direto com os usuários; encontram-se vinculados empregaticamente através de regime efetivo/estatutário, de seletiva pública com tempo determinado de prestação de serviço ou, ainda, de forma terceirizada, em contratações por meio de Organizações Sociais. Todos receberam pseudônimos, preservando-se o anonimato.¹

Os CAPS do VR foram implementados tardiamente à RPB, todos após os anos 2000; caracterizam-se como sendo do tipo I, com capacidade operacional para atendimento à população de todas as faixas etárias

¹ Os participantes desta pesquisa escolheram seus pseudônimos e pseudônimos para os seus respectivos CAPS de origem, mantendo o anonimato de ambos: CAPS Ipê: Pera, Uva e Manga; CAPS Azaleia: Talita, Maria e Sapo; CAPS Rio: Puri, TD e Banana; e CAPS Nasa: Lupin e Honó.

em territórios contendo entre 20.000 e 70.000 habitantes; não ofertam atendimento 24 horas ou aos fins de semana, nem dispõem de leitos para monitoramento de necessidades clínicas.

Para a análise dos dados, utilizou-se do referencial teórico materialista-histórico-dialético, bem como de autores alinhados junto à luta antimanicomial que versam de maneira crítica sobre SM e Políticas Sociais.

3. Manifestações contrarreformistas em CAPS do Vale do Ribeira (SP)

O primeiro encontro das RC iniciou com a pergunta: “*O que vocês entendem que o CAPS é? Para que serve o CAPS?*”. Propôs-se que esse diálogo constituiria os temas geradores da próxima RC, e o terceiro e último encontro sintetizaria as reflexões trazidas pelo grupo, encerrando-se com a partilha das considerações coletivas sobre as vulnerabilidades e as potencialidades observadas em cada CAPS. Evidenciaram-se as manifestações da contrarreforma psiquiátrica indicadas a seguir.

3.1 Práticas psiquiatrizantes — estigmatização e medicamentação do sofrimento psíquico

Os participantes relatam que as suas primeiras vivências junto ao CAPS mostraram que o estigma da loucura permanece, recaindo não só sobre os que lá frequentam como usuários, mas também sobre quem deles se aproxima, como na condição de trabalhador do serviço. A relação com os CAPS comumente se inicia permeada de medo, muito em função do estereótipo agressivo atribuído às pessoas com transtorno mental. Participantes de diferentes CAPS mencionaram o fato de que o serviço é destinado inclusive como “castigo” para funcionários que são transferidos para lá, em represália por divergências institucionais, por ser um lugar para o qual as pessoas não desejam ir. Os que o fazem voluntariamente

ou que se afeiçoam ao lugar, recusando-se a ir para outros serviços depois, são tidos igualmente como loucos por outros trabalhadores da saúde.

[...] Aí o pessoal que trabalhava comigo falou “você vai pro CAPS?! você é doida” (Pera).

[...] depois que eu falei que tinha aceitado (ir para o CAPS) falaram: “Meu Deus, você é doida! Vão surtar e você vai apanhar lá!” (Uva).

Comigo foi ao contrário, eu já trabalhava há três anos no CAPS [...] aí a Secretaria (de Saúde) pediu se eu não queria ser transferida, aí eu não aceitei, falei, vou continuar aqui, aí o pessoal: “Você tá doida, podia ter ido pra outro setor”, mas eu fiquei [...] (Puri).

A respeito dessas três falas, podemos refletir a partir do que Pimentel e Amarante (2021, p. 260) nos trazem como sendo um “discurso classificatório sobre o louco”: “Nessa medida, a partir da objetivação da loucura como doença mental, as relações estabelecidas com o louco passam a ser mediadas por signos de negatividade (os sintomas) [...]”. Aqui, especificamente, isso se traduz através da alusão ao medo do “surto” do usuário como primeiro pensamento relacionado à possibilidade de ter contato com esse público. A menção a isso se repetiu nas RC, revelando condutas adotadas diante de episódios que se concretizaram:

Já teve paciente, que assim, na casa dele, ele não estava se sentindo bem e ele foi lá pro CAPS, antes dele entrar em surto, né? [...] (Pera).

[...] quando chega algum surtado que é usuário, até elas (serventes) conseguem acalmar e graças a Deus, dá certo (Manga).

Acontece muito, né? Que ele (o usuário) sente que ele vai entrar em surto e ele corre (para o CAPS). [...] quando entra em surto uma pessoa lá, a gente tem que deixar. A gente tem que ir conversando, conversando, até que a pessoa se acalma. Tem vezes que a pessoa não quer que a mãe vá (na ambulância), aconteceu comigo, ela não queria saber da mãe. Ela queria matar a mãe. Aí conversando, eu fui com ela na ambulância. [...] Tive que mentir. Tem vezes

que a gente tem que mentir. “Olha, não é medicamento, é uma vitamina”, entendeu? Pra pessoa poder (tomar) [...] (Manga).

Na fala de Manga, constata-se um exemplo claro da prática psiquiatrizante: realiza-se a medicamentação de um episódio de crise dentro do espaço do CAPS que, embora seja um serviço que se propõe a horizontalizar a relação com os pacientes, nessa ocasião, não permite ao usuário ser enxergado entre as múltiplas composições do seu sofrimento, entendido ali como “surto”, da mesma forma que o priva de decidir de maneira esclarecida sobre aceitar ou recusar a medicação que supostamente ocasionaria a remissão deste. No fato narrado, é o/a participante que o atende quem decide do que se trata e como se trata.

Não se praticou, segundo a fala de Manga, a compreensão “da complexidade da natureza das crises (psíquica, social, política, econômica e física) que acometem os sujeitos” (Nunes *et al.*, 2019, p. 4490), mas um regresso ao entendimento reducionista, orgânico e sintomático das afetações expressadas pela pessoa com transtorno mental, à ideia da loucura ameaçadora que precisa ser contida através da medicação, mesmo que em um primeiro momento tenha sido acolhida.

Constata-se que a moralidade psiquiátrica, por meio do rótulo do “doente mental”, ainda priva os sujeitos, entre outras coisas, de experiências sociais importantes (Pimentel; Amarante, 2021), que nesse caso poderiam ser exemplificadas como o direito à tomada democrática de decisão sobre o cuidado de si e ao consentimento esclarecido. Em se tratando de processos de trabalho em saúde mental, deve-se buscar a ruptura com o modelo biomédico de medicalização e focalização de sintomas/patologias (Machado, 2016), necessitando-se refletir continuamente sobre essa problemática, posto que se relaciona diretamente com a lógica com a qual a RPB buscou romper:

As relações de poder constituíam o aspecto fundamental da prática psiquiátrica: [...] distribuíam as relações entre os indivíduos e regiam as formas de

intervenção médica. O que estava, desde logo, implicado nestas relações de poder era o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura. Direito explicitado em termos de competência que se exercia sobre uma ignorância, corrigindo erros (ilusões, alucinações, fantasmas) de normalidade e impondo-se à desordem e ao desvio (Vieira, 1981, p. 54).

Observa-se que o estigma sobre os transtornos mentais, embora percebido e debatido pelos participantes, também segue permeando algumas de suas práticas de atenção à SM, nas “formas de intervenção médica” a que Vieira (1981) se referiu anteriormente, as quais contribuem para a condição de vulnerabilidade social das pessoas que a elas são submetidas, uma vez que reforçam desigualdades relacionais e discriminações.

3.2 Mercantilização e precarização da saúde, dos serviços e das relações de trabalho

Evidenciou-se a percepção dos participantes sobre a precarização da estrutura oferecida ao cuidado em SM e a ausência do investimento necessário para a concretização do que se propõe o CAPS como serviço substitutivo ao modelo asilar, posto que deveria contar com uma oferta terapêutica de base territorial mais ampliada e diversificada, seja em relação aos recursos humanos, seja no que diz respeito aos recursos materiais. Discutiu-se sobre o acúmulo de funções realizado por alguns participantes, sobre a cobrança por parte de gestores para que haja um maior quantitativo de atendimento, mesmo com equipe reduzida e grande volume de pacientes com demanda individual, e sobre a fragilidade do vínculo empregatício dos trabalhadores terceirizados diante dessas questões.

Salienta-se existir por parte dos gestores, em sua maioria, uma exigência mercadológica em relação aos atendimentos do CAPS, na qual números são priorizados, e não sua qualidade — reflexões que traduzem a contaminação do modo de produção da sociedade capitalista sobre o trabalho:

Eu vejo também muito gestor com essa imagem de que saúde, eles querem enxergar como se fosse uma empresa. “Invisto”, e ele quer ter o lucro, né? [...] Eu acho que saúde é investimento, é para o bem da população. E tem que gastar mesmo. [...] Até em relação ao mapa de atendimento, né? “Ah você atendeu só tantos.” Atendi e atendi bem. É qualidade, não números (Maria). É, falam assim, “aí tem que ter tanto, está ali na RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde), mas não adianta colocar dez (atendimentos) e não ser bem atendido (Manga).

Trata-se de expressões do neoliberalismo, da privatização do Estado e da desregulamentação dos direitos do trabalho (Antunes, 2009). Nesse engodo, o Estado assume a figura de agenciador dos interesses capitalistas, evadindo-se do papel de gestor de políticas públicas e exercendo o atributo de gerente financeiro, inclusive delegando parte de sua responsabilidade pela manutenção dos serviços públicos para o terceiro setor. “Entre as características que assumem nessas realidades, destaca-se a noção de que políticas sociais e garantias de direitos sociais seriam ‘gastos’ que precisam ser dissipados” (Magro; Faquin, 2023, p. 8). Assim, demanda-se uma produtividade elevada, que no caso em tela corresponde à realização do maior número de atendimentos em saúde, mas com a menor aplicação de recursos humanos e orçamentários possível.

A partir do fortalecimento das iniciativas privadas na área da saúde, pode-se perceber o crescimento da mercantilização do acesso, da focalização no atendimento, da precarização dos serviços, da terceirização dos recursos humanos e do desinteresse em viabilizar uma política de saúde pública baseada no compromisso e na qualidade (Oliveira; Mota, 2015, p. 9).

Passos (2015) explica que nessa dinâmica, em que a força de trabalho também se torna uma mercadoria e que é negociada visando ao lucro para o empregador, o seu sentido é distanciado do seu objetivo fundamental — que no caso dos CAPS é promover o cuidado em saúde mental

—, ocorrendo então a vivência do trabalho alienado e da reificação das relações sociais, “reproduzindo a relação entre mercadorias e coisas e não mais entre seres humanos” (Passos, 2015, p. 16). Além de interferir na relação entre trabalhadores e usuários, conseqüentemente, na produção de SM, essas premissas recaem sobre os vínculos trabalhistas de parte dos participantes, que passam a se constituir de forma terceirizada e fragilizada, conforme explicita o diálogo a seguir:

[...] vocês falam que são terceirizados o pessoal que cuida lá, né? Tem o mesmo problema como a gente que tem eleição, muda de gestão e manda todo mundo embora? (Sapo)

Pior que manda embora muitas vezes aquele que tem vínculo (com os usuários) (Maria).

Aqui eles que trabalham no CAPS e na Residência (Terapêutica) é tudo por indicação, [...] era mais indicação política mesmo, vereador que mandava, tudo política [...] (Puri).

Mas essa questão política é uma das minhas maiores questões, estou sempre pisando em ovos, porque já aconteceu de uma outra oficineira que trabalhava comigo ir contra um partido político e aí eles mandarem ela embora; uma das que estava há mais tempo lá e eles mandarem embora por conta de partido político. Eles não olham o trabalho da pessoa, se a pessoa trabalha bem, que ela está construindo ali alguma coisa [...] (TD).

Santos *et al.* (2023) explicam que nessa forma de contratação, que dispensa concursos ou seletivas públicas, o risco iminente de demissão é premissa básica da relação entre empregador e empregado. No contexto do VR, conforme narrado anteriormente, essa ameaça se vale de critérios político-partidários e extrapola os limites do trabalho, espreitando sobre a vida pessoal dos trabalhadores, cujas escolhas e manifestações deveriam ser protegidas e respeitadas diante do direito à democracia política, mas que passam a também ter de servir às inclinações políticas do empregador. Vê-se uma lógica de pessoalidade na organização do serviço público, dentro da Saúde e nesses CAPS, e:

[...] o trabalhador, enquanto ser humano envolvido com sua profissão, que vende sua força de trabalho para sobreviver, é visto somente como mais uma peça em um jogo, podendo ser descartado e substituído a qualquer momento, sem considerar o que isso acarreta para a sua vida, para a sua saúde ou para os que utilizam desse serviço de saúde. Em se tratando de saúde, especialmente de saúde mental, desconsiderar o trabalhador e as condições de trabalho às quais ele é submetido é desconsiderar a qualidade do serviço a ser oferecido (Santos *et al.*, 2023, p. 6).

Analisando esse cenário, pode-se afirmar que neoliberalismo e contrarreforma psiquiátrica se retroalimentam.

A política de saúde mental é implementada ao mesmo tempo que o modelo neoliberal estabelece-se na realidade brasileira, o que influencia e firma as várias fragilidades, já que a ação do Estado hoje é direcionada para a maximização do mercado e a redução das ações e investimentos para as políticas públicas (Passos, 2015, p. 20).

Uma vez que a gestão do espaço e do trabalho no interior do CAPS opera sob essa cartilha neoliberal, as práticas em Saúde Mental se vêm permeadas de contradições que impulsionam a incursão contrarreformista. “O projeto privatista aponta que o Estado deve garantir um acesso mínimo aos que não podem pagar, oferecendo-lhes um pacote básico de saúde” (Chiabotto; Nunes; Aguiar, 2022, p. 82), e nessa retração do Estado, reduz-se a oferta de alternativas terapêuticas para a atenção psicossocial, limitando-a ao atendimento de consultório, clínico e individualizado, o que oportuniza às investidas privatistas se beneficiar dessa demanda e ofertar de forma mercantilizada também a atenção em saúde mental. “Para a sociedade capitalista a mercadoria é a realidade absoluta, visto que ela é a unidade de todas as determinações, o embrião de todas as contradições [...]” (Kosik, 1969, p. 31).

Ao mesmo tempo, em meio à instabilidade das relações de trabalho e com a ameaça constante do desemprego, não se permite aos trabalhadores

terceirizados realizar o enfrentamento necessário para a defesa dos seus direitos e para a defesa da SM. Ou seja, a terceirização nesse lócus incide não só na vulnerabilidade política desses trabalhadores, na sua dispersão e na fragmentação (Druck, 2016), mas também na vulnerabilidade política da luta antimanicomial.

3.3 Financiamento das CTs e retorno à lógica das internações

O financiamento das comunidades terapêuticas foi um dos temas de destaque das RC realizadas nesta pesquisa. Ele se apresenta para a SM no VR como uma alternativa legitimada pelo poder público, que opta, em determinados municípios dessa região, por firmar convênios com CTs e para estas encaminhar seus pacientes, em detrimento de investir no cuidado a ser construído sob as premissas instituídas pela PNSM.

Mas, por outro lado, tem investimento em outras instituições, não é? Como a gente viu, superinvestimento em Comunidades Terapêuticas, né? Isso com dinheiro público também, né? Sim, então acho que é mais um entendimento político, né? [...] Eu acho que assim, o CAPS veio para ser um serviço para substituir os hospitais psiquiátricos, né? Mas assim, esse desafio de resistir contra a institucionalização é algo diário. [...] Enfim, e muitas vezes é pensado até antes de outras opções. Assim, né? Então eu me vejo assim em muitos espaços, reuniões de rede ou atendimentos com família resistindo a isso, né? A isso da internação. [...] Então acho que existe essa visão ainda da população em geral e até mesmo de muitos profissionais de que a internação seria a resolução daqueles problemas, né? (Hono)

CTs são entidades privadas sem fins lucrativos que passaram a fazer parte da RAPS em 2011. Realizam o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso ou dependência de substâncias psicoativas em regime residencial transitório, devendo funcionar em caráter de

acolhimento exclusivamente voluntário, ou seja, o próprio usuário deve desejar ir para a CT (Brasil, 2023)².

Existe no Brasil uma extensa discussão sobre a (im)pertinência do financiamento público das CTs, cuja execução vem transpassando diferentes gestões em variadas esferas de governo. Além do fato de o Estado deixar de destinar recursos orçamentários para a melhoria da rede de serviços públicos, injetando-os em serviços particulares, a controvérsia acerca desse financiamento decorre, sumariamente, de pontos de debate fundamentais dentro dos processos de reforma e contrarreforma psiquiátrica, pois “[...] passam a conviver na esfera da política nacional modelos concorrentes de atenção asilar e base territorial e comunitária” (Lima *et al.*, 2023, p. 2).

Apesar de as CTs serem apresentadas como tendo esse caráter voluntário, pode-se afirmar, a partir do *Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas: 2017*, do Conselho Federal de Psicologia, que existe, no interior desses espaços, uma realidade de funcionamento com irregularidades envolvendo internações involuntárias e compulsórias e internações voluntárias convertidas em involuntárias; constata-se ainda a ausência de projeto terapêutico singular e a prática de violação da liberdade religiosa, utilizando-se de abordagem conservadora e de um trato moral de questões advindas da SM. “Trata-se de uma reformulação de práticas seculares no bojo da psiquiatria tradicional. [...]” (Farias; Passos, 2018, p. 9). Conforme foi descrito pelo Conselho Federal de Psicologia *et al.* (2018, p. 58 e 76):

Mesmo quando o discurso é da possibilidade de saída caso a pessoa internada assim o queira, a prática de retenção de documentos pessoais, dinheiro e cartões, associada à instalação em locais de difícil acesso, dificulta — ou, na prática, impede — a saída. Soma-se a isso o fato de que a construção da impossibilidade de saída não se restringe às trancas e impedimentos

² Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 23 jul. 2024.

físicos, mas está relacionada ao conjunto de normas e regras que na prática funcionam como um jogo de manipulação emocional.

[...] a base das comunidades terapêuticas está na articulação entre abstinência, religiosidade e laborterapia. Fica patente, com isso, que há um padrão geral de cuidado que não tem como norte a singularidade do projeto terapêutico para cada pessoa, requerida pela legislação de saúde mental [...].

Segundo Maggio *et al.* (2022), apesar de as parcerias entre entes públicos e instituições privadas serem justificadas pelo Estado a partir da propaganda de aperfeiçoamento da oferta de serviços, na realidade, o que se confirma é o oposto: que a iniciativa privada passa a se utilizar desses segundo seus interesses particulares escusos. Ao contrário do Estado, que deve responder à demanda dos direitos, a esfera privada não se reporta a essa obrigação, pelo contrário, age de maneira discriminatória (França Junior, 2021). No caso das CTs, por exemplo, apesar da fachada de cuidados em saúde mental para pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, constatam-se internações indiscriminadas e abordagens de cunho moral, religioso e penitenciário.

Considera-se, portanto, que o VR, assim como em outras regiões, vem cedendo à manicomialização privatista — na ausência de hospitais psiquiátricos, abarrotam-se comunidades terapêuticas. Segundo Passos *et al.* (2020, p. 136):

Estamos vivenciando um processo de reatualização e reconfiguração das instituições da violência que estão autorizadas a conter e controlar, com legitimidade jurídica, os corpos e subjetividades da população em especial, como a história nos mostra, dos grupos considerados desviantes.

Considerações finais

O presente artigo apresenta-se como parte de uma pesquisa de mestrado profissional que buscou entender, por meio de Rodas de Conversa

com trabalhadores, de que maneira e sob quais condições os CAPS do Vale do Ribeira (SP) produzem cuidado em saúde mental atualmente; e se constituiu a partir de uma parcela dos CAPS existentes na região, não exprimindo a totalidade de seus trabalhadores e serviços. Dito isso, o diálogo construído junto aos participantes das Rodas possibilita visibilizar, entre múltiplos temas, que a contrarreforma psiquiátrica se manifesta no interior desses CAPS em contextos preocupantes: observam-se a prevalência da estigmatização dos transtornos mentais, o retorno à lógica psiquiatrizante, a precarização e a mercantilização da saúde, dos serviços e das relações de trabalho, e o financiamento de internações em Comunidades Terapêuticas.

Analisa-se que esse processo de contrarreforma possui relação intrínseca com o modo de produção capitalista, cujo funcionamento mercadológico neoliberal exerce influência direta sobre a totalidade das relações sociais, o que engloba a forma como o Estado administra suas políticas e serviços. Sob o discurso de contenção dos gastos públicos, este tem negligenciado o direito à saúde em sua integralidade, mantendo o funcionamento dos CAPS em capacidade mínima e terceirizando tudo quanto for possível para a iniciativa privada, momento em que instituições como as CTs são beneficiadas.

Como consequência, tem-se o empobrecimento das ofertas terapêuticas, além do prejuízo da produção de cuidado em saúde mental comunitário, que acaba retrocedendo à lógica biomédica/hospitalocêntrica. Ao mesmo tempo, trabalhadores que se apresentariam como parte fundamental da luta antimanicomial encontram-se fragilizados em suas relações de trabalho e impossibilitados de promover o necessário enfrentamento a esse cenário junto aos usuários. Chama-nos a atenção que CAPS que tenham sido instituídos tão à frente da consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira apresentem problemáticas que foram debatidas ao seu início.

Diante do exposto, acredita-se que para garantir que os CAPS do VR funcionem de maneira mais coerente com a Política Nacional de Saúde

Mental, necessita-se promovê-los como dispositivos públicos de qualidade que medeiam a contratualidade do usuário com o seu território, cujos bens e serviços, também públicos e de inteira responsabilidade do Estado, possuem papel fundamental na sua reinserção psicossocial. Embora essas ponderações sejam preocupantes, este trabalho não pretende fazer uma leitura fatalista da realidade do Vale do Ribeira, mas alertar de forma crítico-reflexiva para o retrocesso que vem se instalando, bem como incitar gestores e demais trabalhadores da região a restituir o compromisso com os princípios políticos, coletivos, antimanicomiais, defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira: o direito a um tratamento emancipatório à saúde mental, de viés despatologizante, comunitário e libertário.

Referências

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília, 2002.

CHIABOTTO, C. D.; NUNES, I. S.; AGUIAR, K. S. P. Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família. *Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 49, p. 81-94, jan./jun. 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/63478/40995>. Acesso em: 29 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al. *Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*: 2017. Distrito Federal: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 7 fev. 2024.

COSTA, P. H. A.; FARIA, N. C. “E agora, José?” Saúde mental e reforma psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, e310412, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2021.v31n4/e310412/pt> Acesso em: 8 dez. 2023.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfK75czCSqYzjjhRgk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. de 2024.

FARIAS, J. S.; PASSOS, R. G. Saúde mental e drogas: o avanço do conservadorismo em tempos de golpe — o caso das comunidades terapêuticas. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória. *Anais [...]*. Vitória, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22152/14666>. Acesso em: 12 jun. 2024.

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANÇA JUNIOR, R. P. A crise estrutural do capital, as relações Estado-sociedade e o mito do terceiro setor. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 142, p. 366-385, set./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/YDJgQPPfN48GMTWhQKptc7C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2024.

KOSÍK, K. *A dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.

LIMA, F. A. C. et al. Digressões da reforma psiquiátrica brasileira na conformação da nova política de saúde mental. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 33, e33078, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/6spcqy4m7SfbN6RXTckYLjv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 fev. 2024.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tx6gNG9GDzdh8wLcj3DW9px/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2024.

MACHADO, G. S. Reforma psiquiátrica e Serviço social — o trabalho dos assistentes sociais na equipe dos CAPS. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). *Abordagens psicossociais*. São Paulo: Hucitec, 2016. v. III: Perspectivas para o Serviço Social. p. 33-120.

MACHADO, P. F. et al. Narrativas do silêncio: movimento da luta antimanicomial, psicologia e política. *Psicologia Política*, v. 15, n. 34, p. 599-616. set./dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v15n34/v15n34a10.pdf>. Acesso em: 15 maio 2024.

MAGGIO, M. P. et al. Terceirização no âmbito da saúde pública: reflexões e parâmetros. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 22, n. 2, e0004, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1419239>. Acesso em: 11 jun. 2024.

MAGRO, A. L.; FAQUIN, E. S. Capitalismo dependente e as políticas sociais brasileiras: política de assistência social em questão. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, v. 146, n. 3, e-6628341, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/YzZN9XwMd9NV4Jhrm7TqsvH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2024.

NUNES, M. O. et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GtLPLYmY8tsPLWjNk9nhQKw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2023.

OLIVEIRA, M. B.; MOTA, A. C. Os desdobramentos do neoliberalismo na política social pública de saúde. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís. *Anais [...]*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2015. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/anais-joinpp-2015.html>. Acesso em: 7 fev. 2024.

PALADINO, L.; AMARANTE, P. D. C. A dimensão espacial e o lugar social da loucura: por uma cidade aberta. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 1, p. 7-16, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6GrfLKz4LCnr4LFWqv3JTYq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2024.

PASSOS, R. G. Caminhos da consciência para si no movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira: notas iniciais à luz de Marx e Lukács. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 11-22, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/XtFXCjZNtHYPfxx3MZWdXBk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 maio 2024.

PASSOS, R. G. *et al.* Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 125-140, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064>. Acesso em: 15 maio 2024.

PIMENTEL, A. P.; AMARANTE, P. D. C. A ordem do discurso psiquiátrico: saber, poder, verdade e produção de exclusão social. *Mnemosine*, Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia Social e Institucional/UERJ, v. 17, n. 2, p. 250-263, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/62178>. Acesso em: 14 maio 2024.

PRADO, Y.; SEVERO, F.; GUERRERO, A. Reforma psiquiátrica brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 250-263, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sNR3QKGwVlt3my3zBLLNFXQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2023.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 114, p. 311-331, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/7yPB8Tnkr5jxvbdjXbrbSb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2024.

SANTOS, Y. L. Q. *et al.* A precarização do trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 26, p. e-190114, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/190114>. Acesso em: 8 fev. 2024.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169-1187, out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVLC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SOARES, R. O.; GISI, B. Ajustamentos à loucura: a dinâmica dos ajustamentos primários e secundários no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial. *Sociologia & Antropologia*, Rio de Janeiro, v. 13, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/PP7dnKLCscTPLTyChv8pbcw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2024.

VIEIRA, A. R. B. Organização e saber psiquiátrico. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v. 21, n. 4, dez. 1981. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/5bNPpwFFvkP779wjFMTKPmm/>. Acesso em: 14 maio 2024.

Sobre as autoras

THAÍS ISHIMOTO TANABE DA SILVA – Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde. Bacharel em Serviço Social.
E-mail: thaisishimoto2203@gmail.com

LUCIANE MARIA PEZZATO – Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas e Pós-doutora em Educação. Professora do Instituto Saúde e Sociedade
E-mail: luciane.pezzato@unifesp.br

LAURA CAMARA LIMA – Doutora em Psicologia Social (Paris). Pós-doutora em Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho (Paris). Professora do Instituto Saúde e Sociedade.
E-mail: lima.laura@unifesp.br

