

# A luta antimanicomial nos governos democrático-populares: contribuições para um balanço a realizar\*

The anti-asylum struggle in popular-democratic governments: contributions for taking stock

Daniela Albrecht\*

**Resumo** – Expressando, em âmbito particular, uma luta mais geral – a luta de classes, no seu conjunto – o movimento antimanicomial brasileiro desenvolveu-se de forma conectada com a trajetória do Partido dos Trabalhadores (PT), que se constituiu como a principal mediação consciente da classe, no seu conjunto, no ciclo histórico recente. O presente artigo, partindo desta premissa, abordará, de forma sintética, elementos deste desenvolvimento *nos seus últimos anos*, abordando aspectos desta interação que se apresentam no período que abrange os anos dos governos democrático-populares, ponto de maior amadurecimento da estratégia petista, que se realiza com a chegada ao governo, após um longo percurso de importantes metamorfoses. Os dilemas e impasses vividos na trajetória antimanicomial serão pensados de forma articulada àqueles experimentados pela classe no seu conjunto. Esperamos, desta forma, contribuir para um balanço necessário, que ainda se encontra por fazer.

**Palavras-chave:** movimento antimanicomial brasileiro; Partido dos Trabalhadores; estratégia democrática e popular; luta de classes.

**Abstract** – Expressing, in particular, a more general struggle – the class struggle as a whole – the Brazilian anti-asylum movement developed in a way connected with the trajectory of the Workers' Party (PT), which constituted the main conscious mediation of the class, as a whole, in the recent historical cycle. This article, based on this premise, will address, in a synthetic way, elements of this development in its last years, addressing aspects of this interaction that are presented in the period that encompasses the years of popular-democratic governments, the point of greatest maturity of the PT strategy, which takes place with its arrival to power after a long journey of important metamorphoses. The dilemmas and impasses experienced in the anti-asylum trajectory will be analyzed in an articulated way with those experienced by the class as a whole. We hope, in this way, that this article can contribute to taking stock of the situation, which is necessary and is still to be done.

**Keywords:** Brazilian anti-asylum movement; Workers' Party; democratic and popular strategy; class struggle.

\* Este artigo é parte da pesquisa de doutorado *Movimentos contra os manicômios e lutas de classes no Brasil e na Itália: um estudo sobre consciência e estratégia* (ALBRECHT, 2019), que analisou a trajetória do movimento antimanicomial como expressão particular da luta de classes no Brasil. O recorte do trabalho vai do início desta trajetória até o ano de 2015, quando o ciclo de governos democrático-populares é encerrado pelo golpe de 2016.

\*\* Graduada em psicologia, mestre em Políticas Públicas e Formação Humana (PPFH/UERJ), doutora em Serviço Social (ESS/UFRJ). Psicóloga da SMS/Prefeitura do Rio de Janeiro e do DESSAUDE/UERJ. E-mail: danielalbrecht@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9704-6368>.

## Introdução

A trajetória da luta antimanicomial brasileira expressa particularmente uma luta que é mais geral. Reafirmar essa compreensão hoje nos parece especialmente importante, dado que os elos entre essas duas dimensões – a mais específica do movimento e aquela mais ampla da luta de classes – aparecem pronunciadamente apagados, de modo geral, na compreensão predominante do campo a seu próprio respeito. Tal apagamento se mostra uma decorrência da trajetória recente da luta de classes no Brasil e, como parte dela, do movimento antimanicomial, já que nem sempre foi assim. O próprio surgimento da luta antimanicomial esteve marcadamente atrelado a lutas mais amplas, do conjunto da classe trabalhadora. Como e por que um movimento, que surge tão enraizado nas lutas da classe, se descola desse escopo mais geral a ponto de quase não reconhecer esses vínculos? Como se opera essa passagem de um a outro momento?

O presente artigo tem como premissa a existência de certo vínculo entre a trajetória da luta antimanicomial brasileira e aquela do Partido dos Trabalhadores (PT), que se constituiu como a principal mediação consciente da classe, no seu conjunto, no ciclo histórico recente. Nossa abordagem não se confunde com um atrelamento *mecânico* entre partido e movimento. Levamos em conta, entretanto, que o debate estratégico da classe, considerada em um plano geral, ganha importância central para a compreensão dos caminhos do movimento e de seu processo de consciência particular. Nossa hipótese é a de que a trajetória antimanicomial no Brasil se desenvolveu de modo conectado às apostas estratégicas democráticas e populares da classe trabalhadora; sem que isso signifique supor, reiteramos, um vínculo *imediate*, que porventura indique, por exemplo, a *aplicação*, no plano do movimento, de propostas elaboradas em âmbito partidário. A interação entre certa parte e o todo em que se encontra inserida é, para nós, dialética, marcada necessariamente, portanto, por continuidades e descontinuidades. O movimento particular guarda também aqui, como sempre, relativa autonomia no que tange à totalidade a que se encontra referido.

A estratégia democrática e popular, que teve o Partido dos Trabalhadores como principal expressão política no último ciclo da luta de classes no Brasil, foi aquela que no período recente orientou de modo predominante a classe trabalhadora nas suas lutas (IASI, 2012; COELHO, 2005). A história da luta contra os manicômios no Brasil se entrelaça com a história das lutas da classe trabalhadora brasileira nesse ciclo; nossa hipótese é de que, no seu desenvolvimento histórico, o movimento antimanicomial expressou, particularmente, elementos da configuração estratégica que orientou de modo predominante a classe nas batalhas travadas. Neste artigo exploraremos então, de modo sintético, traços deste desenvolvimento *nos seus últimos anos*, abordando aspectos desta interação que se apresentam no período que abrange os anos dos governos democrático-populares, ponto

de maior amadurecimento da estratégia petista, que se realiza com a chegada ao governo, após um longo percurso de importantes metamorfoses (IASI, 2012; MARTINS *et al.*, 2019).

Começamos, pois, apresentando, brevemente, as linhas gerais desta configuração estratégica nos seus momentos iniciais. Buscaremos iluminar também, em uma primeira aproximação, de que modo estiveram conectadas a estratégia particular do movimento e aquela mais geral, que orientou a classe no seu conjunto.

### **A estratégia democrática e popular e o movimento antimanicomial no Brasil**

A democracia teria papel central desde cedo na estratégia que se conformava a partir de finais dos anos 1970. Lutas de caráter democratizante somavam-se a lutas econômicas, travadas pela classe trabalhadora no coração industrial do país através de importantes movimentos grevistas, dinamizando a transição democrática imposta à autocracia burguesa chancelada pelos militares. A luta democrática, fundamental na constituição do novo partido que fusionava as lutas da classe, somava-se a outros elementos no caldo histórico em que tal partido fermentava; em fins de 1970, as experiências socialistas do Leste eram confrontadas por duras (e necessárias) críticas em razão dos rumos autoritários que as marcavam. No Brasil, a luta contra o regime que durante as últimas décadas havia interditado e reprimido violentamente canais formais mínimos de participação política sob a ordem burguesa, somada ao contexto mais amplo de crise do socialismo vigente no Leste, alçavam a democracia ao centro da nova estratégia, que amadurecia junto com as lutas da classe. O Partido dos Trabalhadores, parte também deste amadurecimento, nascia como principal expressão política da classe.

Desde os documentos pré-partidários, é possível reconhecer traços constitutivos da nova estratégia que se conformava. Mas é no 5º Encontro Nacional do partido (1987) que ela se apresenta de forma mais acabada (IASI, 2012; MARTINS *et al.*, 2019). O socialismo era declarado como objetivo estratégico pelo ainda jovem partido, que reivindicava independência de classe e caráter anticapitalista. Uma das premissas assumidas era, entretanto, a de que não haveria condições imediatas para esta transição, dado que *o socialismo não estava na ordem do dia*. Isso impunha a necessidade de um longo período de acúmulo de forças, a ser desenvolvido através de uma dupla atuação, conjugando a ocupação de espaços no interior do Estado com a ação dos movimentos populares. Tal articulação possibilitaria a realização de reformas profundas neste aparelho no sentido de sua democratização, as chamadas *reformas democráticas e populares*. A democracia, neste caminho, era a via prioritária e também indicava a qualidade do so-

cialismo a ser desenvolvido. O referido processo de acúmulo de forças serviria à construção da hegemonia pela classe trabalhadora, que seria iniciada pela conquista e formação de um governo democrático e popular.

A oposição aos manicômios no Brasil desponta, em finais dos anos 1970, como parte das lutas travadas pelo fim da ditadura empresarial-militar, mesmo contexto em que o Partido dos Trabalhadores nascia. Conectados às lutas sanitárias pelo direito à saúde, os enfrentamentos no campo da psiquiatria representam parte desta batalha setorial, expressando, contudo, um plano mais amplo de transformação da sociedade, que os transbordava. O projeto de reforma psiquiátrica, que se delineia naqueles anos como programa do movimento contra os manicômios, inscreve-se como parte daquele conjunto de reformas democráticas e populares, elementos táticos no bojo da nova configuração estratégica, que, paulatinamente, passava a direcionar a classe nas suas lutas. O curso de implementação da reforma guardaria conexão estreita com os passos do movimento – o principal motor da reforma psiquiátrica brasileira. Em que pese a relativa autonomização que a *reforma* ganha ao longo desta trajetória, ela se configurou, sem dúvida, como uma resultante da atuação do movimento antimanicomial.

A reforma psiquiátrica brasileira constitui-se como materialização das intenções do movimento antimanicomial; a principal concretização, portanto, do que foi o *projeto* do movimento, nas condições próprias do seu desenvolvimento. Evidentemente não se trata da *mesma coisa* que ele. Mas, enquanto materialização de uma intencionalidade posta pelo movimento, ela não deve ser pensada, acreditamos, de modo apartado dos caminhos do seu desenvolvimento. Este, por sua vez, não brotou como um *raio em céu azul*, mas deve ser compreendido na dinâmica das classes em luta, de que foi (e é) também uma parte, na complexa trama política, econômica e social que compõe o contexto histórico em que se desenvolveu.

As formulações táticas e as práticas políticas ali forjadas guardaram, então, relação estreita com o conjunto dos dilemas enfrentados pela classe trabalhadora, assim como no que diz respeito ao todo do movimento sanitário, como indica a análise de Dantas (2014). A crise vivida no curso dessa trajetória – em matizes atualmente dramáticos – materializa uma crise que também ultrapassa o escopo particular. O que temos produzido como *síntese* no campo da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial no Brasil traz as marcas das contradições que viemos enfrentando nos caminhos pelos quais a classe trabalhadora se moveu no último ciclo histórico, agora em processo de fechamento (MARTINS *et al.*, 2019).

A estratégia democrática popular não nos conduziu ao socialismo e tampouco nos aproximou dele, tendo-se mostrado malsucedida na tentativa de *acumular forças*. A pretensão de radicalização da democracia se resumiu à sua mistificação, mostrou-se a adequação necessária ao prosseguimento da acumulação capitalista no Brasil em face das contradições de

seu tempo, conformando-se como uma democracia de cooptação tornada possível pelo apassivamento da classe trabalhadora. O momento presente parece lembrar de maneira dramática que uma negação pode tornar-se seu contrário quando ela não supera aquilo que pretendia negar.

O percurso recente da classe trabalhadora no Brasil, longe de romper com a ordem, levou a um projeto de conciliação de classes. De que maneira esse caminho se expressou para a luta antimanicomial? A saúde mental foi um campo em que a estratégia democrático-popular mostrou-se bem-sucedida – para além, inclusive, dos governos do PT. Muito antes do Governo Lula (ou das administrações municipais), já havia militantes do movimento antimanicomial *ocupando trincheiras no aparelho de Estado*, desenvolvendo posições da reforma – o *programa* do movimento. A longa trajetória de implementação, tendo se iniciado no Governo Collor, transita do Governo Fernando Henrique Cardoso ao de Lula e culmina no Governo Dilma, incluindo inúmeras gestões estaduais que vão de partidos conservadores a petistas (ou que se mesclam, via alianças eleitorais típicas, que passam a se sobrepor cada vez mais às programáticas).

É possível dizer que o projeto de reforma psiquiátrica no Brasil foi incorporado de maneira substancial às políticas de saúde mental, mediante arcabouço jurídico e legislativo significativo, portarias e normativas que, através da presença de gestores comprometidos com o campo antimanicomial, puderam ser gradativamente implementadas. A redução do quantitativo de leitos tradicionais foi gradual, mas expressiva. O ideário reformista, hegemônico entre os atores do campo, foi, em importante medida, incorporado aos espaços de formação de trabalhadores de saúde mental. É praticamente um consenso que as lutas travadas no campo se traduziram em vitórias, mesmo dentro de limites.

A constatação dos êxitos conquistados não anula, entretanto, os impasses e contradições do processo. Acreditamos que tal avanço, aqui expressamente reconhecido, deva ser caracterizado como um *avanço contraditório*. Na próxima seção abordaremos então, sinteticamente, elementos desse avanço contraditório durante os anos dos governos petistas.

### **Luta antimanicomial: avanço contraditório em tempos democrático-populares**

No que tange à implementação das políticas de saúde mental a nível nacional, os primeiros anos do século XXI foram marcados por um momento de progresso, em que se pôde colher alguns frutos da movimentação política que impulsionara a aprovação da Lei nº 10.216/01 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Utilizando como lastro as recomendações do Relatório Final da III Conferência, a Área Técnica de Saúde Mental (ATSM/MS) elegeria propostas que fossem

demandas vocalizadas pelos gestores, mas que encontrassem eco no movimento social, consolidadas em espaços de discussão, que buscassem trazer para a oficialidade experiências em curso que houvessem demonstrado êxito (BORGES, 2007).

A linha de desospitalização seria fortalecida pela instituição do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Psiquiátricos (PNASH/Psiquiatria). No que dizia respeito à expansão da rede assistencial, o lançamento da portaria GM nº 336/02 oferece novo impulso à implementação dos CAPS, classificando os dispositivos em tipos I, II ou III, de acordo com a abrangência populacional. A portaria também criava modalidades do dispositivo direcionadas ao atendimento de clientela específica, como crianças, adolescentes e usuários de álcool e outras drogas, encarnando propostas e debates traçados nas conferências e nos encontros do movimento *stricto sensu*.

O processo de expansão da rede de saúde mental com ênfase na ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – principalmente de CAPS do tipo I e II, sobretudo nos primeiros anos – rendeu inúmeras críticas por parte do movimento antimanicomial, que apontava, por exemplo, o papel centralizador que vinha sendo conferido a estes dispositivos. O avanço na reforma era, em todo caso, significativo. Alguns dados ilustram a afirmação. Expansão entre 2001 e 2006: de 295 a 1000 CAPS; de 85 a 475 residências terapêuticas; leitos psiquiátricos do SUS: decréscimo de 51.393 para 39.567. Distribuição das despesas no setor: 2002 – 75,18% do gasto total empregados na rede hospitalar x 24,82% na rede extra-hospitalar; em 2006 essa proporção se altera para, respectivamente, 48,67% contra 51,33%. Revertia-se assim a tendência histórica de ênfase nos gastos com ações e programas hospitalares (BRASIL, 2006).

O ano de 2001 fora particularmente marcante na trajetória antimanicomial. Além da aprovação da Lei nº 10.216/01 e da realização da III CNSM, o ano fora marcado pela realização do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, realizado na cidade de Miguel Pereira (Rio de Janeiro). É frequentemente referido como o encontro do “racha”, em função do processo de cisão disparado a partir do acirramento de tensões internas do movimento, que explodem e se tornam incontornáveis a partir de 2001<sup>1</sup>. Como desdobramento concreto, operou-se a divisão do movimento em duas organizações distintas: Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA)<sup>2</sup>. A cisão de um movimento que já vinha dando sinais de enfra-

<sup>1</sup> O episódio parece ter ganhado ares de certo trauma, sobretudo para quem o vivenciou, sendo ainda atualmente bem pouco falado, refletido, estudado e mesmo compreendido por grande parte da militância, principalmente a de hoje. Não parece haver um consenso sobre o significado dos acontecimentos de Miguel Pereira.

<sup>2</sup> A criação da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial consolidou-se em 2003, com seu documento de lançamento *Manifesto pela luta antimanicomial: em boa companhia*.

quecimento e dificuldades no enfrentamento a derrotas já em curso cata-lisaria, sem dúvidas, esse quadro de fragilização.

As duas organizações prosseguiram seu curso de modo prati-camente paralelo durante os anos seguintes. Sinais de dificuldades na ob-tenção de recursos e manutenção das atividades regulares constam nos relatórios finais de encontros de ambas. No caso do MNLA, a redução, ao longo dos anos, do número de participantes nos encontros nacionais<sup>3</sup> soma-se à redução nos estados vinculados à organização, que chega a manter-se em apenas três, de uma mesma região do país<sup>4</sup>. O Relatório Final do II En-contro da RENILA (2007) também indica dificuldades logísticas e financeiras e falta de apoio do poder público. São relatadas dificuldades dos núcleos na mobilização de usuários, familiares e técnicos, avaliando-se que a orga-nização estaria falhando em fortalecer suas bases nos estados (RENILA, 2007).

O avanço na implementação das políticas de saúde operado nas gestões de Lula da Silva vinha se dando sob os moldes de processos *não clássicos* de privatização (GRANEMANN, 2011), pela terceirização da gestão de unidades e distritos sanitários de saúde. O projeto fora aprovado desde o plano de ajuste do Estado de Bresser Pereira, no primeiro Governo FHC; havia sido relativamente bloqueado até então mediante a resistência imposta pela classe, sendo implementado, finalmente, a partir do primeiro Governo Lula<sup>5</sup>. Tratava-se de um franco processo de mercantilização e precarização das políticas sociais, transferindo gordas fatias do fundo público para inú-meras instituições privadas, que passam a lucrar com a oferta precarizada de serviços públicos universais, em moldes emblemáticos do projeto de conciliação de classes gerido pelo Partido dos Trabalhadores. Os efeitos deletérios para a população e para os trabalhadores começavam a ser sentidos, engendrando novos processos de luta social no setor.

O relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (IV CNSM-I) expressou, em certo grau, aspectos do avanço contraditório que procuramos caracterizar. O quadro geral era de apro-ximação entre movimentos e aparelho de Estado, momento novo na pro-posta de participação social nas políticas, marcado por alterações contra-ditórias nas relações entre governo e sociedade civil nas gestões petistas. Tratava-se de abertura operada dentro de claros limites, mas que não deixava de conferir certa legitimidade ao Estado. As propostas relativas ao uso de álcool e outras drogas apontam a posição que o campo assumiria em face do avanço conservador que subterraneamente se processava, arena de ba-talhas nos anos seguintes. As comunidades terapêuticas (CT) para usuários de álcool e outras drogas foram recusadas, em defesa da posição de não remuneração, sustentada até então pelo Ministério da Saúde. A recusa aos caminhos da privatização das políticas e ao reconhecimento das CTs como

<sup>3</sup> Dados extraídos dos relatórios finais dos encontros nacionais da organização realizados nesta década.

<sup>4</sup> IX Encontro Nacional do MLA e X Encontro Nacional de Usuários e Familiares do MLA.

<sup>5</sup> O avanço das privatizações nos governos do PT é relatado por Menezes (2016) e por Bravo e Menezes (2014).

dispositivos da rede de saúde mental não garantiria, entretanto, sua exclusão no curso de implementação das políticas de saúde mental. Os anos seguintes seriam marcados por um momento de acirramento ainda maior de conflitos e tensões para o governo petista, acentuando, no plano da gestão, marcas das contradições envolvidas na trajetória antimanicomial.

A passagem da gestão de Lula da Silva à de Dilma Rousseff traz sinais desse acirramento. O governo de Rousseff se dá em condições distintas das que haviam vigorado até então, mediante o encerramento do momento expansivo da economia mundial e a chegada dos efeitos da crise mundial de 2008, que tardaram, mas não falharam em se abater por aqui. O fechamento da janela econômica muda as condições de administração do pacto social.

A ampliação relativa do uso problemático de álcool e outras drogas, especialmente do uso de crack, em contextos urbanos marcados pela violência e pela manutenção de faixas da população em condições degradantes de vida, era alardeada por setores conservadores, reforçados pela imprensa, como nova “epidemia social”. Compunha-se, assim, ofensiva ideológica que visava justificar a realização de medidas higienistas e repressivas sobre grandes cidades, quando se mirava a realização de grandes eventos esportivos internacionais no país. Uma coalizção contra o crack foi criada em meados de 2010, reunindo mais de 200 parlamentares, muitos ligados a CTs, mas contando também com parlamentares progressistas (MARTINS, 2014). Em face das novas condições de governo, alguns dos setores conservadores tornavam-se, ademais, parte da base aliada de Rousseff, essenciais à preservação da governabilidade, que desde muito guiava a sustentação da estratégia petista. O presumido acúmulo de forças deveria seguir acontecendo por meio do governo, o que implicava agora a gestão de contradições maiores.

O tema das drogas já ocupava há tempos os noticiários, e desde 2009 já havia se tornado objeto de programas específicos pela ATSM<sup>6</sup>. Em 2009 havia sido lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SUS (Pead), e no ano seguinte, em parceria com outros ministérios, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, que além do Ministério da Saúde envolvia a parceria com entidades como a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e o Ministério da Defesa, entre outras. Para além de ações que tinham como diretriz a atenção psicossocial, o chamado “Plano Crack” envolvia também o enfrentamento repressivo ao tráfico de drogas, ampliação do monitoramento de fronteiras e capacitação de agentes policiais. No âmbito da parceria com a Senad, estava previsto um edital com vistas ao financiamento de 2.500 leitos em CTs para usuários de álcool e outras drogas, com recursos da SENAD e supervisão do Ministério da Saúde<sup>7</sup>. A

<sup>6</sup> Em face das novas proporções do problema, a mesma tomara-se, inclusive, ATSM-AD, Álcool e Drogas.

<sup>7</sup> Para mais informações ver: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/3-g-Apresentacao-tripartite-plano-crack-novembro-2010.pdf> e [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm).

anuência desse ministério em relação à incorporação das CTs ficava, assim, suprimida aparentemente pelo que, na verdade, configurava mero deslocamento da pauta, definindo-se no papel de fiscalização, excluído o investimento direto nos novos equipamentos manicomial. Já no final da gestão de Lula da Silva, contexto ainda relativamente favorável, essa era a resistência possível. Em alguns anos esse quadro sofreria alterações.

O início de 2011 é marcado por uma alteração na liderança da ATSM-AD<sup>8</sup>. Martins (2014, p. 208) observa que o novo gestor “assumiu a gestão da PNSMAD nesse momento de crise, investindo sua atenção numa resposta à demanda da presidenta Dilma Rousseff de solução a curto prazo ao problema do crack”. Segundo a autora, o plano desenhado em face da demanda de Rousseff foi engavetado pelo ministro da saúde<sup>9</sup>, que teria eleito “o tema da internação e o debate em torno das comunidades terapêuticas como agenda principal do Ministério da Saúde no enfrentamento ao crack, priorizando nessa estratégia a parceria com o Ministério da Justiça” (MARTINS, 2014, p. 208).

Em dezembro de 2011 é lançado o Programa “Crack, é possível vencer!”, que já se apresenta com forte cariz ideológico, atendendo a demandas da mídia, dos novos mercadores do sofrimento psicossocial e do conservadorismo religioso que avançava a olhos vistos, sob a aliança com a representação política da classe trabalhadora<sup>10</sup>. É lançada também uma nova portaria ministerial, essa de inteira responsabilidade da ATSM-AD/MS, instituindo as CTs como pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial, na atenção residencial de caráter transitório<sup>11</sup>. As novas condições da conciliação em voga nos últimos anos dos governos petistas impunham-se também na relação com o movimento antimanicomial.

O movimento antimanicomial não parece ter força para impor uma alteração na condução das políticas nesses anos, incidindo sobre o direcionamento que era imposto e implementado a partir da gestão<sup>12</sup>, mesmo porque certo curso de avanços seguia acontecendo<sup>13,14</sup>. Avançava-se, ainda

<sup>8</sup> Pedro Gabriel Delgado anuncia sua saída e no mês seguinte é substituído por Roberto Tikanory, também militante histórico do movimento antimanicomial, conhecido, entre outras coisas, por ter coordenado a intervenção na Casa de Saúde de Anchieta, em Santos, a partir de 1989.

<sup>9</sup> O ministro da saúde nessa ocasião era Alexandre Padilha.

<sup>10</sup> As ações previstas incluíam prevenção, tratamento e repressão, articulando políticas de saúde e justiça. Para mais informações, ver: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm) e <https://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>.

<sup>11</sup> Portaria nº 3.088/11. Em 2012 outra seria publicada, a 131/2012, pelo mesmo ministério, instituindo “incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2012).

<sup>12</sup> Vale mencionar, não obstante, o momento de revigoramento demonstrado na Marcha dos Usuários – evento que teve peso determinante na convocação da IV CNSM-I –, bem como a ênfase atribuída aos movimentos sociais no contexto da mesma.

<sup>13</sup> Mantinha-se, por exemplo, a curva ascendente no número de Caps habilitados a partir de 2011, que salta de 1.742 dispositivos neste ano para 2.328 em 2015. O número de beneficiados pelo Programa de Volta pra Casa no mesmo período salta de 3.961 para 4.394, enquanto os Serviços Residenciais Terapêuticos passam de 267 para 362 entre 2013 e 2015.

<sup>14</sup> O montante de leitos do SUS em hospitais psiquiátricos (contratados ou próprios), por sua vez, segue decrescendo, passando de 32.284 para 25.126 entre 2011 e 2015 (BRASIL, 2016).

que os avanços carregassem retrocessos. Os novos passos, entretanto, eram aparentemente menos impulsionados, como outrora, pela ação do movimento antimanicomial, cuja força parecia incidir menos diretamente sobre eles. Mesmo o processo de luta que culmina com a realização conferencial, se fora uma demonstração de força importante, não parece ter incidido de forma tão significativa no curso de implementação das políticas, se incluirmos anos anteriores a 2011 no período de observação dos gráficos referidos. As séries históricas que indicam a evolução na implementação das políticas desde o início da década, mesmo que de forma não linear e com variações de ritmo e intensidade, demonstram um percurso ascendente relativamente contínuo. A trajetória de implementação da reforma psiquiátrica parecia ser operada cada vez mais decisivamente pela via da gestão das políticas, ao passo que o movimento se fragilizava e ampliava sua dependência desse curso.

É emblemático nesse sentido, por exemplo, que a Lei nº 10.216/01, diante da impossibilidade de alteração da correlação de forças, tenha sido incorporada cada vez mais contraditoriamente como a lei do movimento, quando sua aprovação teria se dado nos marcos de uma derrota importante. Manifestação sintomática nesse sentido é a declaração de Pedro Gabriel Delgado por ocasião dos dez anos da Lei nº 10.216, ao afirmar que, após esses anos de vigência, sua redação teria tido *“mais aperfeiçoamentos do que danos* ao longo da negociação no Congresso” (DELGADO, 2011, p. 117 – grifos nossos). A retirada do fim dos manicômios do PL original deveria ser considerada um aperfeiçoamento do mesmo? Concretamente, é um fato, nos anos que se seguiram à sua aprovação, a lei foi tornada pela gestão como base de sustentação, em um percurso de implementação que se operou predominantemente através de portarias ministeriais (e, depois, interministeriais) – importantes, mas frágeis na sustentação de um processo de reforma, dado que facilmente revogáveis, como vaticinado pelo movimento em diversos momentos. Esta era a condição de possibilidade do curso das políticas; era natural até certo ponto que ela fosse utilizada como impulso para a proposição de ações pela gestão. A estratégia encontrada parece ter sido então de *“torná-la”*, através do discurso hegemonicamente produzido, uma *“vitória”*. O problema não é tanto que os gestores e o movimento se aproveitassem da lei para dar andamento ao processo de reforma, mas que esse uso terminasse apagando a derrota sofrida da memória antimanicomial e desarmando o movimento quando as brechas fossem aproveitadas pela oposição à reforma, como se daria alguns anos mais tarde, dramaticamente.

Os passos do movimento antimanicomial, por outro lado, nos anos seguintes, parecem se dar numa cadência cada vez mais defensiva, respondendo a movimentos da conjuntura aos quais não era possível antecipar-se. A ampliação da rede de saúde mental seria acompanhada da intensificação dos processos de privatização já em curso, em alguns casos

com efeitos dramáticos. Emblemática, neste sentido, foi a demissão em massa da equipe do CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo – o primeiro serviço do gênero implantado no país, em 1987, unidade histórica, portanto, na trajetória antimanicomial –, a essa altura gerido, fazia alguns anos, por uma organização social<sup>15</sup>. No manifesto produzido em face do violento acontecimento, a equipe refere-se a um evento de caça às bruxas, mostrando-se ciente de fazer parte “de um contexto muito maior e bastante atual”<sup>16</sup>:

[...] este corte de vários profissionais alocados neste CAPS foi um pretexto para fazer a ‘faxina’, ou seja, retirar aqueles que incomodam, [...] porque relembram incessantemente os princípios reformistas, que entendem que o CAPS é lugar de uma construção coletiva [...], que não evita os conflitos que existem em todo e qualquer ambiente institucional [...].

O que fazer para impedir esse dismantelamento de um trabalho coletivo construído há anos [...]? Em suma, como aceitar tamanha contradição? (MANIFESTO EM DEFESA..., 2013, n. p.).

O avanço contraditório da implementação das políticas no setor ficava agudamente exposto e o acúmulo de forças se mostrava quebradiço. Ainda que a situação tenha sido denunciada nas redes sociais e se tornado motivo para manifestações mesmo em outros estados, o movimento não teria forças para um enfrentamento decisivo, que incidisse sobre o avanço dos processos de privatização. Esse era, afinal, o meio possível de seguir com o avanço das políticas. Muitos gestores sinceramente comprometidos com os ideais da reforma psiquiátrica acreditavam que, mesmo estas não sendo as condições ideais, o mais importante era seguir avançando.

Entre o movimento o debate sobre a privatização levou muito tempo sem ser enfrentado de forma mais decidida. Ainda que a afirmação do caráter público dos serviços de modo geral estivesse presente entre as bandeiras, durante muito tempo o tema não aparecera com grande destaque nos relatórios. Para além das dificuldades de enfrentamento ao curso privatista que era operado por gestores alinhados à reforma, aspectos ainda mais intestinos ao movimento também tornavam a questão delicada. Ocorre que desde o início da trajetória antimanicomial era possível verificar também no campo as manifestações de um processo mais geral, em curso desde os anos 1970 e, sobretudo, 1980, de transformação molecular de muitos movimentos sociais em direção à sua “onguização” (FONTES, 2010). No caso do movimento antimanicomial, esse processo se processava através da cria-

<sup>15</sup> Em março de 2013, os 30 trabalhadores do CAPS são desligados abruptamente, liberados inclusive do cumprimento de aviso prévio. A direção comunicaria o desligamento aos usuários.

<sup>16</sup> Todas as aspas foram retiradas do *Manifesto em defesa do CAPS Itapeva e do SUS*, disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/03/0458.html>.

ção local de inúmeras associações, sobretudo de usuários e familiares, que ganham impulso a partir da década de 1990<sup>17</sup>.

Muitas dessas associações entraram como parceiras privilegiadas nos momentos iniciais de implementação das políticas, possibilitando aos gestores locais flexibilizar a administração de pessoal através da celebração de convênios que visavam acelerar a implantação de serviços. Alegava-se, por exemplo, que os novos serviços requeriam profissionais que não constavam no quadro de secretarias municipais, como oficineiros, musicoterapeutas, supervisores clínico-institucionais etc. (RIETRA, 1999). A forma de equacionar dificuldades dessa natureza era a parceria com ONGs, e aquelas cujas trajetórias se conectavam à luta antimanicomial eram vistas como escolha natural.

A agenda da reforma psiquiátrica se encontrava, assim, com a agenda de contrarreforma do Estado, ainda em seus momentos iniciais, ofertando experiências muitas vezes pioneiras de flexibilização de funções do Estado, que seriam precursoras da onda privatizante que nos anos 2000, especialmente a partir de 2010, avassalaria as políticas de saúde. O avolumar das demandas e dos encargos levaria algumas dessas associações/ONGs a acompanharem o curso contrarreformista e a se converterem em organizações sociais, respondendo pela administração de contratos frequentemente volumosos e pela contratação de inúmeros trabalhadores da rede de saúde mental, em um contexto político e econômico instável, que passa a ser cada vez mais marcado pela precarização das condições de trabalho.

Avolumam-se, assim, em medida correspondente, as contradições no interior do movimento antimanicomial, que, através de algumas de suas materializações, se vê ocupando de modo bastante direto o lugar de gestor de políticas estatais, em meio a um processo de precarização cujas proporções e efeitos ainda estão por ser estudados. Os limites que se apresentam à atuação política independente são patentes, dado que tais associações passam a depender diretamente do financiamento estatal, transmutando inteiramente sua identidade política e institucional e tendo esterilizado, em grande medida, seu potencial efetivamente contestatório.

O esgarçamento de certa dinâmica contraditória não se dava, naturalmente, de modo isolado na luta antimanicomial. O ano de 2013 marca o início de uma importante alteração na conjuntura política brasileira, quando as bases da conciliação de classes que sustentava o Partido dos Trabalhadores no governo apresentam uma clara rachadura. Enquanto o PT se mostrara útil no papel de gestor das contradições sociais e fiador do pacto social que estava na sua base, o equilíbrio havia sido mantido. A partir de então, o partido dá sinais, entretanto, de dificuldade de preservar

<sup>17</sup> Segundo Vasconcelos (2014), a maior parte das associações de usuários e familiares forjadas na trajetória antimanicomial são ligadas aos serviços de saúde mental, organizando-se seja pela sua reivindicação, seja a partir de dispositivos já estabelecidos, muitas vezes com grande dependência destes e da atuação dos profissionais.

esse papel e seguir conciliando interesses opostos. As jornadas de junho de 2013 apontam para a eclosão de contradições sociais que não podiam mais ser abafadas. A classe se recolocava em movimento, a despeito da inexistência de um instrumento próprio que tornasse possível direcionar suas insatisfações para um novo projeto, mas indicava que não mais seria guiada pelo projeto que a conduzira até então. O ciclo democrático popular estava por ser encerrado, ainda que não se apresentasse no horizonte sinais de um novo ciclo. Abria-se um período de transição que se prolongaria como um novo período de sombras.

A crise política instaurada a partir de junho de 2013, misturada e agravada pela crise econômica, termina por romper o frágil equilíbrio pelo qual o Partido dos Trabalhadores ainda tentava se manter como garante do pacto social, em condições cada vez mais frágeis. A burguesia não guardaria gratidão pelos anos de serviços prestados aos representantes de classe que durante 13 anos se dispuseram a zelar pelos seus interesses.

Em 2015, bem no meio da crise política que caminhava para o golpe do impeachment de Dilma Rousseff, o Ministério da Saúde entra na barganha de cargos que, inutilmente, tentava conter a disposição golpista, sendo entregue ao PMDB. Nessa movimentação, o mais alto cargo da gestão das políticas públicas de saúde mental seria cedido a um representante dos interesses manicomial, pela primeira vez ao longo de cerca de 20 anos<sup>18</sup>. O episódio mobiliza intensamente o campo, que procura se mover bravamente, tentando se recolocar no cenário político. Várias manifestações são realizadas por todo o país sob o mote “Fora Valencius”, em muitas partes associadas aos atos “Abraça RAPS”. Em 15 de dezembro de 2015, a partir de uma iniciativa da Renila, é realizada uma ocupação da sala da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no prédio do Ministério da Saúde (PEREIRA, 2019). A ocupação, batizada como “Ocupação Valente”, foi sustentada com dificuldades mas valentia pela militância das duas organizações nacionais do movimento antimanicomial, em um dos momentos possivelmente de maior aproximação entre as mesmas desde a cisão.

A musculatura do movimento antimanicomial ainda era insuficiente, entretanto, diante da nova correlação de forças que se apresentava. Ainda que a movimentação seja uma importante demonstração de vida e também de força, não parece ser a partir das suas ações que os passos seguintes se desdobriam.

## Últimas considerações

O caminho entre a intencionalidade antimanicomial e as condições nas quais ela pôde se realizar apresenta como desfecho sínteses que

<sup>18</sup> Valencius Wurth fora diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi entre 1993 e 1998, maior hospício privado em funcionamento na América Latina.

talvez julgássemos improváveis. Serviços de saúde mental precarizados pela privatização, uma rede de atenção psicossocial da qual fazem parte novas formas de manicômio. O que seria, por suposto, precisamente o êxito das lutas do movimento, as inúmeras conquistas no plano institucional – legislativas, nas políticas públicas, construção de rede substitutiva etc. –, parece se processar num mesmo compasso à fragilização de sua força política e da capacidade de manter-se como motor de um processo de transformações. Certa drenagem para o aparelho de Estado, em seus diversos dispositivos, parece subtrair do movimento sua condição de organismo vivo na luta, comprometendo sua capacidade de ação.

A consolidação da reforma como direção da política pública parece se afirmar, assim, em um vetor contrário ao que acompanha o movimento social que a impulsionou, que minguava dramaticamente ao longo dos anos. O debate estratégico, neste curso, se esmaece significativamente. O movimento parece refluir à sua particularidade, retrocedendo a uma dimensão particular de ser *movimento*. Limita-se à (frágil) luta pelos direitos de cidadania de usuários dos serviços de saúde mental, sem qualquer referência à sociedade na qual essa luta se desenvolve, bem como aos seus limites. O horizonte de uma emancipação política cada vez mais recuada parece substituir definitivamente o de uma emancipação humana (MARX, 2009).

O balanço dessa trajetória se impõe hoje, a nossos olhos, prementemente. Longe de oferecer respostas prontas, aspiramos, com este artigo, ajudar a colocar questões que consideramos inescapáveis para esse balanço. Cientes de que seu enfrentamento só poderá se dar pelo ser da classe, em movimento, esperamos, assim, contribuir, modestamente, para esta engrenagem coletiva.

**Referências**

ALBRECHT, D. M. C. *Movimentos contra os manicômios e lutas de classes no Brasil e na Itália: (Um estudo sobre consciência e estratégia)*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, UFRJ, 2019.

BORGES, C. F. *Políticas de saúde mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à reforma psiquiátrica*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007, mimeo.

DANTAS, A. V. *Do Socialismo à Democracia: dilemas da classe trabalhadora no Brasil recente e o lugar da Reforma Sanitária brasileira*. 2014. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, UFRJ, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental em dados 3*. Ano I, n. 3, dez. 2006. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 31 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e dá outras considerações. 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html). Acesso em: 2 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de gestão 2011 2015*. Brasília: Ministério da Saúde, maio 2016. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 2 fev. 2016.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. 1. ed. Rio de Janeiro: Uerj, 2014.

COELHO, E. *Uma esquerda para o capital: crise do marxismo e mudanças no projeto político dos grupos dirigentes do PT (1979-1998)*. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, UFF, 2005.

DELGADO, P. G. C. *Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da lei 10.216/2001*. *Arquivos brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/ass\\_ets/csc/v16n12/19.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/ass_ets/csc/v16n12/19.pdf). Acesso em: 28 ago. 2018.

FONTES, V. *O Brasil e o capital-imperialismo: teoria e história*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

GRANEMANN, S. *Fundações estatais: projeto de estado do capital*. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *Saúde na atualidade: por um sistema*

único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

IASI, M. L. *As metamorfoses da consciência de classe – o PT entre a negação e o consentimento*. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

MANIFESTO EM DEFESA do CAPS Itapeva e do SUS. *Blog Frente Nacional contra a Privatização da Saúde*, 29 mar. 2013.

MARTINS, C. et al. *A estratégia democrático-popular: um inventário crítico*. Marília: Lutas anticapital, 2019.

MARTINS, R. C. A. *Saúde mental, economia solidária e cooperativismo social*. Políticas públicas de reconhecimento e acesso ao trabalho (2004-2013). Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Sociais, Departamento de Sociologia, UNB, 2014.

MARX, K. *Para a questão judaica*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MNLA. *In: ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL*, 9; *ENCONTRO DE USUÁRIOS E FAMILIARES DO MNLA: A LUTA ANTIMANICOMIAL E A INTERSETORIALIDADE NO CONTEXTO DO SUS*, 10. Angra dos Reis, 23-27 nov. 2011.

PEREIRA, M. O. *Mulheres e reforma psiquiátrica brasileira: experiências e agir político*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – ENSP/Fiocruz, 2019.

RENILA. Cadernos da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – Renila. Relatórios e outros documentos. *In: ENCONTRO DA REDE NACIONAL INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL*, 2. Relatório Final [...], jul. 2007.

RIETRA, R. C. P. *Inovac'ões na gestão em saúde mental: Um Estudo de Caso sobre o CAPS na Cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 1999.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). Dispositivos associativos e de luta no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas. *In: VASCONCELOS, E. M. Abordagens psicossociais, vol. II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

DOI: 10.12957/rep.2022.63479

Recebido em 01 de julho de 2021.

Aprovado para publicação em 06 de outubro de 2021.



A Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.