

ando poderemos então estendê-las de forma
ús. Na história das políticas de saúde e saúde
ularmente da reforma psiquiátrica, muitas
tantes, que hoje estão por todo o país, se
pequenos projetos experimentais, que foram
depois expandidos.

e tudo, acreditamos que o tipo de abordagem
ui nos ajudará na importante tarefa de manter
olítica profunda de nossa luta antimanicomial
s mais sombrias da nossa história presente.

este exigem uma perspectiva temporal
nuita paciência histórica, para ser capaz de
omo todo um projeto de vida. Eles requerem
ir decifrando os “sinais dos tempos”, os
s de que a realidade não é estática, de que, na
stá tudo dominado”. E, fundamentalmente,
uma espécie própria de sabedoria, para
quenhas luzes da trajetória, mesmo que ainda
ndicam brechas e possibilidades reais de levar
nte. Com ela saberemos melhor com *quantos*
dessa travessia, mas tendo sempre em mente
iso e também que é plenamente possível.

duardo Mourão Vasconcelos

Rio de Janeiro, março de 2016

Capítulo 1

Os Processos de Reforma Psiquiátrica no Contexto Internacional e Brasileiro

Os processos de reforma psiquiátrica têm buscado uma profunda mudança nas políticas e nos saberes do campo da saúde mental nos principais países do mundo, a partir da década de 1970. Do ponto de vista conceitual, *reforma psiquiátrica significa, em um primeiro nível, substituir a assistência centrada em instituições totais, fechadas e em procedimentos involuntários, muitas delas promovendo internações de médio e longo prazos, marcadas por violações regulares dos direitos humanos mais fundamentais, e muitas similares a campos de concentração* (Barros, 1994; Arbex, 2013). Em seu lugar, busca-se uma atenção psicossocial interdisciplinar no território, com serviços abertos, universais, de fácil acesso, inspirados na perspectiva de conquista dos direitos humanos e da cidadania de seus usuários e familiares, e integrados intersetorialmente a sistemas únicos e públicos de saúde, assistência social e outras políticas sociais e públicas universais. Em um nível mais amplo e profundo, a partir de uma abordagem mais crítica e radical que adotamos aqui, *reforma psiquiátrica significa também criticar e reconstruir em novas bases (ou, utilizando um conceito chave do campo, desinstitucionalizar) os vários saberes convencionais e seus fundamentos epistemológicos, teóricos e jurídicos*

que incidem sobre o campo, bem como as relações sociais na sociedade mais ampla que sustentam o estigma, a discriminação, a segregação, a negligência, e a violência para com as pessoas com transtorno mental e seus familiares (Rotelli *et al.*, 1990; Barros, 1994; Amarante, 1995; Desviat, 1999; Basaglia, 2005; Vasconcelos, 2008a).

No plano internacional, do ponto de vista histórico, os processos de reforma psiquiátrica têm assumido formas diferenciadas nos diversos países em que estão sendo implementados. Muitas vezes, mostram um perfil mais superficial, legal e administrativo, ou inovações apenas em algumas dimensões do sistema, geralmente sem mudanças mais profundas nas instituições de internação e nos fundamentos da assistência, como, por exemplo, nos casos dos Estados Unidos, Canadá, França e Inglaterra (Desviat, 1999; Ramon, 1992, 1996; Ramon e Williams, 2005; Passos, 2009; Desviat e Moreno, 2012). Outras vezes, assumem um perfil mais radical, com fechamento e substituição completa das instituições do tipo manicomial, com profundas transformações nas bases teórico-conceituais, legais e na rede de serviços, cujo exemplo mais visível e inspirador para a sua difusão em outros países é o caso italiano (Basaglia, 1981-1982, 2005; Rotelli *et al.*, 1990; Amarante, 1994, 1995, 2015; Pitta, 1996; Saraceno, 1996; Passos, 2009). Do ponto de vista das entidades internacionais que incidem sobre as políticas de saúde mental no mundo, particularmente a Organização das Nações Unidas (ONU), com suas convenções de direitos¹, e suas filiadas, a Organização

1

1. Entre as principais convenções internacionais da ONU que incidem sobre o campo, chamam a atenção a de 1991, "A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental", e a "Declaração dos direitos das pessoas com deficiência" de 2007 (na verdade, o conceito original em inglês é *disability*, que inclui mais claramente as pessoas com transtorno mental, mas o conceito não existe em português), que chegou a ser assumida integralmente no Brasil na forma do decreto n. 6.949 de 2009, com o mesmo *status* da Constituição Federal, na hierarquia das normas jurídicas brasileiras. Para a leitura dessas cartas, ver o *site* da ONU (www.un.org) e, para uma análise mais detalhada dessas convenções, legislação e normas que incidem sobre o campo da saúde mental, ver outros trabalhos do presente autor (Vasconcelos, 1992, 2014).

Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)², estas têm assumido os princípios e têm estimulado claramente os processos de reforma psiquiátrica em seus países-membros.

No contexto brasileiro, o processo de reforma psiquiátrica constituiu desde o seu início, no fim da década de 1970, ainda em plena ditadura militar, o caráter de movimento social integrado às lutas pela redemocratização, contra as violações dos direitos humanos e por políticas sociais universais, mas, mais particularmente, tem sido um movimento orgânico à emergência e desenvolvimento do movimento sanitário (Fleury, 1997, 2008). Não nos cabe aqui retomar essa trajetória histórica da reforma psiquiátrica em detalhes, já sistematizada de forma sistemática em outros trabalhos (Vasconcelos, 2000, 2008, 2010), mas apenas mencionar sucintamente as suas quatro fases principais, não estanques, em uma periodização já disponível nessas obras, e apenas atualizada aqui, com a abertura de uma quarta fase diferenciada:

1ª fase: 1978-1992

Denúncia, primeiras tentativas de controle e humanização da rede hospitalar, 1 Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), emergência do movimento antimanicomial (1987) e primeiras experiências inspiradoras de novas estratégias e serviços do tipo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), principalmente na cidade de São Paulo, em 1987

1

2. Para uma visão dos principais documentos e das práticas estimuladas pela OMS e por sua filiada OPAS, consultar os *sites* das duas organizações (www.who.int/mentalhealth/ e www.paho.org/brasil/).

(o CAPS Itapeva, que depois inspirou o CAPS II), e logo depois em Santos (o NAPS, Núcleo de Atendimento Psicossocial, mais tarde normatizado como CAPS III), em 1989.

2ª fase 1992-2001

II Conferência Nacional (1992), mobilização e conquista da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização de inspiração italiana e início do repasse dos recursos para hospitais psiquiátricos para a implantação dos novos serviços substitutivos.

3ª fase 2001-2010

III Conferência Nacional (2001), aprovação da lei n. 10.216 (2001) de reforma psiquiátrica, crescimento e consolidação da rede de atenção psicossocial com expansão da agenda política para novas áreas e projetos (crianças e adolescentes, álcool e drogas, serviços residenciais, Programa de Volta para Casa etc.)³; IV Conferência Nacional (2010); gradual institucionalização das práticas e serviços de atenção psicossocial e dos próprios movimentos de reforma psiquiátrica e antimanicomial; precarização e privatização

3. Recomendo fortemente ao leitor interessado em conhecer de forma panorâmica a atual política de saúde mental e os diversos aspectos da prática profissional na rede de atenção psicossocial, a coletânea organizada por Marco Aurélio Soares Jorge e outros (Jorge *et al.*, 2014), da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz), no Rio de Janeiro.

dos contratos de trabalho na rede de atenção psicossocial; primeiros sinais de retrocessos, gerados por novos desafios que se acumulam particularmente a partir de 2006, e que vão configurar uma nova fase.

4ª fase 2010 - ?

Desafios crescentes e retrocessos gerados pela crise progressiva induzida pelas políticas neoliberais e pela recessão econômica mundial do final da década e pelo desinvestimento nas políticas sociais em geral e particularmente no SUS; difusão do consumo do *crack* e o despreparo da rede de atenção psicossocial para implementar nacionalmente uma assistência eficaz de cuidados neste campo, abrindo espaço para políticas de limpeza urbana, com internações forçadas, ou para a proliferação das comunidades terapêuticas de natureza privada ou filantrópica, baseadas em tratamento moral; crescente crise política e ética da forma de governo de coalizão política indiferenciada, sustentada em corrupção sistêmica, atingindo explicitamente o governo federal, e retrocessos e tentativas golpistas orquestrados pelos setores mais conservadores da política brasileira, via judicialização partidarizada e seletiva de suas ações, dirigida principalmente para as forças políticas de centro-esquerda e seus aliados. Entrega do Ministério da Saúde para um ministro e coordenador de saúde mental conservadores em 2015 e risco iminente de retrocessos no campo da saúde mental.

Esse quadro esquematizado nesta última fase constitui o principal desencadeador da reflexão e debate objeto desse pequeno ensaio. Uma descrição um pouco mais detalhada

do processo histórico e da atual crise econômica e política dos últimos anos será traçado no capítulo 4, e os vários desdobramentos e dimensões que atravessam o campo da saúde e saúde mental nos últimos anos serão indicados ao longo do trabalho, como objeto privilegiado da análise política que queremos propor aqui.

Capítulo 2

Reforma Psiquiátrica, Abordagens Sócio-Históricas e Interlocação com o Projeto Ético-Político do Serviço Social Brasileiro: Aproximações, Debates e Fertilizações Mútuas

Os movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, de um lado, o movimento de reconceituação, intenção de ruptura e de construção do projeto ético-político do serviço social brasileiro, que vem se desenvolvendo no país desde a década de 1980¹, de outro, apresentam, sem dúvida alguma, diversos pontos em comum em seus valores mais gerais. Se comparamos os princípios fundamentais estabelecidos no Código de Ética Profissional do Serviço Social de 1993 (CRESS 7ª Região, 2001; CFESS, 2012), ainda em vigor no presente momento, com os valores mais gerais do movimento antimanicomial (particularmente a ênfase comum na defesa intransigente dos direitos humanos) e as práticas profissionais e o ativismo político mais amplo de ambos os

1. Para aprofundamento desse tema, sugiro os trabalhos de Netto (1994 e 2006), Bonetti *et al.* (1996), Yamamoto e Carvalho (1993), Yamamoto (1992, 1998 e 2007), Silva (2001) e Borgianni *et al.* (2003).

dos seres humanos e pela sustentabilidade das variadas formas de vida em nosso planeta (Vasconcelos, 2002). Em um dos apêndices oferecidos no fim deste ensaio, o leitor poderá verificar como, em um exemplo de análise sócio-histórica mais global, alguns desses temas psicossociais podem ser incorporados a uma análise política da conjuntura. Outras dimensões internas ao campo da saúde mental são oferecidas no segundo apêndice, na forma de entrevista, que visa traçar uma análise de conjuntura mais informal, mas essas dimensões e temas estão também claramente interligados ao campo sócio-histórico.

Capítulo 4

As Contribuições do Serviço Social para o Campo Psicossocial: Fragilidades Conceituais e Políticas do Movimento Antimanicomial Brasileiro, em Contexto de Crise Econômica e Política

4.1 As fragilidades conceituais e políticas das abordagens teóricas antimanicomiais forjadas até meados da década de 1980, para os desafios do neoliberalismo que se abrem logo depois

As duas principais teorizações que sustentam os movimentos de reforma psiquiátrica e antimanicomial no Brasil e em alguns outros países, a foucaultiana (Foucault, 1961-1978) e a basagliana (Basaglia, 1981-1982, 2005; Amarante, 1996), se constituíram nas décadas de 1960 e 1970, em um contexto de pleno desenvolvimento do estado de bem-estar social na Europa, ainda sem o vislumbre no horizonte de uma eventual crise ou esgotamento de seu modelo. Assim, o pressuposto

e o consenso político implícito eram a possibilidade de um avanço linear nas políticas de *welfare* e, nelas, também do processo de reforma psiquiátrica. Mesmo as obras de Basaglia e dos autores clássicos do movimento da Psiquiatria Democrática, a partir de uma certa influência gramsciana em suas formulações, têm um enfoque nas ideologias, na cultura, no papel dos intelectuais/profissionais e das instituições, e portanto também apresentam uma dificuldade de abordar a dinâmica da sociedade e da economia capitalista com um todo, particularmente em períodos de crise. Daí a ênfase principal, neste conjunto de teorias que informam a reforma psiquiátrica no Brasil, estar nas dimensões culturais, institucionais, profissionais e epistemológicas para as mudanças profundas necessárias ao campo da psiquiatria e da saúde mental como um todo, e em suas relações com a sociedade.

Nesse contexto, no Brasil dos anos 1970, os movimentos sanitário e de reforma psiquiátrica no Brasil traçaram uma *estratégia política* com pressupostos similares (Teixeira, 1985; Fleury, 1997). As principais inspirações teóricas partiram das formulações de Poulantzas (1985), de sua noção de aparelhos do Estado como arena de luta de classes e, principalmente, do pensamento gramsciano (Gramsci, 1929-1935/2001; Coutinho, 1999), tais como o conceito de guerra de movimento como aprofundamento contínuo e radical da democracia, particularmente na versão do PCI da época, no Brasil mais bem representada pelo pensamento de Carlos Nelson Coutinho (Coutinho, 1984). Visualizava-se a possibilidade de construir um bloco histórico de forças políticas que atuariam dentro do Estado e em movimentos sociais na sociedade civil, capazes de conquistar e sustentar um desenvolvimento contra-hegemônico contínuo e expansivo de sistemas únicos de políticas sociais universais, mesmo dentro de uma sociedade capitalista semiperiférica.

No entanto, as condições estruturais para tais objetivos

já apresentavam na época limitações profundas. Dada a nossa posição de país semiperiférico e particularmente devido ao ciclo de ditaduras militares na América Latina, só tivemos condições políticas para vislumbrar políticas sociais universais no Brasil muito tardiamente, no fim da década de 1980, quando o ciclo mundial de expansão de sistemas de bem-estar social já estava se esgotando, com a emergência das políticas de ajuste neoliberais (Vasconcelos, 1989a, 1989b, 2012). Essa condição já permitia vislumbrar enormes desafios e limites em um futuro próximo, cuja gravidade dependeria do avanço das políticas neoliberais no mundo e em nosso país, e da correlação de forças políticas nos governos subsequentes e nos movimentos sociais que sustentariam o novo projeto.

4.2 Os desafios da expansão de políticas sociais universais e da reforma psiquiátrica em um período histórico de avanço do neoliberalismo, até a crise econômica e política aberta a partir de 2013

Após a Constituição de 1988, o SUS representou sem dúvida alguma o projeto mais avançado nessa direção, por capitalizar mais imediatamente o acúmulo de forças das lutas pela redemocratização e pela existência de um movimento sanitário bem estruturado, que mobilizou e direcionou a sua implementação¹. O movimento antimanicomial acompanhou essa tendência (Vasconcelos, 2008b). No entanto, outras áreas

1. Aos interessados no aprofundamento do tema, sugiro os trabalhos de Fleury (1997), Fleury *et al.* (2008), Escorel (1999), Bravo (1996), Lima *et al.* (2005), e de Paim (2008).

de política social, como a dos direitos da criança e adolescentes, dos idosos e da assistência social, renda básica de cidadania, não tiveram tal influxo político na mesma intensidade, foram contempladas gradualmente na esfera normativa, mas sua implementação prática foi mais tardia, mais precária ou fortemente focalista².

Durante a década de 1990, além das políticas abertamente neoliberais dos governos federais da época, assistimos a uma gradual institucionalização, cooptação e/ou desmobilização da maioria dos movimentos sociais e partidos políticos que davam sustentação à implementação destas políticas. Esse processo continuou na década de 2000, com uma mudança clara no perfil dos movimentos sociais mais ativos, que passaram a se concentrar em grupos sociais de menor importância econômica e política: sem-terra, sem-teto, indígenas, LGBT etc.³ Os movimentos sanitário e de luta antimanicomial se mantiveram ativos, mas também sofreram um claro processo gradual de institucionalização (Vasconcelos, 2008b, 2012c).

Na década de 2000, acelerou-se a mundialização econômica e financeira, sob o jugo das políticas neoliberais, com aprofundamento da crise econômica internacional e das políticas sociais. A China entrou mais incisivamente no cenário, inundando o mercado internacional de produtos baratos produzidos às custas da superexploração de seus trabalhadores, oriundos de um vasto exército industrial de reserva, e de um nível baixíssimo de políticas sociais, gerando desindustrialização, desemprego e acentuado desinvestimento e precarização das relações de trabalho no campo das políticas sociais nos demais países. A crise financeira gerada pela bolha

2. Nessa temática, é interessante consultar os trabalhos de Sposati *et al.* (2003), Rezende e Cavalcanti (2006), Boschetti *et al.* (2010a e 2010b).

3. Para aprofundamento no tema, vale a pena ver as obras de Leher e Setúbal (2005), Borgianni e Montaña (2009), Pinheiro (2011); Semerato *et al.* (2013), e de Abramides e Duriguetto (2014).

imobiliária nos Estados Unidos, em 2008, e que se alastrou para o mundo nos anos seguintes, acentuou dramaticamente essas tendências, aprofundando a recessão internacional⁴. Países com algumas similaridades com o Brasil, como Portugal, Espanha, Itália, Grécia e Irlanda, entraram em recessão, e as políticas de ajuste neoliberal geraram um profundo retrocesso em suas políticas sociais, com enormes perdas de direitos para os trabalhadores e para a população em geral. Além disso, a recessão diminuiu a demanda por *commodities* (minerais, aço, petróleo, produtos agrícolas etc.) e houve uma forte queda nos seus preços, abalando ainda mais a economia dos países periféricos e semiperiféricos, que os têm como principal atividade econômica e fonte de recursos. Nesse contexto, a aclamada e premiada obra do economista francês Thomas Piketty, *O capital no século XXI*, publicada em 2014, denunciou como o capitalismo mundial vem historicamente, e cada vez mais, concentrando a riqueza em sua diminuta elite, de tal forma a colocar em risco a própria ordem liberal mundial (Piketty, 2014).

No Brasil, ainda na década de 2000, o Partido dos Trabalhadores (PT) representou o desaguadouro das principais forças políticas que lutaram pela redemocratização e que formavam os movimentos sociais populares. Assumindo o poder em 2002, conseguiu alguns avanços, promovendo crescimento econômico por meio de um aumento de renda e do consumo das camadas mais pauperizadas da população, com uma relativa reversão da desigualdade e miséria social mais aguda, baixo desemprego, e uma ampliação normativa e efetiva de algumas políticas sociais, pelo menos até final da década de 2010. Contudo, cedeu ao modo conservador de fazer política, com amplas coalizões indiferenciadas, sem questionar os métodos escusos e convencionais de trocar apoio político

4. Para esta temática, vale consultar os trabalhos de Borgianni e Montaña (2009), Boltanski e Chapello (2009), Harvey (2003, 2005, 2011, 2013), e Standing (2014).

por acesso a recursos oriundos da corrupção no setor público e de financiamento de campanhas, e acabou se aliando política e economicamente com o grande capital (por exemplo, com as grandes construtoras, grandes bancos e setor privado da educação). Além disso, não priorizou o investimento e financiamento adequado nas políticas públicas, na reforma agrária e urbana e nas políticas sociais universais e gratuitas como um todo, particularmente no SUS; e não questionou a tendência neoliberal de privatização, precarização e terceirização dos seus servidores e trabalhadores (Boschetti, 2010a e 2010b; Magalhães *et al.*, 2010; Maricato *et al.*, 2013; Sampaio, 2014).

Mais especificamente no campo da política de saúde mental, na década de 2000, tivemos avanços significativos, dada a articulação e pressão do movimento antimanicomial, particularmente no campo legal, na diversificação da agenda e na ampliação do número de serviços de atenção psicossocial. Contudo, o cenário de fundo indicado acima produziu acentuada rotatividade dos trabalhadores, uma forte institucionalização das práticas e um número baixo de serviços efetivamente substitutivos, como os CAPS III, serviços residenciais e bolsas do programa De Volta pra Casa. A difusão do *crack* e as demandas por novos tipos de serviços adequados à complexidade do problema, após um período curtíssimo de entrada da saúde no campo das drogas, geraram uma onda de práticas manicomiais de internação forçada ou de internações em comunidades terapêuticas de cunho filantrópico, religioso ou mesmo lucrativo, que, mesmo quando voluntárias, são antagônicas aos ideais antimanicomiais.

Já na década de 2010, tendo como pano de fundo o difícil cenário de recessão mundial gerada a partir de 2008, o modelo de crescimento econômico da década anterior começou a mostrar suas limitações, que se somaram às insatisfações relacionadas à fragilidade das políticas sociais universais e urbanas implementadas até então. A reação a todo esse cenário

de crise no país acabou emergindo nas massivas campanhas de rua de junho de 2013, e as manifestações pontuais desde então, demonstrando a enorme insatisfação da população em relação a várias políticas, como transporte urbano, educação e saúde (Maricato *et al.*, 2013; Sampaio, 2014; Abramides e Duriguetto, 2014). No entanto, as dificuldades de se ir além do espontaneísmo das mobilizações nas redes sociais e da vasta pluralidade das reivindicações, para formas mais avançadas e institucionais de se fazer política, mostram o ainda frágil estágio de construção de alternativas para a atual crise econômica e política no país, que visem aos interesses históricos da população.

A partir das eleições de 2014, a tendência hegemônica tem sido na direção do fortalecimento ou da mera alternância para forças políticas ainda mais conservadoras, ligadas ao agronegócio, à indústria armamentista e dos setores militares e policiais, e a setores mais conservadores das igrejas cristãs, que reproduzem ou aprofundam o mesmo padrão de se fazer política, iniciativas autoritárias e medidas de ajuste fiscal ainda mais restritivas, que estimulam a recessão e sacrificam seletivamente os trabalhadores. A crise econômica, política e ética, que se aprofundou ainda mais em 2015 e início do presente ano de 2016 (ano de finalização deste ensaio), e que atinge e enfraquece agudamente o governo Dilma Rousseff, possibilitou que essas forças políticas mais conservadoras se reorganizassem e se expressassem com toda a sua virulência, pedindo o *impeachment* da presidenta Dilma. Nesse conjunto, os setores mais autoritários da direita brasileira e mais saudosos do período de ditadura militar, que tinham se calado integralmente até 2013, “saíram do armário” e passaram a brandir abertamente a bandeira da defesa da volta dos militares e até mesmo, em algumas vezes, à memória dos torturadores denunciados recentemente pela Comissão Nacional da Verdade.

Nesse momento, é importante fazer referência aqui à Operação Lava-Jato. Tendo em vista a incapacidade do

Congresso Nacional e dos governos petistas de promoverem uma reforma política e tentarem superar as coalizões políticas indiferenciadas, sustentadas pelo fluxo regular de propinas para garantir apoio dos setores mais conservadores no Legislativo, bem como para financiar campanhas políticas, o processo de **judicialização da vida política** foi acentuado. Por isso, entendemos o ativismo crescente do Poder Judiciário, intervindo nas esferas dos poderes Legislativo e Executivo, e o exemplo mais significativo disso no Brasil recente é o protagonismo exacerbado do juiz federal do Paraná Sergio Moro, bem como do Ministério Público Federal, da Polícia Federal e do Supremo Tribunal Federal. Se, por um lado, o combate à corrupção é necessário e importante, um dos problemas centrais desse processo em nosso país é a **politização do Judiciário**, pois este tem laços profundos e passa a atuar numa perspectiva conservadora, em aliança com as elites tradicionais e a grande mídia, esta claramente politizada e polarizada pelos interesses do grande capital⁵. Assim, o Judiciário acaba atuando seletivamente, dirigindo suas ações prioritariamente para as forças políticas de centro-esquerda e esquerda e, no nosso caso, em uma perspectiva claramente golpista em relação ao governo Dilma. *Esse é o paradoxo político que se vislumbra no momento exato momento em que escrevo este texto, em março de 2016: uma Câmara de Deputados presidida por um réu com múltiplos processos de corrupção e composta de dezenas de deputados acusados de crimes graves, tentando derrubar uma presidenta que ainda não é ré em nenhum processo.* Na verdade, se trata de uma *estratégia internacionalizada*, em que interesses e forças políticas ligadas ao grande capital mundial se aliam aos setores conservadores de cada país para lidar com governos

5. Aos interessados em aprofundar nesta temática, recomendo o texto do filósofo político e professor da UFPA, Giuseppe Tosi, intitulado “‘Mãos Limas’ e ‘Lava-Jato’”, disponível em: <<http://www.ocafezinho.com/2016/03/29/a-opiniao-de-um-filosofo-italiano-sobre-a-criese-politica/>>. Acesso em: jun. 2016.

considerados “indesejáveis”. Não há mais necessidade de promover golpes militares, basta iniciar a investigação de suas estruturas políticas corruptas; informar e capacitar alguns juizes para atuar seletivamente em forças tarefas anticorrupção; financiar organizações civis mobilizadoras de campanhas moralizantes, ganhando apoio da população; para então conseguir derrubar tais governos, e depois fazer “vista grossa” ou “ser vagaroso”, inclusive aceitando os múltiplos recursos protelatórios, em relação à corrupção entre as forças políticas conservadoras. Derrubado o governo, torna-se possível então implementar programas neoliberais de ajuste econômico, restringindo direitos sociais e utilizando recursos dos fundos públicos para estimular a economia e atividades privadas. Essa mesma estratégia foi utilizada nos últimos anos em “golpes políticos brancos” no Paraguai e em Honduras. A estratégia é usada também, antes e após a queda desses governos, para invalidar seletivamente, por processos legais anticorrupção, as lideranças de centro-esquerda ou esquerda com chances de ganhar eleições futuras. Isso está acontecendo em relação ao ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva e às lideranças dos governos Kirchner na Argentina, estas últimas após a perda da presidência nas eleições em 2015.

Resta ainda discutir ainda as implicações deste contexto mais geral de crise na política de saúde e saúde mental recente no Brasil, e, para isso, temos que voltar um pouco no tempo. Apesar de inúmeras limitações da política de saúde nos governos do PT, já indicadas aqui, a gestão do Ministério da Saúde foi regularmente entregue a sanitaristas, parlamentares ou técnicos oriundos ou próximos do movimento sanitário, garantindo certa continuidade das políticas do SUS. No entanto, em 2015, no segundo governo Dilma, já em pleno contexto da crise já descrita, e tendo em vista a necessidade de tentar garantir o apoio político dos setores conservadores que o apoiavam, a gestão do Ministério da Saúde foi entregue para setores mais

atrasados do PMDB, na figura de Marcelo Castro, como moeda de troca. Na continuidade, o ministro indicou em dezembro de 2015 para a Coordenação de Saúde Mental o psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, cuja biografia pública tem a marca de ter sido na década de 1990 o médico responsável pela Casa de Saúde Dr. Eiras, a maior clínica psiquiátrica privada da América Latina. A instituição foi denunciada por maus-tratos e violações dos direitos humanos, sendo objeto de uma intervenção do próprio Ministério da Saúde e do Ministério Público, logo após a saída de Valencius, e sofreu um processo gradual de desinstitucionalização e foi fechada. Esse quadro gerou enorme indignação e remobilizou o movimento antimanicomial em todo o país, que vem realizando abaixo-assinados, audiências públicas, manifestações de rua e passeatas em Brasília e nas principais cidades do país.

Assim, o quadro da saúde que temos no país em março de 2016 é a combinação de forte recessão, alto desemprego, crise fiscal dos governos federal, estaduais e municipais, gerando crises abertas da saúde pública em vários estados e municípios, associadas à emergência de graves epidemias (cujo exemplo mais significativo hoje, no momento em que escrevo, é o Zika Vírus e seus efeitos deletérios, como a microcefalia) e uma gestão conservadora e de baixa competência para o setor. Além disso, a política de saúde mental do ministério está entregue a uma liderança historicamente identificada com a psiquiatria asilar, com enormes riscos de promover sérios retrocessos nas conquistas do processo de reforma psiquiátrica implementada até agora. *E, acima de tudo, se concretizado o golpe do impeachment da presidenta Dilma, será aberto um campo de incertezas e profundos retrocessos econômicos, sociais e políticos para os interesses da maioria absoluta da população brasileira, dado o pacote de medidas neoliberais de ajuste sendo sugeridas pelas elites políticas que poderão tomar o poder.*

4.3 Os graves riscos de um movimento antimanicomial focado apenas na micropolítica e no setor saúde mental

No gravíssimo quadro econômico e político da saúde e saúde mental do país descrito anteriormente, temos condições agora de explicitar uma *hipótese central para a compreensão dos objetivos teórico-políticos deste ensaio e de sua proposta analítica*: tendo em vista as bases sociais fortemente heterogêneas do movimento antimanicomial, bem como as limitações de suas concepções teóricas clássicas (foucaultiana e basagliana) e mais recentemente, também esquizoanalítica e socioanalítica⁶, para lidar com esse tipo de conjuntura, a tendência mais comum é para a *hipervalorização voluntarista do ativismo micropolítico*. Em outras palavras, o movimento antimanicomial tende a mobilizar apenas uma visão setorial do campo específico de atuação e interpelar a implicação do profissional e seus coletivos imediatos com sua prática micropolítica, como se o avanço da política e dos serviços dependesse apenas do comprometimento de seus trabalhadores com os valores originais do movimento antimanicomial e com seu empenho no dia a dia. Esse tipo de voluntarismo não estimula o movimento a superar o reducionismo e a relativa despolitização de suas concepções e a buscar alianças e estratégias políticas mais amplas junto aos demais movimentos sociais e dentro do próprio aparelho de estado. Além disso, principalmente em conjunturas políticas desfavoráveis como a atual, que incluem baixos salários, risco de aumento do desemprego, privatização, precarização e intensificação do trabalho, acaba

6. Para um contato com essas duas abordagens teóricas, ver os trabalhos de Guattari (1985), Guattari e Rolnik (1986), Merhy (2004), Guattari *et al.* (2003), Fonseca *et al.* (2007), Franco e Merhy (2013) e L'Abbate *et al.* (2013).

dificultando aos trabalhadores de avaliarem o contexto mais amplo de sua prática. Além disso, o voluntarismo leva, no confronto diário com os obstáculos, a um *nível muito intenso de estresse e a um alto risco de exaustão, o que pode provocar, por um lado, burocratização e indiferença na prática diária com os usuários dos serviços e no cumprimento de suas responsabilidades e, por outro, naqueles trabalhadores mais engajados, pode levar a uma desmobilização ético-política maciça, ou seja, ao desânimo, paralisia, e/ou ao abandono do campo*. Esta hipótese constitui, portanto, o pano de fundo e um dos principais objetivos deste texto, no sentido de subsidiar a construção de análises de conjuntura e de avaliações políticas com base em teorizações críticas mais amplas, contribuindo assim para o debate desses processos e para fortalecer as bases ético-políticas e teóricas do movimento antimanicomial.

Capítulo 5

Bases para uma Abordagem Sócio-Histórica Complexa das Políticas Sociais no Capitalismo e das Especificidades da Política de Saúde

5.1 A importância da análise marxista da dinâmica mais genérica das políticas sociais no capitalismo global e no Brasil

A tradição marxista de análise mais genérica do conjunto das políticas sociais as enquadra no conjunto do modo de produção; da luta de classes e da formação econômico-social específica do país na divisão internacional do trabalho e de trocas; dos processos de acumulação capitalista nos setores produtivos e improdutivos e particularmente dos crescentes fluxos financeiros em escala mundial; dos setores econômicos dominantes e seus interesses, das relações de trabalho e das formas de reprodução da força de trabalho. Essa correlação dominante

Capítulo 6

Bases Históricas e Conceituais para uma Análise Sócio-Histórica do Campo da Saúde Mental e dos Processos de Reforma Psiquiátrica

6.1 As principais referências teóricas sobre a história da loucura e da psiquiatria na França e no Brasil

Na França, destacam-se duas abordagens principais e de maior influência sobre a história da loucura e da psiquiatria:

- a) A desenvolvida por Michel Foucault, particularmente a partir de sua obra clássica, *A história da loucura* (1961), e que gerou uma longa lista de desdobramentos, pelo próprio Foucault, seus seguidores e comentadores na própria França (entre eles Castel, 1978) e no

Brasil (como Machado *et al.*, 1978, e Birman, 1978). Foucault e suas obras constituem a referência teórica e histórica em vários países que desenvolveram processos de reforma psiquiátrica no mundo. Essa influência é muito mais acentuada nos países que mantêm um intercâmbio regular com a cultura francesa, e particularmente naqueles países visitados por ele, como o Brasil, que o recebeu várias vezes na década de 1970. Podemos assim dizer então que, no Brasil e no seu movimento antimanicomial, *Foucault e seus seguidores representam sem dúvida alguma a principal referência para pensar a história da psiquiatria e da reforma psiquiátrica*, apesar de todos os problemas teóricos e históricos que o debate posterior sobre sua obra foi revelando (Coutinho, 1972, Roudinesco *et al.*, 1994, Rodrigues, 1996).

- b) A desenvolvida por Marcel Gauchet e Gladys Swain, na obra *La pratique de l'esprit humain* (1980), que oferece uma interpretação muito diferenciada da de Foucault acerca da história e do nascimento da psiquiatria, com base nas ideias de Tocqueville e em uma visão mais problematizadora e fértil sobre a relação entre loucura e cidadania. Essa obra não foi traduzida para o português, mas recebeu uma tradução norte-americana que ampliou sua difusão (Gauchet e Swain, 1999). Infelizmente, esta obra teve pouca difusão no Brasil, mas sua presença foi pelo menos revisada por Benilton Bezerra Jr. (1992), em um artigo comparativo com a perspectiva de Foucault, em um dos capítulos do livro "Psiquiatria sem hospício", organizado juntamente com Paulo Amarante, mas cujo texto não teve muita repercussão.

No Brasil, portanto, dada precedência e a forte influência francesa e do pensamento de Foucault no campo da saúde mental, a sua abordagem constitui a principal referencial de análise.

6.2 A existência de uma leitura sócio-histórica da história da psiquiatria e de temas correlatos, ainda praticamente desconhecida no Brasil

A literatura anglo-saxônica, porém, nos oferece uma perspectiva diferenciada de leitura da história da psiquiatria, fortemente inspirada no marxismo, desenvolvida com muito rigor no contexto britânico e norte-americano. Para o contexto limitado deste projeto, vamos comentar apenas alguns autores mais importantes desta tradição e algumas perspectivas correlatas, que também contribuem para o debate.

O principal deles, Andrew Scull, é atualmente professor da Universidade da Califórnia em San Diego, nos Estados Unidos, com enorme volume e regularidade de publicações. Infelizmente, nenhum de seus livros foi traduzido para o português. É interessante lembrar de alguns de seus estudos mais clássicos, como *Museums of madness* (1979), particularmente por sua análise detalhada das relações entre as instituições psiquiátricas e as relações de trabalho e de poder na sociedade. Por exemplo, o autor indica que no início da expansão do capitalismo, foi necessário obter por mecanismos repressivos o submetimento da força de trabalho às condições de um mercado de trabalho nascente, não de todo favorável ao capital. As *casas de trabalho* exerceram um papel importante, e, nelas, não se conseguia se submeter os

loucos a sua disciplina interna, gerando uma enorme demanda por dispositivos institucionais diferenciados, e daí a expansão da psiquiatria e de seus hospitais.

Um de seus trabalhos posteriores de Scull, *Decarceration* (1984), é também fundamental para a compreensão da dinâmica histórica e da economia política dos processos de desinstitucionalização, desde meados do século XX, de grupos sociais que até então tendiam a ser internados por longo tempo ou por toda a vida em instituições totais, tais como as pessoas com transtorno mental. O autor mostra que nos Estados Unidos já havia um forte movimento de crítica aos hospitais psiquiátricos ainda no século XIX. Entretanto, em um contexto de ausência de qualquer rede pública de serviços sociais e de saúde acessível para todos os cidadãos, qualquer alternativa de serviços públicos de saúde mental comunitária levaria outros grupos sociais pauperizados a buscar neles alguma forma de suporte social. Assim, os serviços extra-hospitalares de saúde mental só puderam ser desenvolvidos a partir da década de 1960, pela existência de outras políticas e serviços sociais e de saúde na comunidade, para os vários grupos sociais com alguma forma de fragilidade ou dependência, como os idosos, deficientes e doentes crônicos, que, nos Estados Unidos, foram criados a partir do Medicare e Medicaid. Assim, sua hipótese central é de que as políticas de desencarceramento em saúde (tuberculose, hanseníase), deficiência física/mental e em saúde mental, só puderam acontecer a partir da expansão das políticas sociais de cunho universalizante, ou seja, no contexto de expansão de serviços de bem-estar social.

As consequências desse tipo de análise para as conjunturas atuais de hegemonia neoliberal e de desinvestimento nas políticas sociais de hoje são claras: quando as políticas sociais universais são sucateadas, diminui-se o investimento mais global na assistência aos grupos sociais improdutivos com fragilidades existenciais, com várias possibilidades

de encaminhamento: migração dessas pessoas para as próprias famílias (reprivatização do cuidado) ou para o setor filantrópico; desassistência e negligência social, inclusive com aumento do contingente de população em situação de rua; ou ainda transinstitucionalização, sendo o sistema prisional um dos principais desaguadouros desse tipo de população. *Em contextos desfavoráveis como estes, as possibilidades de avanços diminuem em uma reforma psiquiátrica abrangente e bem-sucedida, com suporte efetivo e intersetorial no território.*

Outro autor da tradição anglo-saxônica que consideramos importante neste tema é Richard Warner, um psiquiatra inglês radicado nos Estados Unidos, em sua obra *Recovery from schizophrenia* (1985). Warner mostra que *conjunturas históricas de crescimento econômico e de escassez de força de trabalho e revalorização do trabalho humano* tendem a estimular o investimento na reabilitação de grupos populacionais até então considerados improdutivos e sem importância, como as crianças, deficientes, doentes crônicos e grupos sociais mais destituídos e sem teto. Warner mostra séries históricas mais longas de dados, comprovando a correlação entre altas taxas de emprego e taxas maiores de reabilitação de esquizofrênicos em diversos países, bem como a tendência inversa, ou seja, períodos de estagnação e desemprego são associados a maiores taxas de admissões em leitos psiquiátricos em hospitais.

Da mesma forma, o contexto particular da Europa e dos Estados Unidos, durante e após a Segunda Guerra Mundial, estimulou os esforços de reabilitação de soldados e civis com transtornos mentais associados aos traumas da guerra, em um processo que é similar aos efeitos da escassez de força de trabalho. As primeiras tentativas e experiências de mudança efetiva dos hospitais psiquiátricos convencionais, como as comunidades terapêuticas e outros dispositivos de psiquiatria social das décadas de 1940 e 1950, são bons exemplos disso.

Temos ainda na literatura marxista do campo da

saúde mental uma outra linha de estudos marxistas bastante relevantes para o campo da saúde mental, voltados para os *mecanismos institucionais, sociais, étnico-raciais, culturais e linguísticos que formam filtros de acessibilidade e segregação das classes trabalhadoras nas abordagens terapêuticas, nos programas e serviços de saúde mental*. A matriz conhecida desse tipo de investigação é o estudo marxista clássico de Hollingshead e Redlich (1959), mas existem estudos brasileiros nessa perspectiva, como os de Souza (1987), centrados sobre tais mecanismos em hospitais psiquiátricos convencionais, e os estudos do autor deste ensaio, voltados para serviços extra-hospitalares e comunitários de saúde mental (Vasconcelos, 1992b, 2008b). Nestes dois últimos trabalhos, foi possível constatar a relevância de também integrar na análise marxista as contribuições da antropologia social sobre os modelos do nervoso das classes trabalhadoras (por exemplo, Duarte, 1986), da psiquiatria e psicologia transcultural e antirracista (Kleinman, 1980; Marsella e White, 1984, Mercer, 1986) e da sociolinguística (Bernstein, 1974), todos com inúmeros desdobramentos posteriores na literatura brasileira. Os estudos críticos de gênero, hoje já clássicos, também exploram essa dimensão, mostrando como as mulheres tendem a ser submetidas a formas mais opressivas de tratamento ou de relacionamento com os profissionais (Chesler, 1972). Embora nem todos eles sejam sustentados diretamente na teoria marxista, eles reforçam a abordagem classista e a valorização dos interesses históricos das classes trabalhadoras, ao mostrarem como as representações culturais, étnico-raciais e de gênero, bem como os códigos linguísticos próprios utilizados pelas classes trabalhadoras para compreender e falar sobre os fenômenos mentais e realizar tratamentos, são muito diferenciados das representações das classe médias e elites letradas, que modelam os sistemas teóricos e as práticas psicoterapêuticas clássicas. Assim, os serviços

de saúde mental que reproduzem diretamente os modelos terapêuticos utilizados nos consultórios privados para as classes médias e elites sociais acabam selecionando apenas os usuários mais identificados com eles, em práticas muito individualizadoras e que excluem também culturalmente os usuários das classes populares. Além disso, nossos estudos (Vasconcelos, 2008) mostraram que, quando os profissionais de saúde mental se engajam em projetos politizados de saúde mental junto às classes trabalhadoras e aceitam reelaborar suas abordagens e modelos terapêuticos nesse contexto, o resultado é uma reconversão de suas práticas às exigências da cultura, das visões étnico-raciais e de gênero próprias e do código linguístico das classes populares. Assim, um programa de atenção psicossocial voltado para as classes populares e para os desafios mais complexos dos transtornos mentais mais severos, que constitui a prioridade da política pública de saúde mental, tem necessariamente que levar em conta todas estas dimensões.

Outra contribuição fundamental do marxismo para a análise dos fenômenos associados ao campo da saúde mental vem de uma temática paralela, a das formas de opressão das mulheres em vários modos de produção, inclusive o capitalista: *a importância do trabalho doméstico de valores de uso e de serviços na reprodução social, no cuidado a pessoas com alguma forma de dependência ou fragilidade pessoal*. Esse tema tem sido amplamente discutido pelas feministas marxistas ou próximas delas (por exemplo, Saffioti, 1976; Finch e Groves, 1983; Delphy, 1984; Balbo, 1987; LeGates, 2001; e Holmstron, 2000) e que, no nosso caso, tem enorme importância para pensar as condições do cuidado informal e doméstico das pessoas com transtorno mental nas sociedades contemporâneas, particularmente nos processos de reforma psiquiátrica em contexto de políticas neoliberais, nos quais parte considerável do cuidado pode ser reprivatizado na família, aumentando a opressão das mulheres

e das demais pessoas cuidadoras. Nessa direção, o feminismo marxista investe também em pensar estratégias de benefícios sociais e de socialização de parte do cuidado ainda por ser realizado na esfera doméstica (benefícios sociais, licenças remuneradas para ambos os sexos, serviços de assistência e suporte domiciliar), bem como na criação de serviços públicos capazes de substituir às vezes integralmente alguns tipos de trabalho doméstico, como restaurantes públicos, creches, escola integral, serviços e programas de assistência social, centros de convivência e serviços residenciais para idosos e pessoas com doenças crônicas (Finch e Groves, 1983; Goldman, 2014), esfera em que a rede de atenção psicossocial em saúde mental necessariamente está inserida.

Em síntese, todos os autores supracitados nos indicam a possibilidade de se construir uma *economia política dos processos de reforma psiquiátrica e da política de saúde mental*, que sirva de base para análises de conjunturas e avaliação de processos econômicos, políticos e sociais que estimulem ou possam gerar retrocessos na consolidação das políticas sociais, de saúde e saúde mental. Em minha opinião, *esse tipo de abordagem é particularmente importante para uma avaliação mais sistemática dos limites estruturais e das estratégias necessárias para se avançar as possibilidades de reformas psiquiátricas em países periféricos, particularmente em contexto neoliberal.*

Infelizmente, a vertente marxista de estudo da história da psiquiatria e a maioria de seus temas correlatos não teve a repercussão desejável no Brasil. O autor deste projeto e demais pesquisadores do Projeto Transversões têm sido praticamente os únicos a comentar e divulgar a maioria dessas referências ligadas ao campo da saúde mental no país, em trabalhos e livros publicados desde 1992 (Vasconcelos, 1992, 2000, 2008, 2010c, 2010d), mas sem encontrar a receptividade desejada dentro do próprio movimento antimanicomial, mesmo sendo reconhecido como uma de suas principais lideranças intelectuais.

Capítulo 7

Parâmetros para uma Análise Sócio-Histórica Complexa da Política/Assistência em Saúde Mental e dos Processos de Reforma Psiquiátrica

Tendo percorrido toda a trajetória exposta nos capítulos anteriores, temos agora todos os elementos para então estabelecer parâmetros inspirados diretamente ou indiretamente no marxismo (ao agregar algumas contribuições pontuais de correntes críticas próximas), para análise da política e da assistência em saúde mental e de processos de reforma psiquiátrica em países capitalistas semiperiféricos como o Brasil. Tendo em vista o escopo limitado de um texto como este, não houve a preocupação de cobrir exaustivamente as fontes teóricas e históricas específicas para todos os parâmetros, mas quando foi possível, buscou-se indicar os textos clássicos de referência e alguns de seus principais desdobramentos mais recentes. Da mesma forma, não foi possível hierarquizar os processos e temas rigorosamente, de acordo com a importância na determinação histórica ou de seu caráter mais estrutural de longo prazo ou mais conjuntural de curto prazo ou, ainda, de

e das demais pessoas cuidadoras. Nessa direção, o feminismo marxista investe também em pensar estratégias de benefícios sociais e de socialização de parte do cuidado ainda por ser realizado na esfera doméstica (benefícios sociais, licenças remuneradas para ambos os sexos, serviços de assistência e suporte domiciliar), bem como na criação de serviços públicos capazes de substituir às vezes integralmente alguns tipos de trabalho doméstico, como restaurantes públicos, creches, escola integral, serviços e programas de assistência social, centros de convivência e serviços residenciais para idosos e pessoas com doenças crônicas (Finch e Groves, 1983; Goldman, 2014), esfera em que a rede de atenção psicossocial em saúde mental necessariamente está inserida.

Em síntese, todos os autores supracitados nos indicam a possibilidade de se construir uma *economia política dos processos de reforma psiquiátrica e da política de saúde mental*, que sirva de base para análises de conjunturas e avaliação de processos econômicos, políticos e sociais que estimulem ou possam gerar retrocessos na consolidação das políticas sociais, de saúde e saúde mental. Em minha opinião, *esse tipo de abordagem é particularmente importante para uma avaliação mais sistemática dos limites estruturais e das estratégias necessárias para se avançar as possibilidades de reformas psiquiátricas em países periféricos, particularmente em contexto neoliberal.*

Infelizmente, a vertente marxista de estudo da história da psiquiatria e a maioria de seus temas correlatos não teve a repercussão desejável no Brasil. O autor deste projeto e demais pesquisadores do Projeto Transversões têm sido praticamente os únicos a comentar e divulgar a maioria dessas referências ligadas ao campo da saúde mental no país, em trabalhos e livros publicados desde 1992 (Vasconcelos, 1992, 2000, 2008, 2010c, 2010d), mas sem encontrar a receptividade desejada dentro do próprio movimento antimanicomial, mesmo sendo reconhecido como uma de suas principais lideranças intelectuais.

Capítulo 7

Parâmetros para uma Análise Sócio-Histórica Complexa da Política/Assistência em Saúde Mental e dos Processos de Reforma Psiquiátrica

Tendo percorrido toda a trajetória exposta nos capítulos anteriores, temos agora todos os elementos para então estabelecer parâmetros inspirados diretamente ou indiretamente no marxismo (ao agregar algumas contribuições pontuais de correntes críticas próximas), para análise da política e da assistência em saúde mental e de processos de reforma psiquiátrica em países capitalistas semiperiféricos como o Brasil. Tendo em vista o escopo limitado de um texto como este, não houve a preocupação de cobrir exaustivamente as fontes teóricas e históricas específicas para todos os parâmetros, mas quando foi possível, buscou-se indicar os textos clássicos de referência e alguns de seus principais desdobramentos mais recentes. Da mesma forma, não foi possível hierarquizar os processos e temas rigorosamente, de acordo com a importância na determinação histórica ou de seu caráter mais estrutural de longo prazo ou mais conjuntural de curto prazo ou, ainda, de

acordo com outros possíveis critérios relevantes. A nosso ver, isso constitui uma tarefa mais complexa, que deverá levar em conta as especificidades de cada conjuntura histórica, a ser assumida em nossos futuros trabalhos, e também por outros intelectuais e profissionais interessados no desenvolvimento conceitual e analítico deste campo.

Os parâmetros elencados a seguir compreendem não só os processos econômico-políticos que incidem sobre o campo e a complexa dinâmica estatal da própria política de saúde mental, mas também os processos societários mais difusos e as instituições da sociedade civil que têm relevância na área, como proposto na teoria gramsciana, pois eles também são relevantes na geração de necessidades sociais, na correlação de forças e nos processos de construção de hegemonia. Além disso, é importante observar que cada parâmetro não deve ser considerado separadamente dos demais em qualquer tipo de análise que busque a totalidade do campo, pois constituem uma dinâmica histórica integrada, em que um componente pode reforçar ou neutralizar parcialmente a ação de um ou mais elementos do conjunto, compondo um todo interdependente de processos. Mesmo reconhecendo o papel e pesos diferenciados desses parâmetros, já que na tradição marxista os processos econômico-políticos são determinantes, pensamos ser fundamental incluir, em qualquer análise totalizante, a verificação dos demais parâmetros. A razão de incluir cada um deles neste conjunto partiu da longa trajetória de pesquisa do autor e das indicações da literatura sócio-histórica, incluindo aquela já citada, avaliando assim os fatores mais relevantes na história da psiquiatria e da política de saúde mental nos principais países ocidentais e particularmente no Brasil. Assim, acreditamos que eles possam ser também férteis para inspirar esse tipo de análise em outros países latino-americanos com alguma semelhança com o Brasil, desde que se leve em conta as suas particularidades nacionais. Consideramos também que

este tópico pode contribuir para fertilizar a análise em outros setores das políticas sociais, dentro da literatura e da práxis do serviço social brasileiro.

Por outro lado, gostaríamos de frisar também de que, em nosso ponto de vista, embora as abordagens sócio-históricas sejam fundamentais para a análise política do campo da saúde mental, não acreditamos que elas sejam capazes de esgotar toda a complexidade e multidimensionalidade do campo da subjetividade e dos fenômenos psicossociais, como pretendem alguns teóricos marxistas, como já indicamos brevemente no capítulo 4. Essa temática foi objeto de longa pesquisa e produção de uma coletânea de três volumes (Vasconcelos, 2010a, 2010b, 2010c), que, ao mesmo tempo que reconhece a relevância incontornável do marxismo para a análise do campo, mostra a importância deste dialogar com outras correntes teóricas para tentar se aproximar de fenômenos tão complexos e específicos, como aqueles representados pelos conceitos do aparelho psíquico, inconsciente, personalidade, psicopatologia, psicossomática, desenvolvimento psicológico, corporalidade etc.

Feitas essas observações prévias, podemos considerar os seguintes principais parâmetros para a análise sócio-histórica complexa de políticas de saúde mental e dos processos de reforma psiquiátrica:

- a) A existência e desenvolvimento de médio e longo prazos de políticas sociais universais e particularmente de saúde/saúde mental, seu nível de investimento na seguridade social, e, nela, na assistência aos setores da saúde e saúde mental, particularmente na cobertura para os diferentes grupos sociais com formas de dependência e/ou fragilidade existencial (crianças, idosos, doentes crônicos, pessoas com deficiência ou com transtorno mental).

Esse tópico deriva diretamente da análise desenvolvida com base nos trabalhos de Scull, revisados no capítulo anterior. É importante lembrar que este componente sofre também clara influência de processos geopolíticos internacionais, pela ação dos organismos internacionais, pela influência política dos países dominantes na esfera mundial, dos países com os quais cada país tem suas principais ligações econômicas e políticas, e de como a esfera política interna de cada país se posiciona em relação a esta influência. De uma perspectiva interna, em sistemas universais, descentralizados e municipalizados de política social, como no Brasil, a análise de políticas ou programas regionais e locais requer considerar também as particularidades de cada estado e/ou município, pois coalizões de esquerda ou fortes movimentos sociais da área podem criar ambientes favoráveis para a expansão e sustentação de serviços avançados, mesmo quando temos políticas e conjunturas nacionais desfavoráveis.

- b) Ciclos e/ou conjunturas específicas de crise da economia como um todo e de crise fiscal do Estado, tais como o atual contexto de políticas neoliberais de ajuste, que provocam a utilização dos fundos sociais públicos para estímulo da economia privada e implicam desinvestimento, sucateamento, terceirização/privatização, focalização e precarização das políticas sociais, particularmente aquelas de caráter universal, e a perda de direitos sociais do trabalhador.

Esse tema foi desenvolvido na seção 4.2. Aqui também a influência econômica e geopolítica internacional é marcante, pela dinâmica do mercado financeiro internacional e de suas entidades associadas, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. No âmbito da realidade

brasileira, um exemplo claro das implicações das abordagens neoliberais na atual crise do país está nas propostas de partidos e lideranças conservadoras para o enfrentamento da atual crise econômica e política¹.

- c) As características hegemônicas de médio e longo prazos dos processos de segregação espacial, controle político-social, ordem pública, segurança e sistema penal e política de drogas, dirigidos para grupos sociais e étnicos empobrecidos e discriminados, e conjunturas específicas de sua flexibilização ou seu endurecimento.

Em longo prazo, destacam-se as políticas proibicionistas e criminalizadoras de drogas, que fomentam o narcotráfico, a diversificação das drogas, o aumento da população carcerária de parcelas mais empobrecidas da sociedade, a corrupção da polícia e de agentes do Estado, bem como impossibilitam a regulação do consumo e dificultam formas alternativas de tratamento, como a redução de danos (Burgierman, 2011; Araujo, 2012; Nery Filho *et al.*, 2012; Saviano, 2014). Em

1. A grande imprensa brasileira tem divulgado recentemente inúmeras propostas das forças conservadoras nessa direção. Um exemplo está na mudança ou suspensão das normas constitucionais que obrigam o Estado brasileiro, em suas diversas instâncias, a investir proporções específicas do orçamento em saúde, educação e outras políticas sociais. Outra proposta é a de aumentar a atual proporção da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que hoje já “arranca” 20% das receitas dos fundos sociais, para investimento direto na economia. Uma proposta adicional, que causa indignação, está na afirmação de que a previdência social brasileira é deficitária, para justificar a perda de direitos do trabalhador neste campo. Temos um sistema formalmente tripartite, em que a União não investe há décadas a sua parte e, ainda assim, retira todo mês 20% das receitas previdenciárias pagas pelo trabalhador e pelos empresários. Outro campo em foco pelas forças conservadoras no país é o dos direitos do trabalhador, no sentido da flexibilização das conquistas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Há também propostas no sentido de se retirar a gratuidade das ações no SUS, bem como de venda/privatização de inúmeras empresas estatais, que então sejam geridas inteiramente pela lógica empresarial. No caso de um eventual *impeachment* da presidente Dilma, todas essas propostas certamente serão colocadas na mesa, como componentes de um pacote de medidas neoliberais anticrise.

conjunturas específicas, os programas de intensificação da ordem pública, de proibição e intolerância com o uso de drogas e os chamados programas de segurança de “tolerância zero” estimulam o uso de dispositivos e técnicas agressivas e autoritárias de “limpeza urbana”, de aprisionamento e de aumento do contingente dentro das unidades para adolescentes infratores e no sistema penal, fortemente marcadas pelas violações dos direitos humanos, atingindo diretamente ou indiretamente (pelo aumento da intolerância e estigma) as pessoas em situação de rua, deficientes e/ou com transtorno mental. Também nessa esfera, a influência geopolítica internacional é marcante, particularmente no âmbito da política de drogas e de segurança interna.

- d) A composição social dos principais grupos de pessoas diretamente produtivos ou não, com transtorno mental, dentro da estrutura das classes sociais e das políticas sociais, levando em conta sua importância econômica (e tipo de despesa no orçamento estatal) e tipos de cobertura e acessibilidade nos subsistemas de assistência em saúde/saúde mental.

Em países como o Brasil, há dois principais sistemas de cobertura em saúde: cerca de um quarto da população (elites e classes médias, com renda mais alta) possui planos e seguros privados de saúde, e o restante da população tem a cobertura do SUS e da rede de atenção psicossocial, alvo principal do processo de reforma psiquiátrica. A assistência em saúde e saúde mental a grupos sociais especiais não diretamente

2. Neste tema, os trabalhos de Loïc Wacquant (2001a, 2001b, 2007) e seus comentadores ou pesquisadores do tema no Brasil e América Latina (por exemplo, Guimarães, 2008; Souza, 2008; Lugo e Corona, 2011; Batista, 2012; e Lourenço e Gomes, 2013) constituem referências importantes para sustentar a análise. No campo específico da saúde mental e drogas, ver o nosso trabalho coletivo de 2014 (Vasconcelos, 2014).

integrados ao sistema produtivo, como os indígenas e os usuários da rede de atenção psicossocial do SUS (pessoas com transtorno mental severo, com pouquíssimas chances de serem assimiladas à força de trabalho), deve ser classificada na nomenclatura utilizada por O'Connor como *despesa social*³. Assim, sua abordagem estatal e/ou societária pode variar desde a segregação em instituições totais, públicas ou privadas; ou o cuidado “privatizado” nas comunidades específicas, na própria família ou em entidades filantrópicas; a negligência nas regiões interioranas ou nas ruas das cidades; ou ainda pode ser objeto de um maior investimento efetivo em serviços de atenção psicossocial no território, dependendo do conjunto dos demais parâmetros indicados nesta proposta analítica. Outra dimensão importante desse processo está na estratificação social, étnica e espacial e diferentes padrões de acessibilidade do conjunto dos usuários em políticas, programas e serviços de saúde e saúde mental, privilegiando os estratos mais ricos e os brancos, em detrimento da grande maioria empobrecida e discriminada da população. Para isso, os trabalhos de inspiração sócio-histórica de Hollingshead e Redlich (1959) e de Souza (1987), já mencionados, são inspiradores.

- e) Conjunturas históricas de escassez de força de trabalho e revalorização do trabalho humano, ou na direção inversa, de aumento nas taxas de desemprego.

Esse parâmetro foi revisado no capítulo anterior, com base no trabalho de Warner.

3. O'Connor (1977), em sua análise marxista clássica sobre o orçamento estatal e seus diferentes tipos de gastos em sociedades capitalistas, distingue os gastos em três grupos principais: *capital social* – despesas que subsidiam a acumulação privada; *investimento social* – projetos e serviços que aumentam a produtividade da força de trabalho; e *despesas sociais* – sem importância direta na economia, e destinadas a manter a “harmonia social” e a legitimidade do Estado ou para manter a ordem social.

saúde mental do trabalho, como indicadas em capítulos anteriores, a diálogo com outras teorias psicológicas é fundamental⁶.

- g) Processos revolucionários, conjunturas políticas de democratização e governos progressistas e de esquerda, com enfoque na defesa dos direitos humanos, ou com forte presença e atuação de atores políticos e movimentos sociais populares voltados para o campo dos direitos humanos, sociais e particularmente em saúde e saúde mental, com capacidade de mobilização e organização na sociedade civil, nas redes sociais e de ocupação de espaços institucionais e dos aparelhos de Estado, tendem a impulsionar os processos de reforma psiquiátrica. Na direção inversa, movimentos políticos e sociais e governos conservadores, representantes dos interesses do capital e/ou de ideologias e formas de governo autoritárias, tendem a não fomentar ou gerar retrocessos significativos nos processos de reforma psiquiátrica.

Nesse parâmetro se aborda governos ou processos políticos e sociais de afirmação dos valores democráticos, de direitos civis, políticos e sociais ou dos direitos humanos; atuação de movimentos sociais de saúde e principalmente

6. Dada a importância desse tema no debate sobre a subjetividade e suas relações com a tradição sócio-histórica, bem como com o serviço social brasileiro, como indicado no capítulo 4, consideramos importante oferecer ao leitor um conjunto de referências para aprofundamento. Há várias e importantes correntes teóricas e de investigação que enfocam o tema da subjetividade no trabalho dialogando com teorias psicológicas, tais como a psicanálise. Nesse vasto campo, temos os estudos mais clássicos de psicopatologia do trabalho (Clot, 2006; Lima, 2006; Dejours, 1988, 1992), da psicodinâmica do trabalho de Dejours (Lancman e Sznelwar, 2011), da psicossociologia (Kaës *et al.*, 1991; Enriquez, 1997), da socioanálise (Lourau, 1995, 2004), da esquizoanálise (ver os trabalhos de Merhy indicados na nota anterior), os estudos sobre estresse e *burn out* no trabalho em geral (Pereira, 2002), sobre a empatia, compaixão e fadiga da compaixão no trabalho com pessoas (Lago e Codo, 2010), e sobre assédio moral no trabalho (Zanetti, s.d.) e violência no trabalho (Mendes, 2010).

do campo da saúde mental, incluindo seus trabalhadores, usuários, familiares e simpatizantes⁷; ocupação de espaços no aparelho de Estado (gestão, conselhos de controle social) por parte destes movimentos sociais e suas lideranças etc., e nas diversas instâncias da sociedade civil indicadas aqui, que podem corroborar na conquista de avanços em políticas e na assistência em saúde e saúde mental⁸. Na direção contrária, movimentos sociais, partidos políticos, governos ou conjunturas de hegemonia de forças políticas conservadores bloqueiam ou produzem retrocessos nas políticas sociais em geral, bem como nas políticas de saúde mental, tanto na redução de recursos quanto na valorização de formas convencionais e manicomiais de assistência psiquiátrica⁹. Esse componente político tem fortes determinações geopolíticas mundiais e regionais. Um bom exemplo disso é a atual onda de queda ou enfraquecimento profundo de governos de centro-esquerda na América Latina, como no Paraguai, na Argentina, no Brasil e na Venezuela.

- h) As características, a dinâmica e a ação econômica e política do chamado complexo médico-industrial

7. Atualmente, cabe também notar a capacidade de esses movimentos sociais operarem os dispositivos digitais e redes sociais, aumentando sua difusão na sociedade, sem necessariamente arcar com os custos de aparelhos institucionais caros. Para uma entrada nesse tema, embora não marxistas, vale a pena conhecer os trabalhos de Shirky (2012), Castells (2013) e Malini e Antoun (2013).

8. Ver particularmente os trabalhos de Amarante (1995) e Vasconcelos (2000, 2003, 2008b, 2010d, 2014).

9. A crise econômica e política atual do governo Dilma, em 2015 e início de 2016 mostra como a debilidade crescente de seu governo implicou na entrega de largas fatias de seus ministérios para partidos conservadores, inclusive o Ministério da Saúde. Isso culminou, como já indicamos, com a escolha de um psiquiatra mais identificado com as práticas asilares para a sua Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, gerando uma forte remobilização contrária por parte dos movimentos de reforma psiquiátrica antimanicomial. No entanto, até o presente momento, em março de 2016, esta mobilização não foi capaz de levar à mudança de seu coordenador.

Como exposto anteriormente, na seção sobre política de saúde, este é composto de empresas capitalistas, muitas vezes multinacionais, da indústria farmacêutica, de equipamentos médicos, de serviços, seguros e planos privados de saúde e desenvolvem diferentes formas de apropriação dos fundos sociais públicos e de atuação direta nos vários seguimentos e subsistemas da assistência em saúde e saúde mental¹⁰. Por exemplo, até a década de 1970, o setor hospitalar psiquiátrico privado e lucrativo tinha uma verdadeira “carta branca” do então Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) para internar livremente em seus hospitais e asilos, produzindo o fenômeno da mercantilização da assistência psiquiátrica e fomentando a existência de verdadeiras masmorras e campos de concentração privados¹¹. Um dos primeiros objetivos das lutas do movimento de reforma psiquiátrica nessa época foi buscar controlar o processo (Vasconcelos, 2008). Mais recentemente, no campo da política de drogas no Brasil, foi aberta outra vertente do complexo industrial, com os convênios com as chamadas comunidades terapêuticas, várias delas de caráter privado e lucrativo.

- i) A estrutura da gestão do Estado, das políticas sociais e particularmente da política de saúde e saúde mental em seus vários níveis institucionais, e as eventuais formas de participação e inserção de atores e interesses das classes dominantes e, de outro lado, das classes dominadas, incluindo aqui os dispositivos de

10. Para discutir este tema, diretamente no campo da saúde mental, os trabalhos extremamente críticos do jornalista norte-americano Robert Whitaker são sugestivos, particularmente seus livros mais recentes (Whitaker, 2002, 2015; Whitaker e Cosgrove, 2015). Para o Brasil, ver os trabalhos de Sobrinho (2013) e de Freitas e Amarante (2015).

11. O conhecido e premiado filme *Bicho de sete cabeças*, da diretora Lais Bodansky, lançado no ano 2000, teve um papel importante de denunciar essa realidade no Brasil.

controle social, e de estímulo do protagonismo dos usuários e seus familiares.

Esse parâmetro busca avaliar primeiramente as diversas instâncias do aparelho de Estado em cada conjuntura (Executivo, Legislativo e Judiciário, no nível federal, mas também estadual e municipal), e sua permeabilidade à penetração das diversas forças políticas não só dominantes e conservadoras, mas também das forças e atores ligados historicamente aos interesses dos dominados, constituindo portanto em arena de luta de classes e de construção de projetos contra-hegemônicos, que, apesar de limitados, podem significar conquistas parciais importantes ainda dentro da sociedade capitalista¹². No Brasil, chamam a atenção a participação da sociedade civil, suas entidades representativas e particularmente dos movimentos sociais do campo, desde o nível dos serviços locais, distrital, municipal, estadual e municipal, com seus respectivos conselhos de controle social¹³, bem como dos conselhos nacionais de política social e suas conferências nacionais, como é o caso das de saúde e de saúde mental (Vasconcelos

12. A já citada história das lutas mais recentes do movimento antimanicomial no Brasil, no momento mesmo de finalização deste texto, constitui um exemplo destes processos, com a crise gerada pela entrada do novo Ministro da Saúde, Marcelo Castro, ligado ao PMDB e com um perfil político mais conservador, em outubro de 2015, e sua nomeação para a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de seu ministério, de um psiquiatra cuja marca profissional mais clara foi a gestão médica de um manicômio fechado mais tarde pelas inúmeras violações dos direitos humanos regulares que lá ocorriam. Com a resistência do ministro, o movimento tem combinado mobilizações na sociedade civil com lutas nas diversas esferas do Estado, em instâncias do Legislativo, do Judiciário e do próprio Poder Executivo, nos níveis federal, estadual e municipal.

13. A práxis e os estudos de Maria Inês Bravo e seus colaboradores (Bravo, 1996; Bravo e Matos, 2006; Bravo e Menezes, 2012; Bravo e Pereira, 2010; Raichelis, 2006), que são referência no serviço social brasileiro no campo da saúde, constituem fontes privilegiadas de elaboração desse tema. No movimento sanitário brasileiro também temos autores de esquerda que também são referência nessa área, tais como Carvalho (1995), Escorel e Moreira (2012) e também Fleury e Lobato (2009).

e Nicacio, 2002; Nicacio e Vasconcelos, 2011). Aqui também se incluem as estruturas de avaliação interativa das políticas e programas públicos, e sua permeabilidade e transparência para a sociedade civil, como nos dispositivos de ouvidoria, relacionamento direto com os usuários via institucional ou internet, e de exercício do direito à informação. No campo específico da saúde mental, dada as limitações cognitivas e existenciais da maioria dos usuários da atenção psicossocial e o peso do cuidado somado ao trabalho dos familiares, a participação e o protagonismo implicam também um estímulo e suporte adicional e cotidiano por parte dos trabalhadores, dos dispositivos internos de cada serviço e dos projetos sociais e culturais integrados a eles, bem como nas associações de usuários e familiares e seus projetos específicos (Vasconcelos, 2003, 2006, 2008b, 2014).

- j) Processos de transição demográfica de médio e longo prazos, relações de gênero e suas implicações na produção de cuidado na esfera doméstica e nas políticas sociais.

Esse parâmetro leva em consideração processos de média e longa duração, tais como o aumento da população idosa; transformação das estruturas familiares convencionais; aumento do número de famílias monoparentais e de pessoas que moram sozinhas; ocupação do mercado formal de trabalho pela mulher e cultura de gênero na produção do cuidado; mudanças culturais em direção a uma crescente individualização etc. e consequente diminuição da oferta de cuidado informal no âmbito familiar e o aumento da demanda pela ampliação de benefícios sociais e serviços de suporte ou substitutivos do cuidado produzido até então informalmente na esfera doméstica. Esse tema já foi revisado na seção 6.2, no tópico sobre o feminismo marxista,

mas podemos ainda citar algumas outras fontes relevantes diretamente no campo da saúde mental no Brasil¹⁴.

- k) O perfil e a dinâmica histórica das várias formas de violência vividas pela população em geral e particularmente pelas classes trabalhadoras, suas implicações no seu quadro de saúde e saúde mental, e as demandas adicionais que geram para a assistência em saúde mental.

As principais formas de violência vividas hoje pela população brasileira, estimuladas pela conjuntura de políticas neoliberais, apresenta várias fontes diretas: as formas de acumulação primitiva nas áreas rurais e indígenas (conflitos de terra, trabalho escravo, mortes violentas ou crimes encomendados de lideranças populares e defensores de suas causas etc.); a criminalidade principalmente urbana, muitas vezes associada ao tráfico de drogas; as situações de vida nas ruas da cidade; os acidentes de trânsito e no transporte público; e o número crescente de catástrofes geradas pelos fenômenos climáticos extremos, principalmente devido ao processo de aquecimento global (tempestades, enchentes, secas, deslizamentos de terra etc.), bem como os fluxos migratórios resultantes destas catástrofes ou de conflitos e guerras. Todos eles têm um enorme impacto na vida e na saúde das pessoas direta ou indiretamente atingidas (mortes, ferimentos graves,

14. Para um exemplo desse tipo de avaliação de processo sociodemográfico integrada a uma análise de conjuntura econômico-social mais geral e suas implicações no campo da saúde mental, ver outro trabalho de nossa autoria (Vasconcelos, 2012a), trabalho que tem parte incluída aqui, no primeiro apêndice. Para uma análise mais complexa das relações entre os serviços de saúde mental, as transformações as famílias e o cuidado no contexto da reforma psiquiátrica, ver os trabalhos da professora Lucia dos Santos Rosa, da UFPI, particularmente seu trabalho publicado em 2003, que ainda hoje constitui uma obra de referência no serviço social brasileiro sobre o tema.

perda de casas e dos vínculos na comunidade local, perda de familiares e amigos, migração forçada etc.¹⁵), com fortes implicações no campo da saúde mental (aumento dos casos de quadros de estresse pós-traumático, ansiedade, fobias, pânico etc.¹⁶), com respectivo aumento da demanda por serviços de saúde mental capazes de abordar estas situações e quadros, particularmente para as classes trabalhadoras, cuja acessibilidade a eles tem limites estruturais. Assim, qualquer análise da política de saúde mental deve examinar este tópico.

- l) Os mecanismos culturais e linguísticos que formam filtros de acessibilidade e segregação das classes trabalhadoras nas abordagens terapêuticas, nos programas e serviços de saúde mental.

Para a análise deste parâmetro, ver a exposição feita na seção 6.2, que inclui também algumas das referências bibliográficas clássicas nesse campo.

15. Ver especialmente os trabalhos de Minayo *et al.* (2006) e Njaine *et al.* (2009).

16. As contribuições do campo da epidemiologia psiquiátrica e dos estudos de indicadores sociais de violência são importantes. No primeiro, há apenas alguns estudos locais de prevalência de transtornos psiquiátricos desse tipo no Brasil, incapazes de fornecer um perfil recente e abrangente para todo o país (Mello *et al.*, 2007). Contudo, alguns dos dados locais já são persuasivos para mostrar a gravidade do problema. Apenas para as fobias, na cidade de São Paulo, estima-se que 5,4% da população desenvolverá alguma forma de fobia no espaço de um ano (Mello *et al.*, 2007, p. 129). Em relação ao *transtorno de estresse pós-traumático*, embora não existam estudos empíricos para todo o país, estima-se que 3,8% da população desenvolverá o transtorno no período de um ano. Com base em indicadores sociais, tivemos em 2002, em todo o país, 130 mil mortes violentas, e este dado permite estimar que cerca de 800 mil pessoas entraram apenas naquele ano para o rol do que a literatura chama de "vítimas ocultas", ou seja, pais, mães, filhos, cônjuges, irmãos e amigos mais próximos, os mais atingidos pela morte violenta de uma pessoa querida (Soares *et al.*, 2006, p. 26). Na cidade do Rio de Janeiro, mais de 103 mil pessoas tiveram mortes violentas entre 1979 e 2001, e, considerando a subnotificação, esse número deve ter superado 110 mil pessoas. Desse total, estima-se que as pessoas que tiveram marcas profundas podem chegar a 600 mil, e outra quantidade equivalente sofreram marcas significativas (Soares *et al.*, 2006).

- m) Perfil e mudanças recentes nas ciências e profissões no campo das ciências humanas/sociais e particularmente nas profissões que atuam no campo da saúde mental.

Nessa área, busca-se avaliar o perfil de médio e longo prazos e principalmente as mudanças recentes mais significativas nas concepções epistemológicas, filosóficas, teóricas e técnicas das ciências biomédicas, humanas e sociais que incidem sobre o campo da saúde mental, e suas implicações para a práxis e políticas na área. Aqui, destaca-se particularmente o investimento acadêmico dessas disciplinas na própria pesquisa avaliativa das políticas sociais em geral e especialmente de saúde mental¹⁷. No entanto, esse parâmetro privilegia os processos e as mudanças que ocorrem nas principais profissões que atuam diretamente no campo (particularmente a psiquiatria, enfermagem, psicologia, psicanálise, serviço social e terapia ocupacional), seus padrões de prática profissional no campo, suas organizações profissionais e suas práticas corporativistas, sua relação com o complexo médico-industrial, seu projeto ético-político, sua relação com a mídia, com ênfase na sua participação concreta nos movimentos sociais da área, nas lutas e nas instâncias de controle social da política de saúde mental, bem como nas demais instâncias do aparelho de Estado e na mídia¹⁸.

17. Felizmente, no Brasil, há, nos últimos dez anos, um crescente investimento acadêmico em estudos e pesquisas avaliativas de políticas, programas e serviços de saúde mental, expresso inclusive na publicação de artigos, livros e capítulos sobre o tema (Vasconcelos, 1995, 1996, 1999a, 2005, 2010d, 2013; Pinheiro *et al.*, 2007; Dimmenstein, 2009; Onocko-Campos, 2013; e Onocko-Campos *et al.*, 2008).

18. Nesse parâmetro, além da literatura específica ou sobre cada profissão (Vasconcelos, 1985, 1999b, 2000, 2009; Bisneto, 2007; Nicacio e Bisneto, 2013), e das contribuições marxistas sobre o complexo médico-industrial, elencadas aqui, consideramos fundamentais as contribuições críticas mais gerais da sociologia das profissões, ainda que não diretamente marxistas, em que se destacam os trabalhos clássicos de Bourdieu (1998a, 1998b) e Freidson (1970).

- n) Os processos de judicialização da vida social e política, que penetram em todas as esferas da sociedade, na mediação de seus conflitos, com seus aspectos conservadores e, por outro lado, que também possibilitam lutas em defesa dos direitos da maioria da população e de suas minorias. No Brasil, destaca-se o ativismo judicial da categoria dos advogados, sua organização corporativa, a Organização dos Advogados do Brasil (OAB), bem como de instituições específicas do Poder Judiciário, particularmente o Ministério Público, o Conselho Nacional de Justiça, as Defensorias Públicas, e às vezes, o próprio Supremo Tribunal Federal.

Já indicamos, no capítulo 4, como as atuais formas de judicialização da esfera política no Brasil, em paralelo à politização conservadora do Judiciário, têm contribuído para um ataque às forças de centro-esquerda e de esquerda no Brasil (Tosi, 2016). Na área da saúde, os conflitos dos usuários com os planos de saúde estão fortemente judicializados. Em saúde mental, o acesso a medicamentos psiquiátricos mais caros e os pedidos para internação em unidades hospitalares ou em comunidades terapêuticas, por parte de usuários de drogas e seus familiares, também estão amplamente judicializados, com forte impacto negativo e desorganizador para a rede pública de saúde mental (Vasconcelos, 2014). Por outro lado, a influência crescente de movimentos sociais de direitos humanos, de novas abordagens críticas do direito convencional e da chamada criminologia crítica (Bergalli e Ramirez, 2015), e de uma nova geração de advogados e juristas ativistas, têm tido um papel fundamental de monitoramento e de intervenção na defesa dos direitos humanos, na denúncia de violações ou negligências induzidas pela gestão pública em geral, em instituições específicas e principalmente nas

políticas sociais, ou de estabelecer avanços legislativos ou de jurisprudência no país, muitas vezes se aliando ou sendo permeável às demandas dos movimentos sociais populares¹⁹. No campo da saúde e saúde mental, também se destaca o papel de entidades internacionais, como o ONU, a OMS e sua subsidiária continental, a OPAS, com suas cartas de direitos e seu papel de induzir mudanças nas normas jurídicas nacionais, como indicado no capítulo 1.

- o) O perfil técnico-científico e principalmente político das diversas formas de mídia na cobertura dos campos da saúde, saúde mental e das drogas.

No Brasil, os principais jornais e redes de televisão são dominados pelos interesses do grande capital, das elites conservadoras, do complexo médico-industrial e das corporações profissionais mais conservadoras do país. Como exemplo, é inegável o posicionamento quase partidário que têm assumido recentemente nas últimas eleições e na cobertura da crise brasileira e do processo de *impeachment*. Entretanto, quando focamos em campos específicos da vida social, como no da saúde mental, tivemos conjunturas nacionais ou locais específicas em que alguns deles foram bastante permeáveis ou colaboraram diretamente com os interesses da luta antimanicomial (Vasconcelos, 1992b). Um exemplo atual está no debate nacional sobre a política de drogas, pois alguns dos principais jornais do eixo Rio-São Paulo têm divulgado posições mais favoráveis ao movimento mais geral ou a posições antiproibicionistas. Assim, a avaliação

19. Para uma visão sistemática da interação do campo da saúde mental com o campo jurídico, suas instituições e principais normas relacionados ao campo, bem como as estratégias de lutas por direitos na luta antimanicomial ou apenas na defesa de direitos individuais ou de grupos de usuários, ver outro trabalho recente de nossa autoria (Vasconcelos *et al.*, 2014) e também a obra de Musse (2008).

da cobertura da grande mídia e de seus efeitos na opinião pública e nas instâncias do Estado – e aí é interessante avaliar suas repercussões específicas no Executivo, no Legislativo e no Judiciário – são importantes para a análise da dinâmica histórica que determina as políticas de saúde mental. Nos estudos de casos estaduais e municipais, o papel da mídia regional e local (jornais, programas de televisão e rádios da região) são muito importantes também (Eymard Vasconcelos, 1989; Vasconcelos, 1992b, 2014).

- p) O perfil das mudanças recentes no campo das religiões e práticas espirituais, suas relações com o campo dos valores morais, vida sexual, familiar e subjetividade, bem como sua expressão na vida social mais ampla e particularmente na esfera política e parlamentar.

As várias ciências das religiões (Firolamo e Prandi, 1999) indicam que as religiões mais institucionalizadas têm um enorme poder de estruturação do aparelho psíquico, da vida subjetiva, dos valores morais, sexuais e familiares, como também da vida social e política (Duarte *et al.*, 2006; Vasconcelos, 2016). No Brasil recente, as mudanças mais significativas têm sido a expansão das igrejas evangélicas e das linhas mais conservadoras da Igreja católica, em detrimento das versões mais engajadas socialmente, ligadas à Teologia da Libertação, que hoje atuam em algumas pastorais mais específicas. Por um lado, reconhece-se que particularmente as igrejas evangélicas têm oferecido oportunidades em suporte pessoal, social, saúde e, indiretamente, em saúde mental, que muitas vezes não estão facilmente disponíveis nos serviços públicos seculares (Valla, 2006), bem como seus rituais oferecem mobilização simbólica, moral e intensidade emocional que ajudam a sair de situações existenciais limites,

como carreiras pessoais de crime, de abuso de drogas, de convívio regular com a violência e doenças e de retomada do investimento e do cuidado na família (Machado, 1996; Vasconcelos, 2016). Por outro, sua expressão política e social é extremamente conservadora e claramente desrespeitosa e confrontadora dos valores laicos na sociedade, na educação e nas ciências; dos princípios da tolerância às demais religiões; da diversidade de identidades sexuais e dos diferentes tipos de arranjos familiares; dos direitos das mulheres e, particularmente, dos direitos humanos nas políticas públicas e sociais (Machado, 2006; Vasconcelos, 2016). Esse conservadorismo vem orientando a atuação de suas frentes parlamentares no Legislativo, em projetos de lei que podem significar verdadeiros retrocessos nas conquistas democráticas e dos costumes em nosso país. Mais diretamente na política de saúde mental e drogas, essas frentes conseguiram a aprovação, na Secretaria Nacional de Drogas, do financiamento público para as chamadas “comunidades terapêuticas”, que oferecem internação prolongada, tendo as práticas religiosas como principal tratamento, além de muitos problemas, em termos de condições sanitárias e de vida institucional e diária, que muitas vezes violam os direitos fundamentais e humanos (Vasconcelos *et al.*, 2014).

Com esses parâmetros, acreditamos que temos elementos chaves para compor análises complexas da conjuntura econômica, política e social que incide sobre o campo da saúde mental, bem como análises detalhadas dos processos de determinação e funcionamento das políticas de saúde mental no Brasil. De modo geral, como acontece a dinâmica desse conjunto de fatores e parâmetros? Qualquer realidade sócio-histórica impõe uma correlação de forças mais geral na sociedade e no aparelho de Estado que é determinante,

fruto dos interesses dominantes, sendo impossível de ser superada sem mudanças mais profundas no conjunto da economia, da sociedade e do Estado. Em períodos de crise econômica e política como a que estamos vislumbrando no Brasil, há uma maior confluência de fatores e parâmetros que forcem o retrocesso das políticas sociais direcionadas para os interesses da grande maioria da população. A abordagem proposta aqui possibilita, em primeiro lugar, identificar e avaliar quais parâmetros e processos mais gerais do conjunto das políticas sociais são determinantes também para o campo da saúde mental, em determinado momento histórico, mas também permite analisar os processos que modelam as particularidades próprias da área da saúde mental.

Contudo, os parâmetros elencados aqui não são unidirecionais. Da mesma forma que vários deles podem se somar e se complementar no sentido de criar mais obstáculos ao processo de reforma psiquiátrica, no sentido de levar a retrocessos nesse campo, alguns outros podem estimular e promover avanços parciais ou exercer alguma forma de contrapeso sobre aqueles parâmetros determinantes que constroem o processo de reforma psiquiátrica. Em outras palavras, a abordagem sócio-histórica complexa que propomos aqui nos alerta e indica que a realidade é contraditória e multidimensional em qualquer conjuntura histórica, e é sempre necessário realizar uma análise integrada desse conjunto de parâmetros em uma situação específica, revelando sua dinâmica, suas instâncias e arenas de luta, seus atores políticos, seus conflitos etc. Isso nos permite então avaliar com mais realismo e riqueza de detalhes, em conjunturas desfavoráveis como a atual, não só os limites estruturais para avanços e os retrocessos inevitáveis, mas também as possibilidades de resistência, e às vezes, até mesmo de pequenos avanços, mesmo que parciais ou locais.

Outra observação importante diz respeito ao tamanho e

complexidade da lista de processos e parâmetros supracitados. Um leitor mais desavisado ou iniciante nesse campo pode achá-la ampla e complicada demais, eventualmente sentindo ser inviável um estudo capaz de abordá-las em seu conjunto. Em resposta a esse questionamento, podemos afirmar que essa lista pode ser entendida como um roteiro que buscou ser exaustivo para o campo da saúde mental, para sensibilizar o leitor a prestar atenção em cada um desses processos, mas nem todos podem ser relevantes em uma determinada conjuntura ou em uma análise política mais focada. Além disso, muitos deles têm uma continuidade histórica razoavelmente estável, não merecendo grande investimento ou atenção contínua para seu monitoramento, podendo se utilizar um material bibliográfico já publicado.

A escala da realidade a ser analisada também constitui um aspecto importante a ser levado em conta. O conjunto de parâmetros listados aqui teve como pressuposto o quadro nacional, para análises de conjuntura de um país como um todo, incluindo alguns processos e tendências mundiais. No entanto, é possível utilizá-lo para análises de realidades regionais, estaduais, de um conjunto de municípios, de um único município, de um distrito sanitário etc. A realidade do SUS, como um sistema descentralizado e municipalizado de saúde, mostra uma vasta pluralidade de situações diferenciadas, dependendo das particularidades locais e do conjunto de forças políticas que atuam no município ou que assumem os governos locais. Da mesma forma, o enfoque pode ser também sobre um ou mais programas específicos de saúde mental, podendo abranger desde o território nacional até a esfera local de um distrito sanitário ou mesmo de apenas um serviço. Nos estudos de caso mais locais, os parâmetros nacionais indicados nesta proposta servirão mais como temas de contextualização do que como temas do objeto central de um estudo (Vasconcelos, 2002).

Com essas indicações derradeiras sobre a dinâmica de análise integrada dos vários parâmetros sócio-históricos que incidem sobre o campo da saúde mental, podemos agora encerrar este capítulo e partir para as diferentes modalidades de análise sócio-histórica, com forte ênfase na análise de conjuntura, com suas características e objetivos, e algumas de suas exigências metodológicas.

Capítulo 8

Modalidades de Análise Política e de Conjuntura do Campo da Saúde Mental, a Partir de uma Abordagem Sócio-Histórica Complexa e Suas Características Metodológicas

Há diferentes **estilos discursivos, tipos e níveis de pesquisa e de análise política** voltados para o campo das políticas sociais e aplicáveis à política de saúde mental. Neste capítulo, vamos apresentá-los de forma sucinta, fornecendo algumas sugestões metodológicas de como realizar a pesquisa necessária e de como produzir os textos analíticos, desde aqueles mais informais até os trabalhos mais sistemáticos e com maior rigor acadêmico, em uma perspectiva sócio-histórica complexa, como desenvolvida até agora neste estudo. A análise de conjuntura, um dos tipos de análise política, terá um enfoque privilegiado no fim deste capítulo.