

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS**

**PATRICK GADBEN DE MACEDO ROCHA**

**DESVENDANDO A IDEOLOGIA ENVOLTA NA “NOVA” POLÍTICA  
NACIONAL DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: UMA INTERPRETAÇÃO PELA  
ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO**

**VARGINHA/MG**

**2025**

**PATRICK GADBEN DE MACEDO ROCHA**

**DESVENDANDO A IDEOLOGIA ENVOLTA NA “NOVA” POLÍTICA  
NACIONAL DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: UMA INTERPRETAÇÃO PELA  
ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Gestão Pública e Sociedade. Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elisa Zwick

**VARGINHA/MG**

**2025**

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas  
Biblioteca Campus Varginha

Rocha, Patrick Gadben de Macedo .

Desvendando a ideologia envolta na "nova" política nacional de saúde mental brasileira: uma interpretação pela Análise Crítica do Discurso / Patrick Gadben de Macedo Rocha. - Varginha, MG, 2025.

157 f. -

Orientador(a): Elisa Zwick.

Dissertação (Mestrado em Gestão Pública e Sociedade) - Universidade Federal de Alfenas, Varginha, MG, 2025.

Bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Políticas Públicas. 3. Análise Crítica do Discurso. 4. Ideologia. I. Zwick, Elisa, orient. II. Título.

PATRICK GADBEN MACEDO ROCHA

DESVENDANDO A IDEOLOGIA ENVOLTA NA “NOVA” POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: UMA INTERPRETAÇÃO PELA ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Gestão Pública e Sociedade.

Aprovada em: 08 de outubro de 2025.

Profa. Dra. Elisa Zwick

Presidente da Banca Examinadora

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Lidia Noronha Pereira

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Prof. Dr. Thiago Fontelas Rosado Gambi

Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Elisa Zwick, Professor do Magistério Superior**, em 09/10/2025, às 18:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1634342** e o código CRC **3A5D3BC9**.

---

Dedico esta dissertação a minha amada filha Maria  
Clara, hoje a razão absoluta da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Como não poderia deixar de ser, meu primeiro agradecimento é endereçado ao meu pai e à minha mãe. Sem eles passo algum eu teria alcançado na vida.

Um agradecimento especial à minha esposa, seu amor, apoio, compreensão e paciência foram fundamentais para a produção deste texto.

Agradeço o corpo docente da UNIFAL, essencial para a minha formação acadêmica e de contribuição indelével para este projeto.

Aos meus colegas de mestrado pelo suporte, solidariedade e incentivo ao longo da áspera jornada para concluir o programa do mestrado.

O meu principal agradecimento é à minha Orientadora, Dra. Elisa Zwick, quem sem sombra de dúvidas foi a pessoa mais determinante para que eu conseguisse desenvolver a pesquisa contida nas páginas a seguir. Profissional exemplar, a Dra. Elisa foi fundamental para a conclusão deste projeto, o meu mais sincero muito obrigado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## RESUMO

Essa dissertação aborda a temática da saúde mental e sua relação com os contextos sociais ao longo da história do Brasil. Especificamente, ela analisa essa questão em termos da ideologia que permeia as Políticas Públicas de Saúde Mental. Para realizar essa análise foi empregado o referencial teórico metodológico da Análise Crítica do Discurso (ACD), conforme formulação de Fairclough (2016). Complexas relações de poder e dominação atuaram historicamente no campo das políticas de saúde mental. Essas relações definiram o hospital psiquiátrico como projeto hegemônico de assistência pública em saúde aos doentes mentais, porém a função primordial destas unidades era a exclusão social (Amarante, 2017). Face a este panorama, movimentos sociais se constituíram e após décadas de lutas conseguiram conquistar uma Política Nacional de Saúde Mental baseada em preceitos técnicos e pautada nos direitos humanos (Brasil, 2001). Contudo, a partir de 2017 as agendas governistas reconduziram essa política ao seu paradigma manicomial hegemônico (Conselho Federal de Psicologia, 2017, 2019). Para examinar essa ação, a presente pesquisa se fundamentou na ACD para promover uma análise empírica qualitativa, de viés crítico, acerca da ideologia envolta na chamada “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (Brasil, 2019). O objetivo geral deste trabalho é examinar a ideologia existente nas alterações das normativas do Governo Federal que regem as Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil no período compreendido entre os anos de 2017 e 2019. Os objetivos específicos consistem em uma pesquisa documental sobre os discursos contidos na Portaria n. 3.588/2017, na Lei n. 13.840/2019 no pronunciamento do então Ministro da Cidadania Osmar Terra ao canal digital [www.gov.br](http://www.gov.br) acerca das Comunidades Terapêuticas e a análise destes discursos na perspectiva teórico metodológica da ACD (Fairclough, 2016). Os resultados obtidos a partir da ACD revelam que o discurso oficial do Governo Federal no período analisado contém uma ideologia que almeja a exclusão e segregação dos doentes mentais, operando com a intenção de assegurar relações de dominação, recuperando o projeto manicomial hegemônico.

Palavras-chave: saúde mental; políticas públicas; Análise Crítica do Discurso; ideologia.

## ABSTRACT

This dissertation addresses the theme of mental health and its relationship with social contexts throughout the history of Brazil. Specifically, it analyzes this issue in terms of the ideology that permeates Public Mental Health Policies. To conduct this analysis, the theoretical and methodological framework of Critical Discourse Analysis (CDA), as formulated by Fairclough (2016) was employed. Complex relations of power and domination have historically operated in the field of mental health policies. These relations defined the psychiatric hospital as the hegemonic project of public health care for the mentally ill, however, the primary function of these institutions was social exclusion (Amarante, 2017). In the face of this scenario, social movements emerged, and after decades of struggle, managed to achieve a National Mental Health Policy based on technical principles and grounded in human rights (Brazil, 2001). Nevertheless, starting in 2017, governmental agendas redirected this policy back to its hegemonic asylum paradigm (Conselho Federal de Psicologia, 2017, 2019). To examine this shift, the present research relied on CDA to carry out a qualitative, critical, empirical analysis of the ideology surrounding the so-called “Nova Política Nacional de Saúde” (Brasil, 2019). The general objective of this study is to examine the ideology present in the changes made to the Federal Government’s regulations governing Public Mental Health Policies in Brazil during the period between 2017 and 2019. The specific objectives consist of a documentary research on the discourses contained in Portaria n. 3,588/2017, Lei n. 13,840/2019, and the statement by the then Ministro da Cidadania Osmar Terra on the official digital platform [www.gov.br](http://www.gov.br) regarding Therapeutic Communities, followed by an analysis of these discourses from the theoretical and methodological perspective of CDA (Fairclough, 2016). The results obtained from the CDA reveal that the official discourse of the Federal Government during the period analyzed contains an ideology aimed at the exclusion and segregation of the mentally ill, operating with the intention of ensuring relations of domination and reviving the hegemonic asylum project.

Keywords: mental health; public policies; Critical Discourse Analysis; ideology.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Referencial de valoração do conceito de Ideologia .....	26
Quadro 2 – Componentes de Rede de Atenção Psicossocial .....	81
Quadro 3 – Subdivisão do processo de alteração das PPSM .....	88
Quadro 4 – Violações de direitos em Comunidades Terapêuticas .....	99
Quadro 5 – <i>Corpus</i> inicial da análise .....	114
Quadro 6 – <i>Corpus</i> definitivo da análise .....	115

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Série histórica dos CAPS entre 1998 – 2010 .....	75
Gráfico 2 – Série histórica dos CAPS entre 2011 – 2017 .....	85
Gráfico 3 – Série histórica dos Leitos Psiquiátricos 2007 – 2017 .....	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CONAD	Conselho Nacional das Políticas Sobre Drogas
CNDH	Conselho Nacional dos Direitos Humanos
CT	Comunidades Terapêuticas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DPU	Defensoria Pública da União
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBH	Federação Brasileira Hospitalar
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FPM	Frente Parlamentar Mista
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MC	Ministério da Cidadania
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MPU	Ministério Pública da União
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social

MTSM	Movimento do Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB	Norma Operacional Básica
OSC	Organização da Sociedade Civil
PGR	Procurador Geral da República
PL	Projeto de Lei
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PPSM	Políticas Públicas de Saúde Mental
PT	Partido dos Trabalhadores
PVC	Programa de Volta para Casa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REME	Movimento de Renovação Médica
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SARR	Serviço de Atenção em Regime Residencial
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SHR	Serviço Hospitalar de Referência
SISNAD	Sistema Nacional sobre Drogas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>IDEOLOGIA E LOUCURA .....</b>	<b>20</b>
2.1	SOBRE O CONCEITO DE IDEOLOGIA .....	21
2.2	A “LOUCURA” EM UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA .....	31
<b>3</b>	<b>AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....</b>	<b>42</b>
3.1	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: DO PERÍODO IMPERIAL ATÉ O INÍCIO DOS MOVIMENTOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL.....	44
3.2	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: DO INÍCIO DOS MOVIMENTOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL ATÉ A SANÇÃO DA LEI N. 10.216/2001 .....	56
3.3	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: A FASE PSICOSSOCIAL.....	68
3.4	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: A DESCARACTERIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL .....	87
<b>4</b>	<b>A ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO EMPREGADA PARA INTERPRETAR A IDEOLOGIA DA “NOVA” POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA .....</b>	<b>102</b>
4.1	A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA DA ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO .....	102
4.2	<i>CORPUS</i> DA ANÁLISE .....	111
4.3	ANÁLISE DE DADOS .....	116
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>141</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>147</b>

## 1 INTRODUÇÃO

“[...] diz Sócrates a Fedro que se a loucura fosse uma desgraça, os antigos não teriam chamado a ela própria e a profecia, a mais nobre das artes, pelo mesmo nome” (Frayze-Pereira, 2008, p. 39).

“O dia que minha mãe morreu foi um alívio, porque eu deixei de ser uma decepção”! Foi em 20 de abril de 2017 que escutei esta frase marcante, dita por uma psicótica, assistida pelo Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) onde à época eu trabalhava. Por ter formação acadêmica em Psicologia o fenômeno da loucura sempre despertou em mim inquietações. A frase destacada mostra todo o peso de viver em um mundo que lhe é hostil, que não reconhece que a loucura tenha um direito existir, ou ao menos de pertencer ao seio social, pois estamos inseridos em uma sociedade que segrega amplamente o fenômeno da loucura (Amarante, 2017; Foucault, 1988, 2003; Frayze-Pereira, 2008).

Partindo desta inquietação, a presente pesquisa visa discutir a problemática dos transtornos mentais em termos das ideologias contidas nas Políticas Públicas de Saúde Mental. Desde a fundação do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, em 1852, e da expedição da primeira legislação da República acerca da saúde mental, em 1890, nosso modelo assistencial para portadores de transtorno mental foi majoritariamente baseado na lógica hospitalocêntrica, e asilar (Amancio, 2012; Minas Gerais, 2007). Dessa maneira, o ímpeto de excluir a loucura, ou mais propriamente dizendo os classificados como loucos, encontra-se difundido no Brasil (Amarante, 2017).

A partir de 2001 este panorama passou a mudar de forma radical com a efetivação da Lei n. 10.216. Essa lei rompeu com o modelo assistencial até então praticado no país e redirecionou as Políticas Públicas de Saúde Mental para uma estratégia de tratamento de base comunitária (Brasil, 2001). Este novo modelo assistencial apresentou-se como uma proposta contra hegemônica ao revisar e reverter as práticas manicomiais, até então dominantes (Amarante, 2017). O portador de transtorno mental passou a ser assistido por uma rede de atenção em saúde, que o considerou de forma ética e humana, seguindo-se os princípios que alicerçam o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011). Com isso, alcançaram-se certos ideais preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, como sustentam Amancio (2012) e Amarante (2017).

Porém, a datar do ano de 2017 em diante a almejada consolidação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira sofreu um retrocesso. A centralidade do hospital

psiquiátrico voltou a ter força e as Políticas Públicas de Saúde Mental ingressaram em um contexto de descaracterização, desmonte e fragmentação, com claro retorno das ideias que dominaram o campo historicamente (Cardoso, 2023; Conselho Federal de Psicologia, 2017, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Montenegro *et al.*, 2020, 2022). Este panorama convoca aqueles que defendem os direitos dos portadores de transtornos mentais a produzirem pesquisas com vistas a compreender a mudança de direção dada a estas políticas, buscando revelar interesses hegemônicos que permeiam estes processos.

Visando compreender essa mudança de direção, nosso estudo ancorou-se no referencial epistemológico e metodológico da Análise Crítica de Discurso (ACD), tal qual proposta pelo linguista britânico Norman Fairclough em sua obra *Discurso e Mudança Social*. Para este autor o discurso deve ser estudado desde um ponto de vista histórico, em especial deve ser considerada a capacidade dialética do discurso de ser construído e construir a ordem social (Fairclough, 2016). Essa dinâmica construtiva do discurso está envolta por ideologias que talham complexas relações de dominação e reprodução social (Fairclough, 2016; Thompson, 2007).

Por conta desta configuração, a teoria de Fairclough (2016) pode ser articulada a concepção de ideologia proposta pelo teórico John Thompson. Na obra *Ideologia e Cultura Moderna*, Thompson (2007) considera que a ideologia é o emprego de signos (como o discurso) com vistas a estabelecer e reproduzir relações de dominação. Sendo assim, no interior dos discursos é possível examinar a ação das ideologias. Esse postulado possibilita investigar como o discurso foi capaz de influenciar nas políticas de saúde mental ao longo dos tempos. Seguindo este viés epistemológico pretendemos conduzir uma análise crítica sobre o componente ideológico da “Nova” Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2019).

Os interrogantes que movem esta pesquisa podem ser assim estabelecidos: Como podemos interpretar ideologicamente as alterações nas normativas do Governo Federal que regem as Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil no período compreendido entre os anos de 2017 a 2019? Especificamente falando da Política Nacional sobre Drogas, qual foi papel desempenhado por Osmar Terra, então Ministro da Cidadania, no processo de alteração da Lei n. 11.343/2006, para a Lei n. 13.840/2019 e a consequente legitimação das Comunidades Terapêuticas enquanto políticas públicas?

Temos como objetivo geral analisar, sob o viés da Análise Crítica do Discurso, a ideologia portada nas mudanças ocorridas nas Políticas Públicas de Saúde Mental, conduzidas pelo Governo Federal brasileiro no período compreendido entre os anos de

2017 e 2019. São objetivos específicos: (i) identificar alterações nas legislações que regem as Políticas Públicas de Saúde Mental na janela temporal de 2017 a 2019; (ii) realizar um levantamento de aspectos relevantes do discurso proferido por Osmar Terra (ex-Ministro da Cidadania) no canal eletrônico [www.gov.br](http://www.gov.br), acerca da relação entre as Comunidades Terapêuticas e a Política Nacional Sobre Drogas; e (iii) analisar os resultados obtidos nestas pesquisas à luz das categorias que elegemos com o emprego da Análise Crítica do Discurso.

O tema deste trabalho são as alterações nas Políticas Públicas de Saúde Mental ocorridas entre os anos de 2017 a 2019. De forma mais circunscrita, nosso objeto de pesquisa é a ideologia contida nestas alterações, bem como o envolvimento do Ministro Osmar Terra neste processo. Com isso, almejamos cobrir uma lacuna nas pesquisas acadêmicas sobre as Políticas Públicas de Saúde Mental brasileiras. Percebemos que o uso da perspectiva teórico metodológica da ACD (Fairclough, 2016) ainda é pouco empregada neste campo (Cardoso, 2023), tendo sido aqui eleita por se tratar de uma abordagem que nos auxilia a compreender criticamente as referidas alterações. Além disso, o ineditismo de nosso estudo reside no olhar que destinamos às alterações ocorridas na Política Nacional sobre Drogas e o papel desempenhado pelo discurso do então Ministro da Cidadania, Osmar Terra, no plano destas alterações.

É exatamente a análise sobre o discurso proferido por Osmar Terra no portal eletrônico [www.gov.br](http://www.gov.br), sobre a Política Nacional sobre Drogas, que confere a originalidade de nossa pesquisa. Essa questão pode ser certificada ao se examinar a revisão bibliográfica realizada por Cardoso (2023) em sua Dissertação de Mestrado. A pesquisadora também trabalhou o tema das alterações nas Políticas Públicas de Saúde Mental realizadas pelos governos Temer e Bolsonaro, sob a luz da análise de discurso.

Nessa revisão, Cardoso (2023) realizou um mapeamento do estado da arte acerca desta temática. Esse mapeamento identificou cinquenta e dois artigos científicos que tratavam sobre as alterações nas Políticas Públicas de Saúde Mental nos governos citados. Nenhum destes Artigos tinha por objetivo compreender o papel exercido por Osmar Terra nas dinâmicas políticas que alteraram, em especial, as políticas públicas sobre drogas. De qualquer maneira, a revisão de Cardoso (2023) muito nos auxiliou na construção de nosso texto e compreensão dos discursos envolvidos nas alterações das Políticas Públicas de Saúde Mental, dentro do contexto neoliberal vivenciado no Brasil.

Nossa justificativa do ponto de vista acadêmico reside na análise da ideologia que está envolta na chamada Nova Política Nacional de Saúde Mental que, no nível da

sociedade, permanece no terreno do não dito, daquilo que é oculto (Fairclough, 2016). Descobri-las nos leva a revelar cientificamente as relações de poder e a produção de controle social sobre a população perpetrada por agentes públicos. Considerando este panorama e visto que as Políticas Públicas de Saúde Mental carecem de resolução efetiva enquanto questão social, torna-se pertinente a condução de estudos neste domínio.

Enquanto relevância social, a exploração científica deste tema é necessária, pois considerando a epidemiologia, existe uma prevalência de vários transtornos mentais na população dos dias de hoje. Dados da *World Health Organization* (WHO, 2022), revelaram que, no ano de 2019, em nosso planeta, quase um bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental. Trazendo para a realidade brasileira, os dados não são muito diferentes. Olhando apenas o universo laboral, alguns indicadores chamam a atenção, como o fato de que os transtornos depressivos e de ansiedade representam a quinta e a sexta causas de anos vividos com incapacidade laboral (Fiocruz, 2020). O cenário atual indica uma escalada destes fenômenos, pois no ano de 2024 houve quase meio milhão de afastamentos laborais devido a problemas ligados a saúde mental do trabalhador, conforme apontam dados do Ministério da Previdência (Casemiro; Moura, 2025).

Ainda sobre a realidade epidemiológica brasileira, gostaríamos de considerar um extrato específico dos portadores de transtorno mental severo que historicamente foram alvo de graves violações de direitos, falamos dos esquizofrênicos ou popularmente chamados de loucos. O Brasil possui cerca de 1,6 milhão de esquizofrênicos que, se considerado somente o ano de 2020, receberam cerca de 175 milhões de atendimentos no SUS (Brasil, 2021). Esse dado por si só já denota a importância de serviços de saúde para garantia da assistência digna e qualificada a essa população. Poderíamos continuar enumerando estatísticas que demonstram os impactos que os transtornos mentais têm em nossa sociedade, mas acreditamos que estes breves exemplos já são suficientes para indicar a relevância social de pesquisas científicas nesta área.

Do ponto de vista profissional, a justificativa deste trabalho remete a uma trajetória que se iniciou em 2008 com longa atuação ligada às políticas de saúde mental, com destaque para alguns trabalhos que contribuíram para a construção deste texto. Entre os anos de 2013 e 2014 atuei como Psicólogo em um Programa do SUS chamado Consultório na Rua no município mineiro de Juiz de Fora. Este trabalho permitiu conhecer a realidade da população em situação de rua em uma grande cidade brasileira e diagnosticar como a ausência histórica de políticas de saúde mental qualificadas

contribuíram para a produção desta realidade. Na sequência, entre os anos de 2014 e 2016 trabalhei como Coordenador de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Baependi, também Estado de Minas Gerais. Este serviço público, dedicado em especial a pessoas com transtornos mentais severos, me mostrou a capacidade resolutiva dos equipamentos comunitários de saúde mental no que toca a sua assistência em saúde e garantia de direitos.

Por fim, de 2017 até 2024 trabalhei com as políticas setoriais de Assistência Social, um ano como Coordenador do CRAS e sete anos como Secretário Municipal de Assistência Social, na cidade de Caxambu, Minas Gerais. Nestes oito anos foi possível perceber a importância da intersetorialidade entre as políticas de Saúde e Assistência Social para assegurar uma assistência qualificada e integral aos portadores de transtornos mentais. A integração e complementariedade das ações em saúde e assistência social são fundamentais para extratos de maior vulnerabilidade social, como por exemplo, portadores de transtornos mentais severos com problemas ligados a renda e moradia. Essa trajetória profissional gerou em mim uma sensibilização sobre o tema que provocou o engajamento para esta pesquisa.

Além disso, trabalhar na política de Assistência Social, dentro desta janela temporal, possibilitou identificar algo muito precioso para este estudo, que foi a atuação do então Ministro Osmar Terra na alteração da Política Nacional de Saúde Mental. Este é um ponto nevrálgico desta pesquisa, conforme já mencionado. Como Gestor da pasta relativa a Assistência Social, acompanhei as mudanças de diretrizes do Ministério do Desenvolvimento Social, chefiado por Terra. Entre essas mudanças está a alteração da Política Nacional sobre Drogas, objeto deste estudo. Essas experiências me deram um arcabouço teórico que ensejou um pré-projeto de Mestrado, que após ser desenvolvido culminou nesta dissertação.

Com relação ao desenvolvimento, a dissertação está organizada em três seções identificadas pelos números 2, 3 e 4. A seção 2 traz uma definição do conceito ideologia, e também uma exposição sobre a relação entre a história ocidental e o fenômeno da loucura. A seção 3 retrata o campo das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil, considerado a partir da sequência histórica dos fatos, partindo do ano de 1852 e chegando ao ano de 2019. E a seção 4 visa a caracterização e operacionalização da Análise Crítica do Discurso na investigação da ideologia contida nas alterações das Políticas Públicas de Saúde Mental.

A seção 2 foi subdividida em duas subseções. A primeira trata de estabelecer um exame do conceito de ideologia, que serve como alicerce teórico para as discussões sustentadas na seção 4. Fairclough (2016) entende que a ideologia é uma construção da realidade social através do sentido conferido pelas práticas discursivas, que reproduzem relações de dominação. Neste aspecto, conforme mencionamos, ele toma emprestado o conceito desenvolvido por Thompson (2007), para quem a ideologia é o sentido mobilizado por formas simbólicas a serviço do estabelecimento e sustentação das relações de dominação. É a gênese conceitual da ideologia de Thompson (2007) que desenvolvemos na subseção 2.1.

A subseção 2.2 busca mostrar o fenômeno da loucura a partir de sua relação com o contexto social. Esta parte está fundamentada principalmente nas ideias de Foucault (1988, 2003), teórico quem esclareceu os processos de segregação da loucura, que se intensificaram a partir do Século XVII, e se estabeleceram enquanto práticas disciplinares no Século XVIII. A seção visa apresentar como o fenômeno da loucura, tal qual postula Amarante (2017), não possui um caráter apenas médico, mas antes político.

Dessa forma, o fenômeno se situa nas articulações do discurso científico, com a estrutura socioeconômica e política, em dado local, em certo momento histórico (Amarante, 2017). Essa articulação tornou a loucura objeto médico e a internação foi qualificada como terapêutica, promovendo o asilo a *locus* preferencial para assistência psiquiátrica (Frayze-Pereira, 2008). Não diferente de outras nações ocidentais, o Brasil adotou este referencial europeu de assistência aos portadores de transtornos mentais, quadro que pintamos na seção 3.

A seção 3 apresenta o campo das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil ao longo dos anos. Ele retrata como desde a formação do campo sua ideologia tendeu para a exclusão (Minas Gerais, 2007). A seção mostra que a escalada de violações de direitos dos portadores de transtornos mentais levou à insurgência de movimentos sociais que questionaram as práticas manicomiais vigentes, tornando possível, no início dos anos 2000, a criação de um sistema de tratamento em meio aberto, que prescindiu dos manicômios (Amarante, 2017). Contudo, a seção demonstra que no ano de 2017 houve uma reversão destes ideais, com o retorno maciço da lógica manicomial (Conselho Federal de Psicologia, 2017, 2019).

A estrutura da seção 3 é orientada a partir de uma cronologia com a seguinte disposição das subseções: 1) de 1852 até 1976 – do Brasil Império aos Governos Militares; 2) de 1976 até 2001 – da luta antimanicomial até a reformulação da assistência

pública em saúde mental; 3) de 2001 até 2017 – a fase das políticas de atenção psicossocial; 4) de 2017 até 2019 – a descaracterização da Política Nacional de Saúde Mental. Cada seção discute os aspectos de relevância para as Políticas Públicas de Saúde Mental em sua janela temporal.

A quarta seção contempla a Análise Crítica do Discurso e sua aplicação para a compreensão das mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, materializada nas Políticas Públicas de Saúde Mental. Dividido em três subseções, essa parte do trabalho vislumbra fundamentar a Análise Crítica do Discurso enquanto teoria, bem como utilizar seu método operacional na investigação do componente ideológico contido nas alterações da Política Nacional de Saúde Mental, no período histórico compreendido entre os anos de 2017 e 2019.

Na subseção 4.1 é realizada uma caracterização sucinta da teoria que envolve a Análise Crítica do Discurso, conforme a formulação de Fairclough (2016). Essa caracterização envolve esclarecer como opera o modelo de análise tridimensional elaborado por Fairclough (2016). Modelo que de acordo com Fairclough (2016) funciona a partir de uma análise do discurso que articula as suas três dimensões: o Texto; a Prática Discursiva e a Prática Social (macro análise baseada no conceito de ideologia). Assim, essa parte do nosso trabalho trata de um resumo dos postulados de Norman Fairclough que interessam à pesquisa desenvolvida nesta dissertação.

Na subseção 4.2 apresentamos a compilação do *corpus* de análise do nosso estudo, que é composto por: a) Portaria n. 3.588/2017; b) Lei n. 13.840/2019; c) Amostras do Discurso proferido pelo ex-Ministro da Cidadania Osmar Terra ao site oficial do Governo Federal ([www.gov.br](http://www.gov.br)) relativos a atuação das Comunidades Terapêuticas na Política Nacional Sobre Drogas. A subseção 4.3 contém a análise propriamente dita destes documentos que compõe o nosso *corpus*. Essa análise se baseará no modelo tridimensional conceituado por Fairclough (2016) com o objetivo de compreender a ideologia contida nos pontos levantados pela pesquisa.

## 2 IDEOLOGIA E LOUCURA

“O que se chama ‘doença mental’ é apenas loucura alienada, alienada nesta psicologia que ela própria tornou possível” (Foucault, 1988, p. 87).

O objetivo geral desta seção é fornecer um referencial teórico para pensar a questão da loucura (ou transtorno mental) articulada a uma concepção do constructo ideologia. Para tanto, subdividimos a seção em duas subseções, na primeira abordamos uma formulação teórica do conceito ideologia e, na segunda, localizamos a doença mental a partir de seu definidor sócio histórico.

Na primeira subseção apresentamos o estabelecimento que o sociólogo inglês John Thompson fez do conceito ideologia, presente em sua obra *Ideologia e Cultura Moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Essa conceituação ajuda a compreender a ideologia não apenas como grandes sistemas simbólicos, mas também como um amplo espectro de dinâmicas sociais que incluem relações de poder e dominação (Thompson, 2007).

Entendemos que essa formulação de Thompson é congruente enquanto substrato teórico para a investigação das práticas assistenciais em saúde direcionadas aos portadores de transtornos mentais. Além disso, essa conceituação foi adotada por Norman Fairclough para analisar as práticas sociais dentro de seu referencial teórico-metodológico, a *Análise Crítica do Discurso (ACD)*. Referencial este que assumimos como método para interpretar as Políticas Públicas de Saúde Mental brasileiras, assunto da seção 4. Com isso, essa primeira seção fundamenta o conceito de ideologia.

Na subseção 2.2 buscamos localizar a doença mental desde um referencial histórico. Esta exposição é feita principalmente em um diálogo com as ideias do filósofo francês Michel Foucault, quem teve o mérito de esclarecer como o fenômeno loucura se relaciona aos contextos histórico sociais. Dialogamos também com a caracterização da loucura realizada pelo professor de Psicologia Social da Universidade de São Paulo (USP), João Frayze-Pereira, autor que teve a habilidade de resumir em pontos essenciais (para o nosso propósito) a perspectiva foucaultiana a respeito do tema.

A subseção 2.2 visa demonstrar que a loucura se conecta intimamente com o tempo histórico e suas sociedades e, conseqüentemente, às suas ordens discursivas. Na emergente sociedade burguesa europeia, a relação entre o ordenamento jurídico, a medicina e o hospital, submeteu os portadores de transtornos mentais ao asilamento. Assim, a seção apresenta de forma sucinta essa operação, que culmina na segregação dos

portadores de transtornos mentais. Estes dois elementos, ideologia e transtorno mental, estão interconectados, pois para além do diagnóstico médico existem complexas relações de poder.

## 2.1 SOBRE O CONCEITO DE IDEOLOGIA

Nossa intenção nesta subseção é apresentar uma definição sobre o conceito de ideologia que possa ser articulada ao nosso objeto de pesquisa. O conceito de ideologia é complexo e controverso, e toda uma sorte de autores já se debruçaram sobre ele. Nesta dissertação, utilizamos como referencial teórico a formulação proposta por John Thompson, na obra *Ideologia e Cultura Moderna*. Nela, o sociólogo inglês estabelece um conceito de ideologia que considera as relações de poder e dominação dentro de determinados contextos sócio históricos (Thompson, 2007). Esta definição é retomada por Norman Fairclough (2016) para investigar efeitos ideológicos de discursos políticos. Este enfoque teórico serve bem à nossa pesquisa, na medida em que a relação entre as sociedades ocidentais “modernas” e a loucura se apresenta entremeadada de relações de poder e dominação.

Prévio à sua conceituação de ideologia, Thompson (2007) nos oferece uma vista sobre o percurso do desenvolvimento histórico do termo, que antes de ser um preciosismo teórico, se mostra como um percurso necessário para compreender possíveis conotações do sentido de ideologia. Neste percurso histórico, Thompson distingue duas categorias gerais a respeito do sentido de ideologia, uma neutra e outra negativa. A neutra se refere a uma concepção que caracteriza os fenômenos como ideológicos, sem que estes sejam ilusórios, enquanto isso, na concepção negativa o termo porta um sentido pejorativo, pois o fenômeno é caracterizado como algo que engana (Thompson, 2007). Vamos a elas.

Thompson (2007) aponta que o conceito de ideologia foi inicialmente formulado por Destutt de Tracy em 1796. De acordo com o autor, Tracy era um herdeiro dos ideais Iluministas, tendo conduzido o curso de Ciências Morais e Políticas no recém-criado Instituto Nacional, na França pós-revolução. O tema central da disciplina ministrada por Tracy foi a ideologia, sendo esta entendida desde seu sentido literal, ou seja, ideologia é para ele, antes de mais nada, uma Ciência das Ideias (Thompson, 2007). Assim, a ideologia seria uma ciência para compreender como conhecemos as coisas, se tornando a base para todo o conhecimento científico, visto que “Tracy argumentou que não podemos conhecer as coisas em si mesmas, mas apenas as ideias formadas pelas sensações que

temos delas” (Thompson, 2007, p. 45).

Tal qual é possível percebermos, o projeto de Tracy é bastante ambicioso, defendia ele que a ideologia deveria ser positiva, com utilidade prática e exata (Thompson, 2007). Apesar de Tracy vislumbrar a aplicação da ideologia para a dimensão social e política, seu projeto inicial se ateu à investigação das faculdades intelectuais, da lógica e da gramática. Segundo Thompson (2007), Tracy, e os “ideólogos” (seus companheiros no Instituto Nacional), eram partidários do republicanismo, fato que representava uma ameaça aos anseios autocráticos de Napoleão Bonaparte. Dessa maneira, quando Napoleão retornou do Egito vitorioso em 1799, a ideologia sofreu uma alteração no seu significado, ganhando, por assim dizer, um sentido lato.

Thompson (2007) nos informa que Napoleão visava desconstruir o projeto de Tracy, classificando a ideologia como uma “metafísica obscura”, objetivando dar uma conotação negativa ao sentido do termo. Assim, na visão de Napoleão, a ideologia era “uma doutrina especulativa abstrata, que estava divorciada das realidades do poder político” (Thompson, 2007, p. 46). Na medida em que se enfraquecia politicamente, Napoleão ampliava seus ataques à ideologia, condenando pensamentos religiosos e políticos como práticas ideológicas, bem como acusando os ideólogos de subversão do Estado e da Lei. O discurso sistemático de descrédito perpetrado por Napoleão sobre a ideologia e os ideólogos, com o tempo fez com que o termo ganhasse um sentido negativo, e de uso do senso comum. Extraímos um fragmento que exprime bem este resultado.

Ainda mais: à medida em que o termo “ideologia” escorregou para a arena política e foi jogado contra os filósofos por um imperador sob estado de sítio, o sentido e a conotação do termo começou a mudar. Deixou de se referir apenas à ciência das ideias e começou a se referir às ideias mesmas, isto é, a um corpo de ideias que, supostamente seria errôneo e estaria divorciado das realidades práticas da vida política. [...] A Ideologia como ciência positiva e eminente, digna do mais alto respeito, gradualmente deu lugar a uma Ideologia como ideias abstratas e ilusórias, dignas apenas de ridicularização e desprezo (Thompson, 2007, p. 47-48).

Neste ponto, temos, portanto, duas vertentes gerais de ideologia, uma a qual Thompson (2007) caracterizou como “neutra”, vinculada às formulações de Tracy, e outra, de conotação negativa a partir da apropriação do termo feita por Napoleão Bonaparte. Partindo desta dicotomia, em 1845 Marx promove uma atualização fundamental na discussão do conceito. Retomando a visão napoleônica negativa de ideologia, o filósofo alemão fornece ao conceito um instrumental crítico e um novo sistema teórico (Thompson, 2007). O termo é utilizado por Marx de formas diversas ao

longo de sua trajetória teórica, mas não é nosso objetivo discutir este conceito a partir das obras propriamente escritas por Marx, pois seria exaustivo e improficuo.

Nosso foco está na síntese proposta por Thompson (2007) e na maneira como o inglês se vale desta para formular seu próprio conceito de ideologia. Thompson (2007) sintetiza o pensamento de Marx acerca da ideologia localizando três contextos teóricos, os quais ele convencionou nomear como: a concepção polêmica; a concepção epifenomênica; e a concepção latente. Na sequência expomos resumidamente cada uma destas concepções.

A primeira concepção, de fundamentação marxista, envolve uma crítica feita à visão dos “jovens hegelianos”, e aparece no conhecido texto *A ideologia alemã* (Thompson, 2007). Nesta concepção, Marx, conjuntamente com Engels, retoma a noção napoleônica, mas o uso que ele faz do termo vai além daquele pretendido por Napoleão. Seguindo o uso da noção negativa elaborada por Napoleão, Marx e Engels classificam o pensamento dos jovens hegelianos como algo ideológico, no sentido de algo errôneo, equivocado, visando assim desacreditar o pensamento idealístico destes (Thompson, 2007).

O essencial desta crítica é o apontamento feito por Marx e Engels acerca da miopia dos jovens hegelianos com relação ao caráter sócio-histórico do mundo, e ao fato de que toda prática é um produto de condições materiais específicas. O erro aqui reside em tomar as ideias como causas e não como efeitos. Nesta primeira formulação, ideologia seria “uma doutrina teórica e uma atividade que olha erroneamente as ideias como autônomas e eficazes e que não consegue compreender as condições reais e as características da vida sócio-histórica” (Thompson, 2007, p. 51).

De acordo com Thompson (2007), esta formulação é suplantada na sequência dos trabalhos de Marx pela sua concepção epifenomênica de ideologia, sendo esta de caráter mais geral dentro da estrutura social e das transformações históricas. Ainda conservando o sentido de algo errôneo e ilusório, a novidade nesta concepção é considerar o papel desempenhado pelas classes dominantes neste processo. “Ideologia, de acordo com a concepção epifenomênica, é um sistema de ideias que expressa os interesses da classe dominante, mas que representa relações de classe de uma forma ilusória” (Thompson, 2007, p. 54). Dessa forma, a ideologia burguesa, enquanto ideologia representante das classes dominantes, posiciona-se no centro da cena, representando o mundo social conforme seus interesses particulares. No tocante à assistência em saúde em relação aos chamados “loucos”, esta operação fica muito clara conforme veremos na seção seguinte.

Por fim, Thompson (2007) sintetiza o que ele qualificou como a concepção latente, assim nomeada pois esta não se encontra claramente declarada nos escritos de Marx. Ao invés disto, foi depreendida pelo sociólogo inglês, o qual define que:

ideologia é um sistema de representações que servem para sustentar relações existentes de dominação de classes através da orientação das pessoas para o passado em vez de para o futuro, ou para imagens e ideais que escondem as relações de classe e desviam da busca coletiva de mudança social (Thompson, 2007, p. 58).

Esta concepção é valiosa para Thompson porque permite enxergar que as relações sociais podem ser sustentadas, assim como os processos de mudança social podem ser impedidos, através do uso de construções simbólicas. Este panorama o autor nomeou de “processo de conservação social” (Thompson, 2007, p. 59). Como veremos adiante, a conceituação de ideologia de John Thompson bebe desta fonte. Neste ponto, cabe ressaltar que esta definição desloca a compreensão da ideologia como algo que parte de uma abstração teórica, para entender como os símbolos são empregados dentro de determinados contextos histórico sociais (Thompson, 2007). Emerge deste deslocamento a convocação ao pesquisador em investigar as maneiras através das quais as formas simbólicas são utilizadas para estabelecer e sustentar certas relações sociais.

Possivelmente Marx foi o autor mais influente no desenvolvimento do conceito de ideologia e seu legado é indelével. Seguindo a tradição marxista, temos dois autores de considerável importância: Vladimir Ilyich Ulianov (popularmente conhecido como Lenin) e György Lukács. Thompson (2007) afirma que estes herdeiros da tradição marxista intentaram subtrair a conotação negativa do termo ideologia, via um “processo de neutralização do conceito”.

Thompson (2007) destaca o modo como Lenin reformula conceitualmente a ideologia. No contexto de polarização que a Rússia se encontrava na virada do Século XIX para o XX, Lenin visualiza a possibilidade de criação de uma “ideologia socialista”, que rivalizaria com a “ideologia burguesa” dominante. Neste modelo, a ideologia retoma sua conotação neutra, tal qual existia no projeto originário de Tracy, mas certamente encerrando um significado diferente. Na perspectiva do estadista russo, a ideologia socialista deveria ser elaborada por intelectuais, pessoas externas ao proletariado, as quais poderiam compreender as exigências desta tarefa desde uma visão exterior e global (Thompson, 2007). Aqui o termo ideologia renova seu sentido, remetendo a um projeto social que advoga pelos interesses da classe proletária.

De forma similar, temos o traçado teórico de Lukács, que sublinhou a relevância da “ideologia do proletariado” para o êxito da revolução, bem como a necessidade de uma organização externa ao proletariado para conceber tal ideologia (Thompson, 2007). Dentro deste novo quadro conceitual há uma generalização, “de tal modo que ‘ideologia’ se refere às ideias que expressam e promovem os respectivos interesses das principais classes engajadas no conflito” (Thompson, 2007, p. 64). Há um ceticismo nas palavras de Thompson (2007) relativo aos modelos de Lenin e de Lukács, pois ambos carecem em considerar um aspecto fundamental assinalado por Marx, a assimetria de poder existente entre a classe dominante e as demais.

Por último, Thompson (2007) analisa a obra de Manheim que, segundo ele, é o primeiro esforço fora do marxismo para sistematizar uma definição neutra de ideologia, que a relacionava ao estudo das condições sociais dos atos de pensar e conhecer, é a vertente da chamada “sociologia do conhecimento”. Na obra de Manheim, temos dois momentos teóricos no tocante à ideologia. No primeiro momento, Manheim se inspira no projeto de Tracy, mas este articulado à lógica marxista, entendendo a ideologia como a estrutura global mental de determinado contexto sócio histórico, ou dito de outra maneira, a cosmovisão de uma época (Thompson, 2007). Para Manheim, nesta primeira versão, ideologia “pode ser tomada como os sistemas interligados de pensamento e modos de experiência que estão condicionados por circunstâncias sociais e partilhados por grupos de pessoas” (Thompson, 2007, p. 67).

Em sua segunda formulação, Manheim abandona sua concepção neutra, propondo uma que possui um viés negativo. Aqui Manheim estabelece uma relação de incongruência entre a ideologia e a realidade, em que as ideias e condutas esboçadas teoricamente não se consolidam na realidade prática. Nesta perspectiva, “as ideologias são ideias discordantes da realidade e não concretizáveis na prática” (Thompson, 2007, p. 69).

Neste ponto, chegamos ao entroncamento final desta gênese histórica do conceito de ideologia, na qual podemos identificar esquematicamente (Quadro 1) essa valoração (neutro/negativo) dada pelos autores apresentados acerca do conceito, situando-os em dois eixos distintos.

Quadro 1 – Referencial de valoração do conceito de Ideologia

<b>Concepções neutras</b>	<b>Concepções negativas</b>
Destutt de Tracy	Napoleão
Lenin	Marx 1
Lukács	Marx 2
Manheim 1	Marx 3
	Manheim 2

Fonte: Thompson (2007, p. 74), adaptado pelo autor.

Tal qual exposto no começo desta seção, delinear este caminho conceitual da ideologia não se deveu a um preciosismo teórico, mas sim para demonstrar a pluralidade de sentidos que o termo adquiriu, assim como a raiz destes sentidos. Mais ainda, foi sopesando a contribuição dos autores apresentados que Thompson pôde formular sua própria versão de ideologia, a qual ele qualificou como “versão alternativa”. Essa é uma versão crítica, pois foge das concepções neutras apresentadas, para se alinhar com as perspectivas que entendem a ideologia como algo negativo. Doravante expomos sucintamente esta formulação.

Thompson (2007) desenvolveu uma nova conceituação de ideologia, uma que se inspira nas definições apresentadas, mas sem se conectar em particular com nenhuma das mesmas. O autor deixa claro que sua versão de ideologia está ancorada em pressupostos próprios, tratando-se de uma concepção que possui um enfoque capaz de analisar concretamente os fenômenos sócio históricos. O interesse de sua pesquisa jaz em investigar a maneira como as formas simbólicas se articulam com as relações de poder. Por conta desta asseveração, convém esclarecer o significado de formas simbólicas, que é central nesta teoria.

Por “formas simbólicas”, eu entendo um amplo espectro de ações e falas, imagens e textos, que são produzidos por sujeitos e reconhecidos por eles e outros como construtos significativos. Falas linguísticas e expressões, sejam elas faladas ou escritas, são cruciais a esse respeito. Mas formas simbólicas podem também ser não-linguísticas ou quase-linguísticas em sua natureza (por exemplo, uma imagem visual ou um construto que combina imagens e palavras) (Thompson, 2007, p. 79).

Em suma, o conceito se refere aos possíveis signos comunicativos que existem dentro dos diversos sistemas culturais. É através do emprego destes signos que construímos dinamicamente nossa realidade. Essa construção expressa relações de poder que operam o mundo social dentro de contextos históricos específicos. É levando em conta essas variáveis (o uso das formas simbólicas, as relações de poder, e os contextos

sócio históricos) que John Thompson elabora a sua versão conceitual do constructo ideologia.

Vamos destinar nosso olhar para a definição operacional desta versão conceitual. Segundo Thompson nós devemos: “conceitualizar ideologia em termos das maneiras como o sentido, mobilizado pelas formas simbólicas, serve para estabelecer e sustentar relações de dominação” (Thompson, 2007, p. 79). Importante acrescentar a este fragmento que estas relações de dominação devem obrigatoriamente ser consideradas a partir dos contextos sócio históricos onde estão inseridas.

Para garantir maior clareza à sua formulação teórica, o sociólogo pontua que o verbo “estabelecer” deve ser compreendido como o emprego do sentido simbólico, ou das formas simbólicas, para instituir uma relação de dominação. Enquanto que, dentro de sua concepção, “sustentar” significa a manutenção e reprodução das relações de dominação previamente estabelecidas, através do uso das formas simbólicas (Thompson, 2007). É baseado neste conceito de ideologia que visamos analisar a forma como os portadores de transtornos mentais se tornaram historicamente um grupo submetido a interesses dominantes.

De acordo com Thompson (2007) duas ressalvas importantes devem ser feitas com relação a esta conceituação. Primeiro, nem todo uso das formas simbólicas é ideológico, isso acontece apenas quando o intuito deste uso é estabelecer ou sustentar relações de dominação, dentro de contextos históricos e sociais específicos. Essa ressalva permite que existam uma série de intercâmbios comunicacionais, troca de informações de inúmeros tipos, sejam entre pessoas ou organizações, sem que estas portem necessariamente um cunho ideológico. Dessa forma, cabe ao pesquisador interessado na temática, desenvolver a habilidade para identificar quando o uso das formas simbólicas se caracteriza como ideológico ou não. Segundo, a ideologia não é a única forma de estabelecer e sustentar relações de dominação, uma série de outros fatores podem, obviamente, se configurar como aparatos de dominação, sendo a ideologia apenas um deles.

Retomando a perspectiva epistemológica proposta por Thompson, temos sinteticamente que a ideologia funciona via o emprego de formas simbólicas, que objetivam estabelecer/manter relações de poder/dominação em tempos históricos circunscritos. Desta concepção já elucidamos a questão das formas simbólicas. Importante agora tecer algumas considerações sobre as relações de poder e dominação constantes na proposta.

Inspirado pelo referencial marxista contido na concepção latente de ideologia, Thompson (2007) postula que a ideologia é o sentido a serviço do poder, operando em relações em que encontramos desigualdades na distribuição deste poder. Mas enquanto o foco de Marx é direcionado à questão das classes sociais, o referencial de Thompson considera as mais diversas interações sociais onde encontramos assimetrias de poder. Dessa mesma forma, este referencial evita a cilada teórica de conceber a ideologia apenas como grandes sistemas simbólicos, tais como o conservadorismo, o capitalismo, o comunismo, assim como outros ismos (Thompson, 2007).

Neste modelo, é possível analisar não apenas as relações entre classes sociais, mas vastas relações que possuem assimetrias de poder na sociedade, onde as ideias dominantes talham o sentido destas relações, garantindo o *status* de subordinação de um grupo ante outro. Assim, temos a relação entre os sexos, entre grupos étnicos, entre indivíduos e o Estado, entre os Estados Nação, enfim toda uma sorte de eixos onde a desigualdade de poder implica em relações de dominação e subordinação (Thompson, 2007). Pensando a partir deste viés epistemológico, os portadores de transtornos mentais certamente podem ser classificados como um grupo que, estigmatizado, foi subordinado aos interesses de um grupo dominante (tema da próxima seção).

Tal qual explicitado, a ideia de poder e de dominação é parte fundamental desta teoria. Para definir o constructo poder, Thompson (2007) utilizou uma noção geral, na qual o poder é entendido como a capacidade de realizar ações que visem seus próprios interesses, bem como a possibilidade de interferir no curso dos eventos históricos para atingir objetivos próprios. O exercício do poder por parte de determinados grupos leva, portanto, a uma situação de dominação.

Podemos falar de “dominação” quando relações estabelecidas de poder são “sistematicamente assimétricas”, isto é, quando grupos particulares de agentes possuem poder de uma maneira permanente, e em grau significativo, permanecendo inacessível a outros agentes, independentemente da base sobre a qual tal exclusão é levada a efeito (Thompson, 2007, p. 80).

Apoiado nesta premissa, Thompson (2007) nos diz que a ideologia é, por natureza, hegemônica. Isto é, ela representa os interesses dos grupos hegemônicos, os quais acabam por determinar a realidade social, naturalizando a mesma conforme seus interesses particulares. Dessa maneira, a ideologia é um aparato de dominação onde o mais poderoso é quem opera o sistema. Esta teorização é preciosa para nossa pesquisa, pois conforme veremos na próxima seção, a subordinação dos doentes mentais aconteceu através deste

cenário de assimetria sistemática de poder.

Um ponto relevante deve ser observado no que diz respeito a esta, digamos, “qualidade” da ideologia em representar os interesses hegemônicos. Se a ideologia se refere às ideias dominantes, como podemos compreender dentro deste modelo algo como a ideologia socialista de Lenin, ou a do proletariado de Lukács? A resposta fornecida por Thompson a esta pergunta é que estas perspectivas devem ser classificadas como “formas incipientes da crítica da ideologia” (Thompson, 2007, p. 91). Estas se conformam como projetos que antagonizam as práticas dominantes, e buscam transformar o *status quo*. É dentro desta categoria que incluímos, por exemplo, as propostas de assistência aos portadores de transtorno mental contidas na Reforma Psiquiátrica Brasileira e na fase das Políticas Públicas de Saúde Mental de caráter psicossocial (tal qual veremos na seção 3).

Resta agora tecer algumas considerações a respeito do contexto sócio histórico onde as formas simbólicas são articuladas com as relações de dominação. Tempo e espaço são fatores determinantes na realidade social, pois cada localização geográfica e cada época histórica possuem suas normas, regras, convenções, instituições, relações sociais, enfim, todo um conjunto cultural próprio. Assim, o contexto histórico e geográfico estabelece o que é possível conhecer, como é possível conhecer, o que pode ou não ser dito em cada época (Fairclough, 2016). Isto nos remete ao conceito de *Zeitgeist*, termo alemão que pode ser traduzido como espírito do tempo, que caracteriza as ideias de cada tempo, suas lógicas intelectuais, culturais, econômicas, em síntese, a maneira como cada sociedade se comporta em cada momento histórico.

Concluída a exposição do conceito de ideologia formulado por Thompson, nosso interesse se direciona em articular essa teorização com a proposta de Norman Fairclough sobre o discurso e as transformações sociais. A respeito da teoria de Fairclough, a Análise Crítica do Discurso, um exame mais detalhado será apresentado na seção 4, mas é importante, neste momento, contemplar o raciocínio de Fairclough (2016) sobre o conceito de ideologia elaborado por John Thompson, o qual ele retoma.

Fairclough (2016) afirma que a sua proposta de análise do discurso está centrada no conceito de ideologia, bem como no de hegemonia, como um modo de dominação que estabelece o *continuum* entre grupos hegemônicos *versus* grupos subordinados. Novamente enxergamos nesta base teórica um terreno fértil para analisar as condições de subordinação dos portadores de transtornos mentais a grupos dominantes. Eis a conceituação de Fairclough:

Entendo que as ideologias são significações/construções da realidade (o mundo físico, as relações sociais, as identidades sociais), que são construídas em várias dimensões das formas/sentidos das práticas discursivas e que contribuem para a produção, a reprodução ou a transformação das relações de dominação. (Tal posição é semelhante à de Thompson (1984, 1990), de que determinados usos da linguagem e de outras “formas simbólicas” são ideológicos, isto é, os que servem, em circunstâncias específicas, para estabelecer ou manter relações de dominação). As ideologias embutidas nas práticas discursivas são muito eficazes quando se tornam naturalizadas e atingem status de “senso comum” (Fairclough, 2016, p. 122).

Esse fragmento, extraído da obra *Discurso e Mudança Social*, deixa claro o alinhamento das posições teóricas acerca da ideologia entre Thompson e Fairclough. Ambos consideram a importância da linguagem enquanto componente central da vida social, enfatizando o papel da ideologia nos processos de reprodução social encontrados nas civilizações modernas (Thompson, 2007; Fairclough, 2016). A forma simbólica analisada pelo professor inglês é o discurso, sendo este entendido na maneira tradicional utilizada pelos linguistas, na qual o termo remete ao uso da linguagem. Fairclough (2016, p. 94) propõe que este uso deva ser considerado uma forma de “prática social”, que implica em uma maneira das pessoas representarem o mundo, agirem sobre ele e sobre outras pessoas. Olhando para este panorama, Fairclough (2016) salienta que a prática social possui inúmeras orientações, como a política, a econômica, a cultural, e a mais importante para o caso de nosso estudo, a ideológica.

A investigação da ideologia no interior dos discursos torna-se uma realidade dentro da proposta da Análise Crítica do Discurso (ACD). Neste sentido, Fairclough (2016) postula que é possível focalizar os efeitos ideológicos do discurso, dando ênfase em como o discurso contribui para: construir identidades sociais; construir relações sociais entre as pessoas; e construir sistemas de conhecimento e crença. Este quadro conceitual nos fornece múltiplas e variadas condições de análises acerca do universo social. Incluso nestas possibilidades, temos a pesquisa sobre os efeitos ideológicos constantes em discursos de autoridades políticas relativos à assistência em saúde dos portadores de transtornos mentais (objeto de análise deste estudo, vide seção 4). O horizonte de análise traçado por Fairclough (2016) permite, portanto, integrar ideologia, discurso (formas simbólicas) e política.

O discurso enquanto prática política estabelece, mantém e transforma relações de poder e as entidades coletivas (classes, blocos, comunidades, grupos) entre as quais existem relações de poder. O discurso enquanto prática ideológica constitui, naturaliza, mantém e transforma os significados do mundo de posições diversas nas relações de poder (Fairclough, 2016, p. 98).

O trecho sintetiza a premissa teórica desta dissertação sobre a ideologia, que é o alicerce conceitual de nossa análise. A intenção nesta seção inicial foi a de apresentar o conceito de ideologia ao qual nossa dissertação se alinha. Conforme pudemos perceber, mais de um sentido foi associado ao termo, conotações neutras e negativas foram aplicadas, o que faz com que a gênese histórica do conceito confira uma polissemia ao mesmo. Partindo desta polissemia, Thompson (2007) formulou uma versão da ideologia na qual se repensam as relações de poder e de dominação a partir do uso das formas simbólicas. Este postulado descortina um amplo universo em pesquisa social, que serve como referencial teórico congruente com a perspectiva teórico-metodológica da ACD elaborada por Fairclough (2016).

## 2.2 A “LOUCURA” EM UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Nosso objetivo nesta subseção é realizar breves considerações sobre a questão da loucura desde uma perspectiva histórica, sem a pretensão de submeter o tema a uma análise exaustiva. Trata-se de uma exposição sintética, que visa contextualizar o fenômeno da loucura e sua relação com a sociedade burguesa ocidental. Esta exposição é feita principalmente em um diálogo com as ideias do filósofo francês Michel Foucault, a quem o tema da loucura sempre foi muito caro. Dialogamos também com caracterização da loucura realizada pelo professor de Psicologia Social da Universidade de São Paulo (USP), João Frayze-Pereira, autor que teve a habilidade de resumir em pontos essenciais (para o nosso propósito) a perspectiva foucaultiana a respeito do tema. Outros autores também contribuem com nossa dissertação, quando de sua pertinência ao tema.

Nos referimos a uma perspectiva histórica, e não a perspectiva histórica, na medida que não é nosso objetivo realizar um extenso percurso ao longo da história da loucura, ou caracterizar as nuances da temática ao redor do mundo, ou ainda, arbitrariamente assumir que existe uma narrativa definitiva que reúna toda a história da loucura. Tampouco pretendemos discutir o fenômeno desde um viés epistêmico médico/biológico, que aborde a questão a partir da nosologia psiquiátrica. Nosso propósito reside em considerar alguns pontos no curso da história moderna ocidental que determinaram a maneira como nossa sociedade se comporta ante a loucura. Mais precisamente, trataremos do comportamento de exclusão da loucura.

Foucault (1988) situa o fenômeno da loucura sócio historicamente, permitindo-nos compreender o mesmo para além do determinante racional-científico definido pela

psiquiatria. Segundo Foucault (1988), a “doença mental” só tem realidade e valor de doença quando ela é reconhecida no interior de um sistema cultural. Considerando este pressuposto, é possível arguir acerca do componente ideológico que permeia o fenômeno da loucura.

Façamos uma consideração conceitual inicial sobre o que é a loucura. Frayze-Pereira (2008, p. 9-10) reúne sete amplas significações a respeito do termo: 1) perda de consciência de si sobre o mundo; 2) uma doença física; 3) um distúrbio orgânico; 4) distúrbios emocionais que geram desajustamento do indivíduo na sociedade que vive; 5) desvio de comportamento em relação ao padrão social sancionado; 6) uma fuga da realidade para um mundo interior; 7) a rejeição do mundo pré-moldado socialmente.

Neste estudo adotamos a compreensão sobre a loucura que se alinha em direção ao item 5, entendendo que padrões sociais hegemônicos de determinado momento histórico social marginalizaram o fenômeno da loucura, negando a esta as possibilidades de manifestação no interior do corpo social. Enquadrar uma pessoa na loucura perpassa pelo diagnóstico do descumprimento no tocante a condutas sociais moralmente aceitáveis. Aqui podemos identificar um daqueles eixos de assimetria de poder mencionados na seção anterior, pois a criação e subsequente diferenciação do par normal/anormal de comportamentos sociais/psicológicos, possibilitou uma relação de dominação, na qual a sociedade burguesa subjugou a loucura aos seus desígnios.

Conforme afirmou Foucault (1988) de maneira categórica, foi em um passado recente que o mundo ocidental conferiu à loucura uma denominação de doença mental. Pode-se atribuir a data de 1801, com a publicação da obra “Tratado médico-filosófico sobre alienação mental ou mania”, por Philippe Pinel, como momento de surgimento da psiquiatria moderna e captura da loucura enquanto categoria psicopatológica (Desviat, 2015). No entanto, antes deste momento, Foucault (1988) define a experiência da loucura no Ocidente como “polimorfa”, identificando que a compreensão da doença mental passou por diversas fases dentro da história europeia.

Foucault (1988) conta que, na antiguidade, as doenças eram explicadas como resultantes da ação sobrenatural, até que por volta de 600 a.C., quando um novo modelo explicativo é proposto pelos filósofos gregos, trazendo consigo a ideia organicista da loucura. Ele atesta que, de modo geral, até o começo da Idade Média o tratamento dispensado era de apoio e conforto aos doentes mentais, e exemplifica este panorama indicando que nos séculos XV e XVI o fenômeno da loucura gozava de certa liberdade, e sua presença nas relações sociais cotidianas era uma realidade. Mas na transição da

Idade Média para a Idade Moderna, Foucault (1988) aponta que houve uma mudança radical desses conceitos e o doente mental passou a ser submetido a uma “nova ordem”, por assim dizer. Dessa forma, o tratamento antes humanitário foi convertido em espancamentos, privações, tortura generalizada e indiscriminada, aprisionamento dos doentes, além de outras medidas correlatas. Surge, portanto, o tratamento alienista e o tratamento de cunho moral (Desviat, 2015).

Frayze-Pereira (2008), apoiando-se na exposição de Foucault, apresenta de uma forma bem didática e sintética a “gênese da loucura” na Europa, desde uma referência com a orientação a partir de marcos cronológicos. Transcrevemos a seguir:

Em linhas gerais, podemos esquematizar essa gênese da loucura segundo três momentos: 1) um período de liberdade e de verdade que inclui os últimos séculos medievais (principalmente o século XV) e o século XVI; 2) o período da “grande internação”, que abrange os séculos XVII e XVIII; e 3) a época contemporânea, após a Revolução Francesa, quando cabe à Psiquiatria a tarefa de lidar com os loucos que abarrotam os asilos. No que diz respeito a esse ramo da Medicina, essa história permite demonstrar que as práticas de internação clássicas (séculos XVII e XVIII) se prolongam nas práticas de hospitalização contemporâneas (séculos XIX e XX) (Frayze-Pereira, 2008, p. 48-49).

Esta organização temporal proposta é deveras elucidativa para compreender o fato de que a loucura possui uma significação baseada na temporalidade, no momento histórico, ou nas ordens discursivas pertinentes a cada época (Foucault, 2003). Outro ponto importante contido no fragmento é o indicativo de que a psiquiatria herda as práticas assistenciais asilares dos séculos XVII e XVIII, ancorando-se antes em práticas disciplinares do que propriamente terapêuticas.

Dessa forma, as medidas de internação se relacionavam com a administração do controle social e não da medicina, sendo o hospital um local primordialmente orientado para confinar e não para tratar os enfermos (Foucault, 1988). A discussão da loucura aqui é considerada a partir deste viés, no qual os efeitos de um período sócio histórico específico, composto por uma sociedade específica (burguesa), determinaram o lugar da loucura na sociedade, tornando assim os loucos um grupo subordinado a interesses hegemônicos.

Um marco histórico fundamental ocorre no século XVII, quando passam a surgir na Europa os hospitais para os excluídos socialmente, grupo constituído pelos doentes mentais, criminosos, mendigos, inválidos, entre outros grupos marginais (Desviat, 2015; Foucault, 1988). Embora a loucura tivesse passado do campo mitológico para o âmbito médico, ainda a medicina não tinha elementos para defini-la tecnicamente, elucidada

Foucault (1988). Mas esta realidade não apresentou um impedimento para que o controle do corpo dos chamados doentes mentais fosse estabelecido. Assim, no século XVII, “o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão” (Foucault, 1988, p. 78). Esta operação é garantida via a inauguração, em toda a Europa, de instituições vocacionadas para a internação. Este período representa aquilo que Foucault (2003) definiu como o grande enclausuramento, ou a grande internação.

O projeto burguês, como bem descrito por Foucault (1988), construiu desde o Século XVII, a ociosidade como um pecado por excelência. Esta construção tem uma visada de eliminar/segregar todos que se encontram incapazes de participar da ordem produtiva, e neste quesito o hospital desempenhou um papel crucial. Na mesma linha, corrobora Desviat (2015), para quem a medida de enclausuramento de indivíduos nos hospitais seria uma resposta à desorganização social e à crise econômica na Europa do Século XVII.

Desviat (2015) pontua que o hospital nasce vinculado aos interesses da ordem monárquica burguesa. Frayze-Pereira (2008) adiciona que a instituição da internação surge ante o problema social criado pela pobreza, incluso neste problema estão os loucos, que seriam uma espécie de “representante ideal” da miséria, dada sua incapacidade para o trabalho (na lógica burguesa) e dificuldades de integração grupal. Levando em conta esta situação, Foucault (1988) postula que o internamento do louco foi desde suas origens ligado à reestruturação burguesa do espaço social.

Criam-se (e isto em toda Europa) estabelecimentos para a internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de alteração (Foucault, 1988, p. 78).

O importante a destacar neste extrato é que a administração da internação possui uma meta que se relaciona mais com o controle da ordem social burguesa, do que com o projeto terapêutico e a assistência aos chamados loucos. Dessa maneira, o nascimento do hospital encontra-se muito mais fixado na lógica segregativa do improdutivo, do que pautado em uma assistência médica e em saúde de qualidade. Desviat (2015) contribui no esclarecimento deste ponto, assinalando o papel desempenhado pela internação hospitalar na pretensão absolutista de ocultar a miséria. Para ilustrar a situação, Desviat

(2015) cita o fato do Hospital Geral de Paris (*Salpêtrière*) possuir por volta de oito mil internos em 1656, época em que a cidade contava com cerca de quinhentos mil habitantes (o que revela um percentual significativo da população sob condição de internação).

Conforme delineado por Frayze-Pereira (2008), o que se assistiu neste período foi um conjunto de instituições para dominar a loucura, confinando-a ao silêncio. Seguindo esta lógica, Foucault (1988) pontua que o internamento é um sistema idealmente fechado em si mesmo, o que nega à loucura a possibilidade pertencer ao mundo da *pólis*, de ter sua presença no corpo social e na cultura. Frayze-Pereira (2008) evoca uma fala do artista Antonin Artaud (personagem que ficou asilado por nove anos em um hospício na França) para expor esta situação. Segundo Artaud, o louco é aquele quem a sociedade não quis ouvir (Frayze-Pereira, 2008).

Retomando a questão do padrão social sancionado, de acordo com Canguilhem (2007), a medicina ancorada na tradição fisiologista de Claude Bernard, estabeleceu parâmetros de avaliação que foram definidos a partir do conceito normal/anormal. Esta tradição é calcada na racionalidade científica inaugurada por Descartes (2001), fundamentada em sua célebre obra *Discurso do Método*. Canguilhem (2007) demonstra certa preocupação com a aplicabilidade conceitual do par normal/anormal na abordagem das ciências médicas que, segundo o autor, mais que uma ciência, a medicina seria uma técnica que reuniria várias ciências, condição que torna essa ambição cartesiana mais difícil de ser alcançada. O autor reflete sobre como o normal remete aos padrões sociais normativos, às regras, à ordem, cabendo à medicina científica e à figura do médico a classificação dos indivíduos dentro deste modelo.

Ponderando sobre esta questão, Frayze-Pereira (2008) afirma que seria impossível definir a loucura por si mesma, ou isoladamente, e que assim esta definição seria sempre relacional. Pensado dentro desta lógica ele sacramenta: “O anormal é uma relação: ele só existe na e pela relação com o normal. Normal e anormal são, portanto, termos inseparáveis” (Frayze-Pereira, 2008, p. 22). Se valendo das teorizações de Canguilhem e Foucault, o Psicólogo enfatiza que a ideia de doença é variável conforme variam os costumes de determinada sociedade (Frayze-Pereira, 2008). Isto implica em dizer que o afastamento do padrão cultural é parâmetro para balizar o que é a doença: “cada sociedade forma da doença um perfil que se desenha através do conjunto das possibilidades humanas enfatizadas ou reprimidas culturalmente” (Frayze-Pereira, 2008, p. 27).

Para exemplificar esta asseveração, Frayze-Pereira (2008) relata o caso dos *Shasta*, tribo indígena da Califórnia, na qual o ritual de transe dos indivíduos possui

prestígio e importância social, enquanto um comportamento deste teor em nossa sociedade seria possivelmente classificado como esquizofrenia, e passível de internação em um hospital psiquiátrico. O professor da USP recorre ao escritor marroquino Jelloum, que evidenciou como culturas africanas associavam a loucura à sabedoria, sendo o louco um “eleito de Deus e da Verdade” (Frayze-Pereira, 2008, p. 42). Se observamos os relatos de Evans-Pritchard (2005) acerca dos Azande, ou de Castaneda (1975) e seus registros de campo sobre o *brujo* Don Juan, podemos também verificar situações correlatas. Enfim, uma série de outros exemplos similares estão disponíveis na literatura antropológica e etnográfica, o que aumenta a credibilidade desta visão a respeito da doença mental e sua relação com o contexto histórico social.

Para Frayze-Pereira (2008, p. 23), esta relação entre psicopatologia e sociedade define uma verdadeira “Etnopsiquiatria”, pois a questão do sintoma mental foi estabelecida em tom comparativo, ou seja, entre o padrão social esperado *versus* o comportamento isolado do indivíduo:

a noção de sintoma mental está, desse modo, intrinsecamente ligada ao contexto social e particularmente ético no qual é elaborado [...] Ou melhor, a sintomatologia, que é o ponto de partida do psiquiatra para a conceituação de qualquer forma de “doença mental”, enraíza-se na vida social (Frayze-Pereira, 2008, p. 23).

Mirando uma exploração filosófica desta matéria, Frayze-Pereira (2008) utiliza a etimologia latina da palavra norma, que significa “esquadro”, “endireitar”, “retificar”, para demonstrar que a ação normativa visa uma existência que elimina o irregular, o diferente. Dessa maneira, o autor objetiva sublinhar a função normativa da sociedade, pois a sociedade burguesa possui uma ordem ou norma de funcionamento, e aquele que não se enquadra neste modelo configura-se como anormal. Quando transportamos a concepção do par normal/anormal para avaliar os fenômenos psicopatológicos é possível notar como este paradigma permitiu classificar, e de maneira subsequente, asilar os chamados loucos.

Frayze-Pereira (2008) nos explica que com a medicina moderna surge a figura do especialista, responsável por garantir a ordem social: “o especialista é aquele que é autorizado a proferir de determinado posto hierárquico um discurso impessoal, neutro, pois fundado numa suposta racionalidade dos próprios fatos” (Frayze-Pereira, 2008, p. 95). Assim, o discurso perpetrado pela medicina, em sua especialidade, a psiquiatria, articulados ao contexto da sociedade burguesa, asseguraram o sucesso no domínio do

corpo do doente mental (Desviat, 2015; Foucault, 2003). Em suma: “a loucura acabou sendo confiscada por uma razão dominadora” (Frayze-Pereira, 2008, p. 60). Afinal, para dominar com efetividade é preciso classificar com precisão.

Prosseguindo com nosso raciocínio a respeito da gênese histórica da loucura, temos epistemologicamente uma guinada no século XIX. Iluminada pelos ideais da Revolução Francesa emerge a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão que vedava as internações arbitrárias do cidadão, contudo, o louco não gozava destes recém declarados direitos civis (Desviat, 2015). É neste contexto que nasce o manicômio, como uma estrutura que substitui o hospital (ou asilo), direcionando-se exclusivamente aos doentes mentais. Com os manicômios desenvolveu-se também a jovem especialidade da medicina psiquiátrica. A relação entre a psiquiatria e o manicômio garantem o enclausuramento da loucura, isso porque “instala-se, ao menos na sociedade ocidental, uma forma universal e hegemônica de abordagem dos transtornos mentais: sua internação em instituições psiquiátricas” (Minas Gerais, 2007, p. 23).

Desviat (2015) faz uma pontuação importante sobre este momento histórico, afirmando que, deste ponto em diante, a loucura se separa dos demais problemas sociais encerrados nos antigos hospitais. A partir deste período consolidou-se o discurso da psiquiatria de que o isolamento era condição para o tratamento da loucura, estratégia que confinou os doentes mentais nos manicômios (Desviat, 2015). Foucault (2003) explicitou teoricamente como a imbricação entre relações de poder e conhecimento foram utilizadas como meios de controle social por parte das instituições sociais. O hospital psiquiátrico foi uma destas instituições, desempenhando papel central nas ações direcionadas aos que sofrem de doenças mentais. Estes chamados hospitais eram, na verdade, unidades asilares que serviam aos propósitos segregativos da emergente sociedade burguesa (Foucault, 1988).

A psiquiatria e o manicômio surgiram, em suma, em uma época constitutiva da ordem democrática contemporânea, resgatando o tratamento dos alienados do atendimento promiscuo dos hospitais ou albergues para pobres, originários da grande crise econômica dos primórdios do capitalismo, e exercendo uma série de funções não exclusivamente médicas (Desviat, 2015, p. 25)

Deste período em diante o manicômio torna-se o local exclusivo para “tratar” a loucura, porém, o lugar é apenas uma versão atualizada das práticas disciplinares dos séculos XVI e XVII. Vejamos alguns aspectos importantes desta aliança entre a psiquiatria e o manicômio. Sob a direção de Pinel desenvolveram-se várias experiências

e formas de tratamento nos hospitais *La Bicêtre* e *Salpêtrière*, que se difundiram da França para o resto da Europa (Foucault, 1988). Essas experiências estabeleceram que o tratamento no manicômio seria basicamente um esquema de respeito às normas e desencorajamento das condutas inconvenientes, situação que definia a função disciplinadora do manicômio (Foucault, 1988). Contudo, a separação dos agora qualificados como doentes mentais nos emergentes manicômios não implicou em melhores cuidados com aqueles que sofriam de moléstias mentais (Foucault, 1988; Frayze-Pereira, 2008). Pelo contrário, o manicômio se configurou como a face de um projeto de dominação da loucura, tal qual encontramos no trecho a seguir.

Goffman fala do manicômio como espaço de mortificação do eu, de perda da individualização/individualidade, enquanto Rotelli diz que o manicômio é lugar de zero trocas sociais. Não há senão verticalidade, hierarquia e dominação nas instituições manicomiais (Amarante, 2017, p. 72).

A fase de práticas assistenciais aos doentes mentais sob direção da psiquiatria irá vigorar plenamente nos séculos XIX e XX. Esta relação nasce fundada em uma assimetria de poder que impõe a subordinação da loucura ante a medicina, mais especificamente a psiquiatria (Foucault, 1988, 2003). Esta operação acontece a partir do discurso (formas simbólicas) proferido pela psiquiatria e referendado pela emergente sociedade burguesa e seu ordenamento jurídico (Foucault, 2003). Segundo Frayze-Pereira (2008), o médico é um agente nascido da ordem moral e da família burguesa que está encarregado de um controle ético do paciente. Este panorama pode ser assim resumido:

Na relação doente-médico, o primeiro submete-se à vontade do segundo. Isto é, a relação paciente-médico é estabelecida originariamente como uma relação de dominação, mas que gradualmente, é dissimulada pela capa da objetividade e da competência científica (Frayze-Pereira, 2008, p. 87).

Este trecho consegue exprimir de forma acurada que a relação da medicina com a doença mental antes de ser uma relação de conhecimento é uma relação de dominação, que foi estabelecida em determinado momento histórico social. Essa relação de dominação, dentro do pensamento que estamos desenvolvendo, se enquadra em meio a lógica de uma relação ideológica (Fairclough, 2016; Thompson, 2007). Amarante (2017, p. 18) colabora de forma importante a este respeito, pois o autor aponta a “função custodial” da psiquiatria, uma função primordial em relação a sua função terapêutica. De acordo com sua análise, ao se retirar o véu da cientificidade da psiquiatria é possível enxergá-la “como instrumento técnico-científico de poder ou como saber e prática

disciplinares e normalizadores” (Amarante, 2017, p. 18).

Neste sentido, uma notável contribuição de Foucault (2003) é que na sociedade burguesa o controle do corpo dos indivíduos é fundamental para o estabelecimento de relações de dominação e normatização. Isso porque as relações de dominação social não operam apenas via consciência, mas essencialmente através do corpo (Foucault, 2003). Assim, foi no somático que o capitalismo investiu, constituindo-se dentro desse sistema várias frentes de controle para que se tenham produtores úteis. Foi a partir deste estratagema que o Estado Moderno assegurou seu poder: “O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (Foucault, 2003, p. 80). Um dos mecanismos utilizados pela medicina para cumprir esta estratégia de controle do corpo é a disciplina.

A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante de indivíduos. Não basta olhá-lo as vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares (Foucault, 2003, p. 106).

Mais que um mecanismo, Fairclough (2016) entende que a disciplina é uma tecnologia de poder, em relação a qual Foucault teve a capacidade de demonstrar sua forma de operação e eficácia enquanto mecanismo de controle social. “A moderna tecnologia da disciplina é engrenada para produzir o que Foucault chama de corpos dóceis, que são adaptados às demandas das formas modernas de produção econômica” (Fairclough, 2016, p. 81). Fairclough ressalta a qualidade da disciplina em ser eficaz tanto para controle das massas, quanto para o controle individual, salientando sua função normalizadora, além de nos lembrar que, para Foucault, “o poder disciplinar produz o indivíduo moderno” (Fairclough, 2016, p. 81).

Assim surge a lógica do panóptico, do olhar vigilante, da administração da disciplina naquelas que Foucault (2003) classificou como instituições totais (escolas, prisões, asilos, manicômios). O autor sublinha que o doente mental, enquanto desviante e inútil ao projeto burguês deve ser separado da sociedade. Foucault (1988, 2003) demonstra como o discurso médico (emprego de formas simbólicas) assegurou ao hospital psiquiátrico uma supremacia técnica com relação a outros modelos terapêuticos, e nestes o doente mental foi encarcerado.

O hospital se configurou dentro do sistema capitalista como um espaço privilegiado de controle do corpo, espaço característico daquilo que Foucault (2003)

qualificou como “Sociedade Disciplinar”. Através desta estratégia, a ordem social burguesa, amparada pelo discurso psiquiátrico e jurídico, submeteu os doentes mentais ao confinamento nesta nova modalidade hospitalar chamada manicômio (Foucault, 2003).

Como Foucault habilmente observa, esses locais de tratamento não possuem habilidade médica alguma, pois “não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade” (Foucault, 1988, p. 79). Assim, o filósofo conclui que o médico está encarregado mais de um controle moral que de uma intervenção terapêutica ou, como clarifica Basaglia (1985), o usuário do serviço mental é definido pela exclusão e não pela nosologia.

No campo do saber psiquiátrico, Foucault (2003) realiza uma verdadeira inflexão, e defende que é o louco que detém um saber sobre a psiquiatria e não o contrário. Sua hipótese é a de que o saber psiquiátrico não se constituiu para entender a loucura, mas como um instrumento de poder que permitiu a dominação do louco e seu confinamento a instituições fechadas. Cria-se então a ideia do desviante: louco, doente, criminoso, mendigo, pobre, desocupado. Esta ação em um intervalo de saber representa uma tática de exclusão, que “separa o louco do não louco”, “o perigoso do inofensivo”, o “normal do anormal”, “o drogado do abstêmio”. Via essa operação, o discurso médico-jurídico torna-se a autoridade oficial para os assuntos relativos à loucura e o manicômio se torna o *locus* preferencial de tratamento, naturalizando crenças que tornaram esse tipo de abordagem dominante (Fairclough, 2016; Frayze-Pereira, 2008).

Como nos lembra Frayze-Pereira (2008), o discurso psiquiátrico sobre a loucura não é apenas médico, mas, antes de mais nada, político, e concedeu à loucura um lugar de exclusão em relação ao convívio social. Na mesma medida, Foucault (2003, p. 202) compreende que o discurso médico compõe administrativamente a “maquinaria de poder” do Estado, corrigindo o corpo social a partir de sua função higienista. Esta condição estabeleceu uma relação de dominação, posicionando o doente mental no lugar de grupo subordinado no contexto da sociedade burguesa.

Esta breve exposição ajuda-nos a compreender a relação umbilical entre a psiquiatria, representada pelo discurso médico, e o sistema jurídico político, representando a ordem social burguesa (Desviat, 2015). Esta realidade do encarceramento em massa da loucura em manicômios, estabelecida no século XIX, mantém seu vigor no século XX até a Segunda Guerra Mundial, quando os horrores da guerra levam a amplas reflexões sobre a questão dos direitos humanos, e passam a surgir os chamados

movimentos da Reforma Psiquiátrica (Desviat, 2015). Se focamos nossa análise no caso brasileiro constatamos um alinhamento de ações com o referencial europeu que foi descrito nas páginas anteriores, porém este é um assunto para a próxima seção.

Nossa pretensão ao narrar estas linhas foi expor o momento sócio histórico no qual o fenômeno da loucura se transformou em doença mental e foi encarcerado em instituições que supostamente deveriam tratá-lo. Para legitimar o manicômio como equipamento primordial para tratamento das doenças mentais, a sociedade burguesa se valeu do discurso da então emergente ciência psiquiátrica, e através dele dominou os corpos dos doentes mentais.

Quer dizer, é precisamente na era burguesa que principia e se acentua o tratamento adverso a toda pessoa considerada um desviante do padrão, pelo fato substancial dela não contribuir aos desdobramentos sociais como lhe seria destinado. Dessa maneira, entendemos que é possível reconhecer uma dimensão ideológica neste discurso, na proporção em que ele visou estabelecer relações de dominação, relações estas que perduram até hoje.

Em suma, numa sociedade que tem horror ao diferente, que reprime a diversidade do real à uniformidade da ordem racional-científica, que funciona pelo princípio da equivalência abstrata entre seres que não tem denominador comum, a loucura é uma ameaça sempre presente (Frayze-Pereira, 2008, p. 102).

Encerramos esta seção com a lúcida conclusão de Frayze-Pereira (2008) sobre a loucura e sua relação com a sociedade em que vivemos.

### 3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

“Com a crescente racionalização do mundo, o homem tornou-se senhor de uma natureza desencantada, onde a loucura não encontra um lugar. Ou melhor, o lugar para ela reservado é o espaço da exclusão”.

(Frayze-Pereira, 2008, p. 96).

Nesta seção, objetivamos apresentar de forma sucinta a maneira como os Governos Federais do Brasil administraram as Políticas Públicas de Saúde Mental (PPSM) ao longo de sua história. Na janela temporal analisada (1852-2019) surgiu em nosso país o hospital psiquiátrico, que se consolidou como o modelo hegemônico das PPSM. O que se presenciou desde o Brasil Império até o fim dos governos militares foi basicamente um monólogo da internação psiquiátrica enquanto prática assistencial aos portadores de transtornos mentais severos.

Este monólogo se estendeu até a insurgência dos chamados movimentos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que questionaram o modelo manicomial hegemônico. A resultante destes movimentos, após décadas de lutas, foi a Lei Federal n. 10.216, sancionada no ano de 2001. A referida Lei definiu um modelo assistencial em saúde mental de base comunitária e pautado nos direitos humanos. Do ponto de vista das práticas sociais no campo das PPSM, podemos classificar o modelo comunitário como uma ideologia incipiente (Thompson, 2007). Assim, talvez fosse de se esperar que a ideologia hegemônica, representada por práticas asilares de cuidado ao portador de transtorno mental, retornasse em determinada conjuntura política.

O campo das PPSM é um terreno entrecortado por disputas e relações de poder, e assim, no momento que o contexto histórico social se tornou propício, um processo de reversão do modelo comunitário foi levado a cabo. Antes que a Lei n. 10.216/2001 completasse vinte anos de vigência, interesses hegemônicos redirecionaram a Política Nacional de Saúde Mental no ano de 2017. Estes interesses subverteram a lógica do modelo assistencial comunitário ao recuperar o protagonismo do hospital psiquiátrico e promover as Comunidades Terapêuticas a agentes centrais na Política Nacional Sobre Drogas. É essa trajetória histórica que iremos resumidamente apresentar nesta seção. É uma trajetória que começa no Brasil Império, passa pela constituição da República, pelos governos militares, a RPB, o modelo de atenção psicossocial e, finalmente, ocorre a sua consequente descaracterização.

Antes de apresentarmos esse percurso histórico das PPSM no Brasil, uma vez que

nosso tema central envolve a questão das Políticas Públicas, torna-se necessário estabelecermos uma conceituação sobre a mesma, em ordem de tornar claro de qual conceito partimos, na medida que o termo é polissêmico, e passível de variadas interpretações. O trabalho de Celina Souza (2006) intitulado “Políticas Públicas: uma revisão da literatura”, é emblemático para demonstrar essas diversas interpretações sobre o que são as Políticas Públicas, e quais as possibilidades para abordar este objeto cientificamente.

Segundo Souza (2006), uma teoria geral acerca da política pública deve levar em conta suas dimensões constitutivas como a economia, a ciência política e as ciências sociais, além de considerar seus efeitos na sociedade. A pesquisadora nos fornece uma série de autores da tradição norte americana que atestam a polissemia mencionada. Como exemplo, citamos a visão de Lynn, para quem a política pública se refere ao grupo de ações realizadas pelo governo no intuito de produzir resultados específicos. Segundo a autora, temos também o modelo de Peters, onde a política pública é a soma das ações governamentais, bem como a versão de Dye, que a define como o que o governo resolve ou não fazer (Souza, 2006).

Estes breves exemplos nos servem tão somente para ilustrar a vastidão conceitual do tema. Considerando este quadro, assumimos uma definição objetiva, mas que caminha nesta linha da tradição norte americana de análise das ações, projetos e programas governamentais. Assim, entendemos a política pública como o resultado das ações do Governo que, traduzida de forma operacional, pode ser entendida como exposto no fragmento a seguir.

Denomina-se “políticas públicas” àquela cuja iniciativa pertence, impreterivelmente, ao setor público, notadamente a União (por parte do Poder Executivo, isto é, presidente da República, ministros e assessores), os estados membros da União (ou seja, através de governadores e secretários de estado) e os municípios (através dos prefeitos e seus assessores e secretários). Esta prerrogativa do Executivo, qual seja, “dar partida” a programas e/ou ações de políticas públicas pode acontecer sob formas de leis, mensagens, memorandos, ações dos órgãos do Executivo, embora, de outra forma, o Poder Legislativo, através de seus representantes (sejam senadores da República, Deputados Federais, Deputados Estaduais e Vereadores) também possam chamar para si a responsabilidade de propor políticas públicas, ou, ainda, de justapor suas iniciativas às ações do Executivo, de forma conjunta. Indiretamente – e é preciso que se lembre! – o Poder Judiciário também pode, por decisões jurisprudenciais ou de acordos, forçar o Executivo à proposição das referidas políticas públicas. (Salgado, 2005, p. 1).

Esta definição nos acompanhará por toda esta dissertação. Ao utilizarmos a noção de Políticas Públicas apresentada definimos um escopo de análise, recaindo nosso foco

especificamente nas PPSM conduzidas pelo Governo Federal. Realizada esta consideração sobre o conceito de Política Pública, podemos dedicar nosso olhar à maneira como o Estado Brasileiro historicamente “cuidou” daqueles que padecem de transtornos mentais.

### 3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: DO PERÍODO IMPERIAL ATÉ O INÍCIO DOS MOVIMENTOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Nesta subseção intencionamos traçar um quadro geral de acontecimentos relevantes sobre PPSM na janela histórica compreendida entre a emergência das primeiras ações, localizadas no período imperial, até a erupção dos movimentos para reforma psiquiátrica na década de 1970. Apesar de representar um longo período de tempo, justifica-se essa aglutinação visto que é neste momento que se estabeleceram e cristalizaram as relações hegemônicas no campo.

Sampaio e Bispo Junior (2021, p. 4) subdividem este período em dois momentos, o compreendido entre “1841-1964” por eles denominado “Institucionalização da saúde mental”, e o entre “1964-1978” chamado de “Autoritarismo e privatização da saúde mental”. Estes macros denominadores (institucionalização, autoritarismo, privatização) traduzem o que nomeamos como relações hegemônicas no campo da assistência pública em saúde mental. Em linhas gerais, esta fase histórica das PPSM no Brasil foi representada pela canção monocórdica da internação psiquiátrica, que ressoou até ser confrontada com as lutas contra hegemônicas para a transformação da assistência pública em saúde mental. Sigamos, portanto, com uma breve descrição desta fase das PPSM.

Em nosso país, a assistência governamental em saúde mental nasce oficialmente no período histórico do Brasil Império. De acordo com Amancio (2012), em 1830 a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro produziu um diagnóstico sobre os loucos da cidade, e a solução que derivou deste diagnóstico foi a criação, no ano de 1852, de um espaço de reclusão para o tratamento da loucura. Por conta deste fato, “o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira foi a criação do Hospital Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro” (Minas Gerais, 2007, p. 29). Essa solução não se baseou na supremacia científica da psiquiatria e do hospital psiquiátrico, mas antes por estes se configurarem como um sistema de poder disciplinar (Foucault, 1988, 2003).

Assim, tal qual o modelo europeu, no Brasil a assistência aos portadores de transtornos mentais se funda a partir de dois principais alicerces: 1) a ideia do hospital

como *locus* privilegiado de intervenção (Amancio, 2012; Minas Gerais, 2007); 2) a Medicina como porta voz oficial do discurso sobre a loucura (Amarante, 2017) ou, nas palavras de Frayze-Pereira (2008, p. 96), “em matéria de loucura, o homem contemporâneo passou a ser aquilo que o discurso competente do conhecimento diz que ele é”. A relação umbilical entre a psiquiatria e o hospital, em conjunto com o ordenamento jurídico de nossa nação conferiu aos portadores de transtornos mentais a condição de grupo subordinado (Amarante, 2017).

Somados a esses alicerces, temos as características particulares do contexto social e histórico do Brasil. Dias (2012) aponta para o fato de que a assistência em saúde mental no nosso país surge sob a guarida da filantropia e, em geral, com hospitais vinculados a ordens religiosas. Indo mais além, Dias (2012) ressalta que as políticas de saúde mental nasceram desconsiderando a lógica dos direitos humanos e prescindindo de cuidados assistenciais tecnicamente qualificados aos portadores de transtornos mentais.

Nos anos que seguiram a criação do Hospital Pedro II, se observa a mesma lógica ao largo do país, a da primazia do cuidado hospitalocêntrico, ou seja, aquele que é centrado na dinâmica hospitalar. Dessa maneira, foram abertas instituições públicas hospitalares em muitos Estados, como Rio Grande do Sul, São Paulo, Pernambuco, Minas Gerais, e Bahia (Dias, 2012; Minas Gerais, 2007). Sobre este ponto, Dias (2012, p. 1026) acrescenta que no Brasil o “modelo clássico de atenção em saúde mental foi a construção e manutenção de grandes asilos psiquiátricos”, citando como exemplo deste panorama o Hospício São Pedro, criado em Porto Alegre (RS) no ano de 1884.

Paulatinamente, o Brasil assistiu a hegemonia do hospital no que se refere ao tratamento destinado aos doentes mentais (Amancio, 2012; Amarante, 2017; Cabral; Darosci, 2019; Dias, 2012). Mas não um hospital vocacionado ao cuidado humanitário, e sim um desenvolvido para excluir e disciplinar, nos moldes caracterizados por Foucault (1988, 2003). O trecho a seguir exprime esse pensamento: “no Brasil, a ideologia da instituição psiquiátrica tendeu desde o início para a exclusão” (Minas Gerais, 2007, p. 28).

Ponderando este contexto, Dias (2012) assinala que a institucionalização da saúde mental foi assumida como a política de governo, com marcas que sobrevivem ainda nos dias de hoje, o que pode ser constatado quando se reflete sobre a função social do hospital psiquiátrico. Constatação esta corroborada por Amarante (2017), um dos principais expoentes teóricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O primeiro órgão responsável pela política de saúde mental no Brasil é criado no

ano de 1890 (logo nos primeiros dias da recém proclamada República) por força do Decreto 206-A, e foi denominado Assistência Médica e Legal de Alienados (Amarante, 2017). Segundo Pessoa (2019), o órgão tinha como finalidade atender os ditos alienados que precisavam de assistência pública. Além da criação do referido órgão, o Decreto 206-A determinava em seu Artigo 13 que ingressariam em asilos especiais “todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, perturbassem a tranquilidade pública, ofendessem a moral e os bons costumes ou que atentassem contra a vida de outrem ou a própria” (Brasil, 1890a, p. 23 *apud* Pessoa, 2019). O exposto deixa claro o compromisso com a ordem pública em detrimento da assistência em saúde. Funda-se aqui no contexto brasileiro o casamento entre a psiquiatria e o sistema jurídico, tão bem descrito por Foucault (2003).

No sentido do controle e da dominação dos doentes mentais, Foucault (2003) salienta que a psiquiatria não caminhou sozinha, mas sim em parceria com outro campo do saber, o do direito. Por direito, Foucault não se refere apenas ao corpo de leis, mas sim ao conjunto de aparelhos e instituições que a aplicam. “O sistema do direito, o campo judiciário são canais permanentes de dominação e técnicas de sujeição polimorfos. O direito deve ser visto como um processo de sujeição, que ele desencadeia, e não como uma legitimidade a ser estabelecida” (Foucault, 2003, p. 102). A afirmação exibe a potência que o direito possui para submeter a realidade social aos seus desígnios.

Dentro desta lógica, vemos que as legislações brasileiras surgiram apresentando um caráter complementar ao discurso médico (baseado na centralidade hospitalar), garantindo eficácia a este discurso via campo judiciário. Acompanhando a normativa que a antecedeu, a primeira lei da República brasileira expedida no século XX sobre saúde mental caminhou na perspectiva de segregar nos manicômios aqueles que foram denominados alienados (Cabral; Darosci, 2019; Dias, 2012). Assim temos o Decreto n. 1.132/1903, que em seu Artigo 1 determina que: “o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (Brasil, 1903).

É perceptível como esta legislação é donatária do Decreto 206-A, com o qual ela guarda grande semelhança em seu texto. A questão da intertextualidade (Fairclough, 2016) pode ser facilmente notada, caracterizando os processos históricos de construção dos textos. Mais especificamente falando, é possível registrar o que Fairclough (2016) qualificou como intertextualidade manifesta, que remete à presença de fragmentos idênticos na constituição de textos que estão separados no tempo. Mas esse será um tema

para a seção 4.

Retomando a problemática das PPSM, o Decreto-lei n. 1.132/1903 deixa claro o compromisso do sistema legal com a ordem social burguesa, pois esta é a “ordem pública” que não deve ser comprometida a qual o texto faz referência. A lei em questão autorizou, legitimou e tornou hegemônico o modelo manicomial, que imperou no Brasil por todo o Século XX. Aqui podemos observar o emprego das formas simbólicas (tal qual conceituadas na subseção 2.1) exercido pelo discurso oficial governamental através de suas leis, decretos, etc. Conjuntamente com o discurso psiquiátrico, o uso desta lei permitiu, naquele contexto sócio histórico, assegurar relações de dominação (que de certa forma perduram até hoje) nas quais os doentes mentais tiveram seus direitos relegados. “É nesse momento que a psiquiatria se coloca em defesa da manutenção do controle social pelo Estado” (Cabral; Darosci, 2019).

Segundo Amarante (2017), a Assistência Médica e Legal de Alienados se baseou na lógica das colônias de indivíduos com transtornos mentais. Assim foram inauguradas em 1890 duas colônias agrícolas para alienados, a de Conde de Mesquita e São Bento (Pessoa, 2019). Conforme nos ensina Amarante (2017), as colônias brasileiras foram concebidas principalmente pelos alienistas João Carlos Teixeira Brandão, Franco da Rocha e Juliano Moreira, que buscaram reproduzir o projeto francês. Ainda que estes alienistas defendessem as colônias como um projeto modernizador (Amarante, 2017), elas na verdade representavam interesses burgueses hegemônicos, que se valeram do controle exercido pela psiquiatria para a consecução de seus objetivos (Amancio, 2012).

A ideologia burguesa do trabalho como indicador da cidadania e do bom cidadão, sendo o termômetro do normal e do anormal, foi associada à psiquiatria brasileira, colaborando para que outra medida largamente utilizada fosse a criação de hospitais colônias, instalados em muitas cidades do Brasil (Amancio, 2012, p. 27).

Amancio (2012) enfatiza a ideia que as colônias brasileiras não se conformavam como locais de tratamento, mas como espaços para enclausurar indivíduos que representavam problemas sociais de várias ordens, e para os quais o governo não possuía resolução. Dessa maneira encerravam-se nas colônias, além dos doentes mentais, usuários de álcool e drogas, mendigos, órfãos, mulheres libertinas, enfim, muitos perfis que podiam representar uma ameaça à manutenção da ordem social (Amancio, 2012). Neste sentido, enquanto perduraram, as colônias foram exitosas em seu propósito: “a exclusão dos doentes mentais em locais geograficamente distantes” (Amancio, 2012, p. 27). Sem

dúvida que um paralelo pode ser traçado com o cenário europeu descrito por Foucault (1988), o qual descrevemos na subseção 2.2.

Amarante (2017) sublinha o papel disciplinar exercido pelas colônias, este se encaixa perfeitamente na concepção de poder normativo desenvolvida por Foucault (2003). Compartilhando da percepção de Amancio (2012) sobre a relação entre as colônias e a lógica burguesa do trabalho, Amarante (2017) pontua a função da disciplina neste quesito. O excerto a seguir mostra essa função:

O dado conservador da colônia consiste na estratégia de uso do tratamento moral, do qual se situa o trabalho como um dos seus principais alicerces. Grosso modo, o tratamento moral é a utilização conveniente da disciplina, onde todos os aspectos que compõe a instituição asilar concorrem para este fim. Ele deve ser realizado no asilo moderno, onde haja uma aparente sensação de liberdade controlada pela vigilância e pela disciplina adequadas (Amarante, 2017, p. 50).

Levando-se em conta este caráter disciplinador, um aspecto a destacar sobre as colônias é o fato de que delegados e chefes de polícia podiam encaminhar indivíduos para que lá fossem internados, conforme pode ser verificado em Amancio (2012), Dias (2012) e Pessoa (2019). Dias (2012) rememora este panorama no Rio Grande do Sul, onde um Decreto Estadual, datado de 1924, autorizava os Intendentes Municipais a requisitarem internações psiquiátricas sob a justificativa de necessidade pública.

Um dado que chama a atenção a este respeito nos é fornecido por Pessoa (2019), quando a autora toma o ano de 1895 para ilustrar que, das 706 requisições de admissão em instituição psiquiátrica no Rio de Janeiro, 537 eram por solicitação do chefe de Polícia. Este panorama é capaz de exprimir o quanto a questão da saúde mental, muito além de ser apenas tratada como uma questão de saúde, é um fenômeno repleto de relações de poder e dominação, o que torna estas relações consequentemente ideológicas.

Dias (2012) e Cabral; Darosci (2019) realizam um extenso exame documental histórico acerca das PPSM brasileiras no Século XX, buscando articular as normas legislativas aos seus respectivos contextos históricos e sociais. Estes estudos irão apoiar a exposição desta seção, nos auxiliando a compreender as PPSM por um viés que confere ao tema uma devida historicidade. Dias (2012) identifica que nos anos da década de 1920 as políticas de saúde estavam sob uma forte influência do movimento sanitarista e higienista, fator que influenciou a perspectiva psiquiátrica. Este movimento intelectual baseava-se em ações sanitaristas que tinham vistas de erradicar doenças transmissíveis, sendo que tal empreendimento tinha um caráter marcadamente higienista, com contornos

de eugenia (Dias, 2012).

Desse modo, houve a aproximação histórica entre a eugenia e o higienismo na conformação da saúde pública brasileira, influenciando sua expressão na saúde mental de modo hegemônico, representado pela Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923, bem como na criação de hospitais e colônias agrícolas públicas para pessoas com transtornos mentais (Dias, 2012, p. 1028).

Sobre a Liga de Higiene Mental, Seixas, Mota e Zilbreman (2009) nos explicam que esta foi liderada pelo psiquiatra Gustavo Riedel, com objetivo de melhorar a assistência aos doentes mentais. Os autores observaram que a Liga tinha como referência os pressupostos teóricos estabelecidos por Morel e seu conceito de degeneração, entendendo que os transtornos mentais possuíam etiologia genética e consequentemente poderiam ser repassados a gerações futuras, o que representaria uma ameaça social (Seixas; Mota; Zilbreman, 2009).

Partindo destes pressupostos, a Liga apresentou a loucura como originária de uma combinação de fatores hereditários e sociais, fortalecendo ideais eugenistas e higienistas, visando uma espécie de normatização da população (Seixas; Mota; Zilbreman, 2009; Dias, 2012). Essa função normatizadora foi executada com a utilização de recursos públicos, uma vez que, apesar de ser uma entidade civil, a Liga era subsidiada com verbas do tesouro nacional. Nacionalmente, temos aqui uma espécie de embrião da terceirização e privatização dos problemas sociais ligados à saúde mental.

Um marco a destacar nesta terceira década do século XX é a criação do primeiro manicômio judicial do Brasil, em 1921, na cidade do Rio de Janeiro (Pessoa, 2019). Cabral e Darosci (2019) apontam que este é um momento de estreitamento das relações entre as escolas jurídicas e psiquiátricas, amplificando a aproximação de sentido entre o crime e a loucura. Em conformidade com o que postulam Foucault (2003) e Frayze-Pereira (2008), houve uma construção histórica do perfil do louco, desde o período da grande internação, que buscou associar a loucura com a ferocidade animal e com a criminalidade urbana. Este período da história do Brasil auxilia na cristalização desta percepção que foi desenhada historicamente.

O ano de 1921 é também o ano em que são expedidas duas importantes normas legislativas acerca do uso de “substâncias venosas”: em julho tivemos o Decreto n. 4.294 (Brasil, 1921), e em setembro o Decreto n. 14.969 (Brasil, 1921a). Ambos regulamentaram a internação daqueles qualificados como “toxicômanos”, além de criarem o “sanatório para toxicômanos” no Distrito Federal (Brasil, 2021; Brasil, 2021a).

Estes decretos reafirmaram os pressupostos da Liga de Higiene Mental, assumindo uma conduta higienista e focada no controle social (Montenegro *et al.*, 2020). Essa ação pode ser percebida ao se examinar, por exemplo, o Artigo 3 do Decreto n. 4.294, e o Artigo 9 do Decreto n. 14.969, que definiram o dispositivo da internação psiquiátrica como medida a ser aplicada aos qualificados como intoxicados por álcool e outras substâncias entorpecentes.

Com textos similares entre si, os decretos n. 4.294 e n. 14.969 definiram uma raiz proibicionista, conservadora e segregadora, no que tange a política sobre o uso de substâncias entorpecentes (Montenegro *et al.*, 2020). Para ilustrar este ponto destacamos dois artigos destes decretos: 1) o Artigo 3 do Decreto n. 4.294, que prevê internação dos intoxicados por representarem perigo a ordem pública; 2) o Artigo 9 do Decreto n. 14.969, que define o tratamento como correccional, além de permitir a família solicitar a internação do indivíduo (Brasil, 2021; Brasil, 2021a). Ao se analisar estes decretos fica perceptível o alinhamento deles com o Decreto n. 1.132/1903, e seu mote de assegurar a ordem social burguesa.

Abrimos aqui um breve parêntesis para estabelecer um paralelo histórico, pois a possibilidade da família requerer a internação e o asilamento de um de seus integrantes nos leva aos tempos da França monárquica. Em sua vasta pesquisa sobre a história da loucura, Foucault (2003) recuperou as chamadas *lettres de cachet* (letras reais), que eram documentos assinados pelo Rei da França que, entre outras prerrogativas, determinavam a internação de doentes mentais, e outros perfis divergentes da ordem social em asilos, tal qual caracterizado na seção 2. Frayze-Pereira (2008) retrata da seguinte forma essa premissa:

Assim é que para se internar alguém, as próprias famílias ou o círculo de pessoas que envolvem o acusado fazem o pedido ao rei ou à autoridade judiciária que decide e concede. Não é o julgamento dos médicos, mas dos homens de bom senso, que determina o internamento dos loucos (Frayze-Pereira, 2008, p. 70).

Retomando a história brasileira, Figueiredo (2004) nos conta que a Assistência Médica e Legal de Alienados vigora até 1927, quando é substituída pela Assistência aos Psicopatas. Pouco depois, a partir dos anos de 1930, o Brasil ingressa na chamada Era Vargas. Neste período inicia-se a transição da população da área rural para a urbana, bem como do modelo econômico agroexportador para o modelo de base industrial (Dias, 2012). No macro cenário, a proteção social brasileira começa a se alterar com a criação

do Ministério da Educação e da Saúde, e das caixas de aposentadoria. Contudo, no âmbito da saúde mental o período é basicamente uma reprodução das ações que já estavam em curso. Reprodução esta que ampliou a comunidade internada, uma vez que a diáspora rural trouxe muitas pessoas para as cidades que, por não se adequarem à realidade urbana, tiveram como destino os manicômios (Dias, 2012).

Em 03 de Julho de 1934 foi expedida nova norma legislativa relativa à saúde mental, tratava-se do Decreto n. 24.559, que dispunha sobre a assistência aos psicopatas, termo genérico empregado para englobar vários transtornos mentais sob um mesmo diagnóstico (Cabral; Darosci, 2019; Dias, 2012). Semelhante à normativa que a antecedeu, esta legislação decretou em seu Artigo 10 que o psicopata que perturbar ou ofender a ordem e moral pública será recolhido a um estabelecimento psiquiátrico (Brasil, 1934). Um simples exame documental permite observar uma vez mais a herança histórica presente nas leis sobre saúde mental, evidenciando questão da intertextualidade (Fairclough, 2016).

Dias (2012) relata que o Artigo 1 (alínea c) do Decreto n. 24.559 materializa o escopo da higiene psíquica. Este fato reafirma os pressupostos da Liga de Higiene Mental já explicitados. Outro ponto significativo diz respeito ao seu Artigo 4 que dispõe sobre as entidades psiquiátricas, pois a regulamentação é genérica. Com isso na prática temos a “presença significativa de organizações privadas filantrópicas a quem a sociedade delegou a tarefa de isolar e segregar a pobreza” (Dias, 2012, p. 1031). Novamente denota-se a função social de depositário de indesejados do hospital psiquiátrico (Dias, 2012). Fato que Dias (2012) ilustra com o caso do Hospital São Pedro, instituição que à época possuía capacidade para 477 pacientes, mas tinha cerca de 1800 abrigados.

O Decreto n. 24.559 foi revogado somente em 2001, quando da expedição da Lei n. 10.216 (Amancio, 2012). Essa distância temporal de quase setenta anos exprime, de certa maneira, a morosidade para transformação neste campo, consequência de interesses dominantes. Até mesmo após a consolidação da redemocratização esta transformação obteve muita resistência, vide a tramitação do Projeto de Lei n. 3.657/89, que levou mais de uma década até ser efetivado na forma da Lei n. 10.2016 em 2001 (Amarante, 2017). Porém, este é um tema para a próxima Seção. Retomemos a caracterização das PPSM.

Em 1938 ocorre uma atualização na normativa acerca do uso de substâncias psicoativas, tratou-se do Decreto n. 891. Em consonância com o que foi decretado na norma de 1921, a perspectiva manicomial permanece. Isso fica claro no exame do documento, pois seu Artigo 27 qualifica a toxicomania como doença de notificação

compulsória, e o Artigo 28 decreta que: “Não é permitido o tratamento dos toxicômanos em domicílio” (Brasil, 1938). Ao considerar o teor dos decretos sobre o uso de substâncias entorpecentes, Montenegro *et al.* (2020) pontuam que em suma eles normatizam um tratamento compulsório e manicomial ao restringir esse tratamento ao regime de internação.

Conforme exposto por Figueiredo (2004), a Assistência a Psicopatas dura até 1941, ano em que foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais, que funcionou até 1956. Este serviço foi concebido para que houvesse um órgão administrativo de nível nacional, capaz de expandir a assistência psiquiátrica pública ao longo do país. Na esteira desse acontecimento temos o Decreto n. 8.550 de 1946, que visa à amplificação da assistência psiquiátrica em âmbito nacional, a partir da celebração de convênios com os Estados para a construção de hospitais psiquiátricos (Cabral; Darosci, 2019; Dias, 2012). O efeito deste decreto pode ser percebido ao se analisar o recorte temporal existente entre 1950-1955, nele o número de leitos psiquiátricos pulou de 24.234 para 34.550 (Dias, 2012). Esse dado representa um acréscimo percentual de mais de 40%.

Segundo Dias (2012), o referido decreto consolida, em todo território nacional, o hospital psiquiátrico como a principal política pública para intervir nas doenças mentais. Concordando com esse ponto, Figueiredo (2004) afirma que o que foi visto na prática no período Vargas, foram os hospitais psiquiátricos se sedimentando como modelo central da política pública nacional. Amancio (2012) corrobora com esta atestação, afirmando que o modelo manicomial foi a mola mestra das PPSM nos anos Vargas.

Mesmo com a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, a lógica das PPSM permaneceu manicomial (Dias, 2012). Aliás, podemos afirmar que há uma piora do cenário. Amancio (2012) expõe que no findar dos anos de 1950 o cenário dos hospitais psiquiátricos públicos é crítico, superlotação, parques cuidados técnicos, estrutura física e de recursos humanos insuficiente. Enfim, toda uma série de requisitos essenciais eram ausentes.

Este panorama permite a ampliação das ações ligadas a iniciativa privada, e um momento *sui generis* na história do país e no campo das PPSM se inicia, a ditadura militar. O ingresso dos militares no poder é sentido no campo das políticas de saúde mental através da exacerbação do autoritarismo e da capitalização com a loucura por parte de grupos privados. O fragmento a seguir expressa bem este momento.

A partir do golpe militar de 64, até os anos 70, proliferaram amplamente clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obtendo lucro fácil por

meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira. Criou-se assim a chamada “indústria da loucura” (Minas Gerais, 2007, p. 30).

Dessa forma, o período em que o país foi administrado pelos militares assistiu a uma espécie de mercantilização da loucura. Este panorama é correlato ao descrito na seção anterior, pois denota que a medida de internação encontra-se relacionada com a ordem econômico política, e não com uma modalidade terapêutica qualificada. Neste momento, interesses hegemônicos se fortaleceram ainda mais, pois não só foi possível garantir a ordem burguesa via eliminação/segregação de doentes mentais e outros perfis sociais indesejáveis, como também assegurar lucro a determinados grupos dominantes responsáveis pelos hospitais psiquiátricos privados.

Tais hospitais privados recebiam subsídios do Estado e eram favorecidos por políticos, gerando renda aos proprietários que, no entanto, muitas vezes, mantinham as condições de tratamento muito piores que as dos hospitais públicos, além de provocarem um inchaço do número de internações desnecessárias, superlotando os manicômios de desempregados, indigentes, pobres, mendigos, já que quanto mais pacientes internados, mais lucro para seus donos (Amancio, 2012, p. 28).

Acompanhando essa atestação de Amancio (2012), Amarante (2017) indica que a realidade dos hospitais psiquiátricos privados pouco diferia daquela dos públicos. O autor afirma que, tal qual os hospitais públicos, os hospitais psiquiátricos privados tinham falta de recursos materiais e humanos, além dos evidentes maus-tratos (Amarante, 2017). Somados a isso, na iniciativa privada havia um agravamento na perspectiva dos direitos humanos, em especial relativo ao tempo de internação. Amarante faz um retrato dramático deste ponto. “O tempo médio de permanência hospitalar em alguns casos chegava a 25 anos: as pessoas entravam em um hospital psiquiátrico sem a certeza de um dia poder sair” (Amarante, 2017, p. 21).

Segundo Amarante (2017), um forte *lobby* exercido desde o interior do Ministério da Saúde permitiu uma aceleração na transferência de responsabilidade do Estado para a iniciativa privada no que tange a assistência psiquiátrica ao longo das décadas de 1960 e 1970, momento que o Brasil viveu intensamente o regime militar. Para exemplificar esta situação, chamamos a atenção para o seguinte levantamento de dados: “enquanto os leitos psiquiátricos públicos passaram de 21.079 em 1941 para 22.603 em 1978, os privados passaram de 3.034 para 55.670 no mesmo período (Amarante, 2017, p. 21). Este crescimento é mais expressivo a partir dos anos 1960, pois enquanto em 1965 haviam 100 hospitais de rede privada conveniados com o poder público, em 1979 estes já eram 276

(Amarante, 2017).

Este aumento de capacidade instalada (número total de leitos psiquiátricos) se reflete na razão matemática de população internada, saltando de 0,41 internados por mil habitantes em 1950 para 0,82 em 1970 (Dias, 2012). Fator que alavancou o tamanho da população psiquiátrica, que em cerca de vinte anos aumentou em 213% (Dias, 2012). Estes dados são capazes de retratar a escalada do autoritarismo nos governos militares, e nos permitem compreender porque o período ficou denominado como indústria da loucura (Amancio, 2012; Amarante, 2017; Cabral; Darosci, 2019; Dias, 2012; Minas Gerais, 2007).

Essa nomenclatura, reconhecida por uma grande gama de pesquisadores da área de saúde pública, qualificou precisamente o que foi este momento das PPSM, a psiquiatrização de problemas sociais em busca de lucro por parte de grupos hegemônicos (Minas Gerais, 2007). Um bom exemplo deste quadro é a Casa de Saúde Dr. Eiras, na cidade de Paracambi, Estado do Rio de Janeiro. Entre 1967-1969 Leonel Tavares de Miranda estava à frente do Ministério da Saúde, que também era proprietário da Casa de Saúde Dr. Eiras (Amarante, 2017).

Neste período, essa unidade manicomial chegou a ser o maior hospício privado do mundo, dispondo de dois mil internos, quando sua capacidade era para quatrocentos (Mendonça, 2022). Se pensarmos pela perspectiva do cuidado, quatrocentos internos já é um número que basicamente inviabiliza qualquer projeto terapêutico. Essa superlotação exprime de forma cabal a função de depositário de seres humanos que estes estabelecimentos exerciam. Mendonça (2022) recupera a fala do médico Laerte Melo (participante ativo da luta antimanicomial), que se referiu a Casa de Saúde Dr. Eiras como o inferno.

Enquanto o Brasil vivia os chamados anos de chumbo, o regime militar impunha uma agenda moral, asilando todo cidadão que desviasse da norma social estabelecida (Mendonça, 2022). O hospital de Paracambi cumpriu satisfatoriamente essa missão segregacionista, ao se configurar em um local para armazenar não só doentes mentais, mas também todo perfil que representasse uma ameaça para normatividade imposta pelos militares (Mendonça, 2022). Assim, para lá foram mendigos, homossexuais, mulheres que visavam abortar, opositores políticos, alcoolistas, drogadictos, loucos, enfim, toda uma sorte de perfis que não estavam dentro da configuração normativa (Mendonça, 2022). Uma evidente semelhança pode ser vista com a função das colônias psiquiátricas (Amancio, 2012), descritas anteriormente.

Posicionada na linha férrea, Paracambi fez parte do itinerário da loucura (Fróis, 2024), localizando-se na rota do chamado trem de doido, responsável pelo transporte dos doentes mentais de uma cidade para a outra. Frayze-Pereira (2008) faz uma digressão para pensar o sentido deste embarque dos loucos, ou circulação dos insanos pelas cidades, compreendendo este ato como algo ritual, o autor diz que este procedimento remonta a Idade Média. Frayze-Pereira (2008) evoca a existência da Nau dos loucos na Idade Média, embarcação que tinha por função exilar os loucos. Ele conclui: “embarcar os loucos é assegurar-se de que partirão para longe e serão prisioneiros de sua própria partida” (Frayze-Pereira, 2008, p. 51).

Também na linha férrea estava posicionada a cidade mineira de Barbacena, por onde “pairou uma nuvem sombria” nos diz Amarante (2017, p. 75). A obra de Daniela Arbex, sob o título de Holocausto Brasileiro, expõe a penúria, violência e total violação de direitos perpetrada pelo Hospital Colônia de Barbacena (Arbex, 2019). Nela é escancarada as condições as quais os doentes mentais foram submetidos, sendo, certamente, a palavra holocausto bem escolhida, dado o genocídio conduzido no local (Arbex, 2019).

O título da obra de Arbex não é de forma alguma uma força de expressão, pelo contrário, ele deve ser compreendido de maneira literal. Amarante (2017, p. 75) retrata essa história enfatizando as “mais de 60 mil covas de não pessoas”, advindas do Hospital Colônia, que jazem no cemitério Nossa Senhora da Paz em Barbacena. Essas covas são o testemunho silencioso deste genocídio. Mais adiante retomaremos a questão do Hospital Colônia, por hora é com essa história terrível que encerramos esta seção. Mas justamente por conta de atrocidades como as ocorridas em Paracambi e Barbacena que foi gerada a mobilização necessária para enfrentar este panorama, tema de nossa próxima sessão.

Ao apresentar um panorama geral das PPSM desde o Brasil Império até os Governos Militares, o objetivo foi retratar nestas páginas um resumo do que ocorreu neste período. Discutimos o tema a partir de uma linearidade com o intuito didático de demonstrar que, no recorte histórico descrito, criou-se e solidificou-se a institucionalização de doentes mentais enquanto política pública, assim como a terceirização/privatização da proteção social (Amarante, 2017).

Através da monocultura do isolamento enquanto função terapêutica (Figueiredo, 2004), garantiu-se a ordem burguesa via política segregatória, bem como o acúmulo de capital por parte de grupos favorecidos (Amarante, 2017). Em suma, este período sócio histórico definiu a submissão dos portadores de transtornos mentais a interesses

hegemônicos. Esta submissão se deu através da aliança formada entre o Estado e seu corpo de leis, junto ao discurso da psiquiatria e seu corolário o hospital psiquiátrico (Amancio, 2012; Amarante, 2017; Minas Gerais, 2007).

### 3.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: DO INÍCIO DOS MOVIMENTOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL ATÉ A SANÇÃO DA LEI N. 10.216/2001

O corte temporal exposto nesta subseção se inicia no ano de 1976 e vai até 2001. Obviamente que nesse período histórico uma enorme série de eventos aconteceram no campo das PPSM, mas nos ateremos aos fatos mais relevantes sobre as lutas e conquistas para a transformação das práticas assistenciais em saúde mental. Essas lutas configuraram o que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), movimento que surgiu como resposta ao cenário de violação de direitos, descrito na seção anterior. Assim, a RPB foi um processo de revisão das práticas assistenciais, que eram majoritariamente calcadas na segregação dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos por todo o Brasil.

Decerto houve questionamentos e vozes contrárias ao *status quo* do modelo manicomial no período que foi caracterizado na seção anterior. Mas é somente a partir da década de 70 do século passado que um conjunto organizado de atores relevantes começam a desafiar o cenário hospitalocêntrico hegemônico (Amarante, 2017). Foi uma luta árdua até se alcançar um relativo sucesso, até porque se vivia a ditadura, assim se passaram três décadas até a reformulação do modelo de assistência pública em saúde mental, redefinido em 2001 (Amarante, 2017; Kyrillos Neto, 2003). Os aspectos gerais desse processo é o que vamos descrever sumariamente nas páginas a seguir.

Iremos basear o texto desta subseção principalmente na caracterização que Paulo Amarante (um importante expoente teórico da RPB) fez deste processo histórico social. Amarante é médico psiquiatra, e teve um papel de destaque na RPB, tendo sido Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fundador e Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), além de representante eleito do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (Amarante, 2025). De uma forma bem ampla o autor conceitua a RPB como:

um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (Amarante, 1995, p. 91).

Ao analisarmos esta definição, podemos compreendê-la como uma ideologia concorrente ou que rivaliza com as práticas sociais dominantes. Conforme explicado na subseção 2.1, é possível antagonizar ideologias, contestando-as e desafiando-as. Dessa forma, levando-se em conta o referencial teórico proposto por Thompson (2007, p. 91), podemos classificar a RPB como “formas incipientes da crítica da ideologia”. Nosso entendimento é que a RPB se enquadra, enquanto forma discursiva, exatamente nesta classificação. Pois as ações da ideologia crítica se conformam em “intervenções desafiadoras, transformadoras (do status quo)” (Thompson, 2007, p. 91). O excerto a seguir fundamenta essa ideia.

A reforma psiquiátrica, numa compreensão gramscianiana, é um processo contra-hegemônico, ou seja, um processo que caminha no sentido oposto ao da dominação da experiência subjetiva pelos aparelhos de poder, sejam eles jurídicos, políticos, sociais ou científicos (Amarante, 2017, p. 92).

Militando a partir deste lugar, a RPB foi um movimento que contestou as práticas sociais hegemônicas representadas pelo modelo de assistência manicomial, ansiando por um modelo de tratamento que não segregasse o doente do resto da sociedade. Partindo da humanização dos indivíduos, a RPB pode também ser definida dando-se ênfase na questão da cidadania. Neste sentido, ela deve ser entendida como um processo de reversão do modo manicomial e hospitalocêntrico de lidar com o fenômeno do transtorno mental, transferindo a centralidade da atenção para uma assistência comunitária, focada na cidadania dos sujeitos, que estão inseridos num determinado contexto histórico-social (Amancio, 2012; Amarante, 2017; Kyrillos Neto, 2003; Minas Gerais, 2007).

Cabral e Darosci (2019), Calsavara e Marques (2017), entre outros autores, identificam que o movimento da RPB tem seu início na mobilização social que funda o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), ocorrida na cidade do Rio de Janeiro em 1978. Contudo, escolhemos o ano 1976 como marco zero desse processo. O motivo dessa escolha se deve à criação do CEBES, ocorrida neste mesmo ano. Nascido em São Paulo (SP), o Centro foi fundado por um grupo de sanitaristas que visavam “produzir e organizar o pensamento e as práticas críticas no campo da saúde pública” (Amarante, 2017, p. 15).

Por essa razão, definimos este como o ponto inaugural da RPB. Apesar de não ser um órgão específico sobre saúde mental, o Centro proporcionou um espaço para refletir sobre a saúde pública nacional e conseqüentemente gerou um terreno fértil para a erupção de movimentos críticos ao sistema manicomial dominante. Amarante (2017) nos informa

que 1976 foi um ano de bastante efervescência na política nacional e que, neste momento, a assistência em saúde mental vivia um estado periclitante. Estes, dentre outros fatores, confluem para o início do questionamento sistemático ante ao panorama hegemônico.

De acordo com Amarante (2017), quando do início da RPB, a assistência psiquiátrica era prestada pelos Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e as Secretarias de Estado de Saúde (SES). O MS e as SES estavam incumbidos da assistência à população indigente (denominados casos sociais), enquanto que ao MPAS cabia a assistência aos previdenciários e seus dependentes (Amarante, 2017).

As redes do MS e SES eram compostas por grandes manicômios públicos que, como salienta Amarante (2017), não dispunham de qualquer estrutura qualificada para atendimento digno aos portadores de transtorno mental (vide seção anterior). De forma diversa, o MPAS funcionava a partir de uma política de compra de serviços junto a rede privada (Amarante, 2017). E lembremos, a rede privada dispunha da mesma característica asilar e violadora de direitos que os serviços públicos (Amancio, 2012; Amarante, 2017).

Amarante (2017) cita Carlos Gentile, um combatente da política privatizante do MPAS, que fez denúncias a este sistema e suas distorções. Tais denúncias podem ser assim sintetizadas: pagamentos de serviços não produzidos; serviços produzidos mas não necessários; pagamentos de serviços hospitalares que poderiam ter outro tipo de solução (Amarante, 2017). Este cenário pode ser inferido a partir de um diagnóstico, realizado pelo próprio MPAS sobre a assistência psiquiátrica, que revela terem ocorrido 195.000 internações sem necessidade no ano de 1977 (Amarante, 2017). De acordo com Amarante (2017), este diagnóstico apontou que houve um acréscimo de 344% no número de internações psiquiátricas entre 1973 e 1976.

Além disso, o diagnóstico confirma a predileção absoluta pelo uso de recursos hospitalares, pois se tomarmos como base o ano de 1977 isoladamente, temos que 96% dos recursos ministeriais foram gastos com internações, mesmo existindo a disponibilidade de serviços ambulatoriais (Amarante, 2017). Conforme nos elucida Amarante (2017), tal situação era assegurada devido ao forte *lobby* em prol política de privatização exercido desde o interior da administração do MPAS e do MS, vide caso apresentado sobre o Hospital de Paracambi.

No tocante à assistência prestada pelo MS, conforme versado por Amarante (2017), jovens médicos psiquiatras (inclusive o autor) deflagram uma série de denúncias a respeito das condições dos hospitais psiquiátricos geridos pelo Ministério. Tal situação

vai dar origem ao MTSM. Essa ação sofreu uma forte retaliação por parte do MS, que implicou na demissão de 260 profissionais (Amarante, 2017). Este fato teve como consequência uma ampla greve na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), evento que ficou conhecido como a “crise da DINSAN” (Amarante, 2017, p. 17).

O MTSM é o sujeito coletivo primevo da RPB a objetivar a reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil. Este movimento assumiu uma perspectiva dos direitos humanos frente ao modelo hegemônico do manicômio que prevalecia no Brasil (Amarante, 2017). O MTSM buscou uma renovação na saúde mental, que teve o ineditismo de propor uma agenda, sob o título de Reforma Psiquiátrica, que visava introduzir a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas (Amarante, 2017).

Esse movimento ficou configurado como Luta Antimanicomial, contra-hegemônico, que reclama pela Reforma Psiquiátrica. É sobretudo este Movimento que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Cabral; Darosci, 2019).

Um primeiro impacto do MTSM foi pautar o Congresso Brasileiro de Psiquiatria ocorrido em Camboriú (SC), também no ano de 1978. Essa pauta envolvia promover uma espécie de *epoché*, ao questionar o estatuto epistemológico da psiquiatria e seu aparato institucional (Amarante, 2017, p. 17). Assim, ao invés do evento reproduzir o caráter técnico especializado (padrão destes congressos), ele também teve um foco político, o que gerou relativa repercussão externa. Com isso, na sua esteira ocorreu o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, amplificando o debate na arena pública. Estes eventos, conjuntamente com a crise da DINSAM, catapultaram a discussão da comunidade técnica para o domínio público. Dessa maneira “a questão psiquiátrica torna-se questão uma questão política” (Amarante, 2017, p. 18).

No começo de suas ações o MTSM propunha uma ação reformista guiada por alguns princípios norteadores para a política nacional de saúde mental, que podem ser assim resumidos: 1) inversão do modelo privatizante para estatizante; 2) implantação de estrutura extra hospitalar; 3) inversão de modelo curativo para preventivo/promocional (Amarante, 2017, p. 21).

Estes princípios tiveram inspiração em experiências internacionais que estavam em curso desde o findar da Segunda Guerra Mundial (Minas Gerais, 2007). Os princípios

recém destacados envolvem, segundo Amarante (2017), o conceito de desospitalização (desativação hospitalar), de inspiração norte americana, e seu modelo comunitário preventivo. Apesar deste modelo representar um avanço em direção a práticas menos segregatórias, o mesmo não se configurava em uma revisão de paradigmas hegemônicos (Amarante, 2017).

Em um segundo momento, o movimento da RPB assume uma inspiração europeia, perspectiva que portava consigo uma reflexão mais ampla e crítica acerca das práticas assistenciais de saúde mental. É possível afirmar com certa segurança que o italiano Franco Basaglia torna-se a principal referência teórica da RPB a partir deste momento (Amarante, 2017). Outros autores, como os espanhóis Manuel Desviat e Robert Castel, também tiveram uma significativa contribuição ao movimento (Minas Gerais, 2007).

No ano de 1978 foi expedida a Lei n. 180 na Itália, aquela que ainda hoje é a única lei de âmbito nacional, em todo mundo, a determinar o fechamento de hospitais psiquiátricos e a proibir a construção de novos (Amarante, 2017; Desviat, 2015). Largamente influenciada por Basaglia, esta lei, bem como as experiências conduzidas pelo psiquiatra nas cidades italianas de Gorizia e Trieste, influenciaram profundamente a RPB. Tais experiências, fundamentadas na psiquiatria democrática Basagliana, para além de superar o manicômio, incidiram na perspectiva cidadã dos sujeitos, com impacto amplo na cultura, a partir de cooperativas sociais e outros projetos de inserção na sociedade (Desviat, 2015).

Com Basaglia, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica vislumbra o primado da negação da psiquiatria enquanto ideologia, desde que se percebe que a psiquiatria tende a fornecer justificativas teóricas e respostas práticas a uma realidade que a própria ciência contribui para produzir, nas formas mais adequadas à conservação do sistema que está inserida (Amarante, 2017, p. 37).

Assim, inspirada por este ideal proposto por Franco Basaglia, a RPB buscou colocar a doença entre parênteses e cuidar do sujeito que sofre, humanizando-o e conferindo a este um lugar na cultura e no seio social (Amarante, 2017). Discutida desde este ponto de vista ético, a RPB afirmava a cidadania do louco, devendo ser entendida como uma luta política voltada para a transformação social, nos campos assistencial, cultural e conceitual (Amarante, 2017). Partindo deste entendimento, Amarante (2017) postula que a RPB possui quatro dimensões: epistemológica; técnico-assistencial; jurídico-política; cultural. Essa visão determina que cuidar dos portadores de transtornos mentais vai muito além do que a simples desospitalização dos mesmos.

Um marco fundamental para a RPB foi o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que aconteceu em Belo Horizonte (MG) em 1979 e contou com as presenças de Franco Basaglia e Robert Castel. O Congresso teve uma composição que não se restringia a técnicos do setor, contando com a participação de usuários dos serviços e seus familiares, sindicalistas, jornalistas e outros setores da sociedade civil, o que auxiliou a temática em alcançar a opinião pública (Minas Gerais, 2007). Esse foi um grande fator de sucesso do evento, tornar a pauta pública, transformar a questão psiquiátrica em uma questão política, evocando a fala de Amarante (2017).

Uma vez mais o Hospital Colônia de Barbacena é nosso tema. Amarante (2017) relata a visita de Franco Basaglia a este hospício em 1979, ressaltando que, mesmo o médico italiano estando familiarizado com a perspectiva violadora de direitos dos manicômios, a realidade de Barbacena para ele foi estupefante. Esta percepção fez com que Basaglia comparasse o Hospital Colônia a um campo de concentração, comparação que não era dotada de exagero, já que “as pessoas não estavam ali para serem tratadas, mas excluídas” (Amarante, 2017, p. 76).

A visita de Basaglia é praticamente um ponto de inflexão nas PPSM brasileiras, já que abriu o caminho para a desinstitucionalização, tanto em Barbacena, quanto em todo território nacional (Amarante, 2017). Logo após essa visita, o jornal Estado de Minas publicou uma série de reportagens, de autoria do jornalista Hiram Firmino, sobre as condições de alguns hospitais psiquiátricos mineiros. De acordo com Fróis (2024), o drama humano relativo a total violação de direitos dos internos é capturada com maestria por Firmino. A série de reportagens gerou ampla repercussão junto à opinião pública e, com isso, a questão psiquiátrica definitivamente ganhou apelo popular, o que pavimentou o caminho para a mobilização social que estava por vir.

Fróis (2024) recupera trechos da reportagem de Firmino, relatando que o jornalista desconstruiu a versão oficial que qualificava a Colônia de Barbacena como um hospital, tornando claro que a unidade era um hospício. Isso não remete a uma simples escolha lexical, mas sim busca retratar que o local não era um espaço de tratamento, pelo contrário, sua configuração se assemelhava mais a uma prisão, na qual muitos cumpriram sentença perpétua (Fróis, 2024). Essa inserção, em um veículo de mídia de grande circulação, ajudou a intensificar o interesse público pelo tema, fato que gerou pressões políticas para mudanças. Destacando esse potencial da mídia, Amarante (2017, p. 77) diz que ela garantiu uma “maior divulgação dos horrores que ocorriam nos porões da loucura, cometidos em nome da ciência, do Estado e da Razão”.

Ingressamos agora nos anos de 1980, que representaram o ápice da indústria da loucura, mesmo com a intensificação dos movimentos pelas reformas sanitária e psiquiátrica, e com o processo de redemocratização em curso (Amarante, 2017; Minas Gerais, 2007). Esse cenário crítico é refletido na seguinte estatística: no findar desta década o Brasil possuía por volta de 100.000 leitos psiquiátricos, distribuídos em 313 hospitais, dos quais 20% eram públicos e 80% privados (conveniados com a rede pública), sendo as internações responsáveis pelo segundo maior gasto do Ministério da Saúde à época (Minas Gerais, 2007).

Este quadro denota como a dominação dos doentes mentais pôde servir a interesses econômicos hegemônicos em nosso país. Todavia, é justamente neste contexto que transformações estruturais entram em curso para a mudança do paradigma da saúde pública em nosso país. A RPB ganhou força conjuntamente com o movimento sanitarista e as discussões para a abertura democrática do país.

O ano de 1985 foi significativo, ao ancorar o primeiro Encontro de Coordenadores de Saúde Mental do Sudeste, ocorrido em Vitória (ES). Este Encontro garantiu a pauta sobre a saúde mental e a superação dos hospitais psiquiátricos, na vindoura 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 (Amarante, 2017). De acordo com Amarante (2017), a 8ª Conferência foi marcada pela forte presença da sociedade civil. Este fato demonstrou o engajamento da população na agenda da reforma sanitária, que almejava transformar a saúde pública no Brasil.

Como desdobramento da Conferência Nacional de Saúde, tivemos a convocação da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), no Rio de Janeiro (RJ) em junho de 1987. Amarante (2017) nos explica que este evento foi marcado pela controvérsia, pois os movimentos da reforma psiquiátrica ansiavam por uma Conferência democrática, com ampla presença popular. Enquanto isso, o MS projetava um caráter congressual para a jornada. De qualquer maneira, segundo Hirdes (2009), a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª CNSM são dois marcos teórico políticos fundamentais no que diz respeito às políticas de saúde mental.

A dissidência gerada na 1ª CNSM conduziu o MTSM em direção a um novo evento, assim tivemos o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru (SP), realizado também em 1987. Amarante (2017) pontua que este foi fundamental na trajetória da luta antimanicomial, pois transformou o MTSM em um genuíno movimento social, engajando atores específicos (trabalhadores de serviços de saúde mental, usuários e seus familiares), e em um plano mais amplo, envolvendo

também grande gama da sociedade. Assumindo a perspectiva da cidadania dos portadores de transtornos mentais, o encontro consagrou a máxima da RPB: “Por uma sociedade sem manicômios” (Amarante, 2017, p. 25). Este é o ponto de exclamação do movimento.

Foi em 1989 que, imbuída deste ideal, a Prefeitura de Santos (SP) ensejou uma experiência inovadora, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico privado onde ocorreram muitas violências, inclusive uma série de mortes (Amarante, 2017). Agindo a partir da descentralização do sistema de saúde nacional (permitida pela Reforma Sanitária), a Prefeitura desmontou a estrutura institucional manicomial e implantou uma rede de assistência territorial, que de acordo com Amarante (2017), para além da conduta terapêutica, previa em especial experiências culturais e sociais.

É dessa forma que surgem os chamados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que no caso de Santos foi representado pelo Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Estes serviços:

exercem um mosaico de ações que o caracterizam como estrutura complexa. Têm leitos de apoio para acompanhamento de situações de crise; atendem demanda em residências, em locais de trabalho ou público; oferecem atendimento do tipo emergencial ou ambulatorial; respondem a várias demandas de caráter social e não apenas como tradicionalmente reconhecidas, “terapêuticas” (Amarante, 2017, p. 27).

Atendendo toda e qualquer demanda psicológica/psiquiátrica, 24 horas por dia, 365 dias do ano, os NAPS representam um horizonte na superação das práticas manicomiais (Amarante, 2017). Apesar de sua importância no que tange aos cuidados terapêuticos, digamos *stricto sensu*, o grande impacto pretendido pelos NAPS é que o portador de transtorno mental pertença a cultura e ao território social (Amarante, 2017).

Para sucesso dessa missão, o projeto previa o estabelecimento de uma presença contínua e permanente dos portadores de transtornos mentais no meio social comum, com apoio para participar da construção e transformação da realidade social (Amarante, 2017). Como exemplos desta iniciativa de cunho amplo, Amarante (2017, p. 27) cita o Projeto Tam-Tam, o Centro de Valorização da Criança, e as Cooperativas Sociais. O fundamental aqui é notar que a inclusão social é o motor desta nova perspectiva, que surge para superar a dinâmica de segregar/asilar.

Façamos um rápido retorno no tempo para o ano de 1987, momento do aparecimento de um outro serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Estamos falando do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz Rocha Cerqueira, localizado em

São Paulo (SP), popularmente chamado de CAPS da Rua Itapeva. Este foi a primeira unidade com essa tipificação no Brasil, sendo seu objetivo primordial evitar internações psiquiátricas (Amancio, 2012). Esta categoria de serviços (tema principal de nossa próxima seção) surgiu como um modelo temporário e transitório entre os serviços hospitalares e os serviços comunitários (Amarante, 2017).

Dessa forma, diferente dos NAPS, este projeto era centrado especialmente em sua característica sanitária/preventista, baseada no viés médico/psicológico de análise (Amarante, 2017). Contudo, dado a exitosa experiência de Santos, o CAPS teve seu projeto inicial redirecionado para “uma proposta substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional, e não um serviço provisório-permanente” (Amarante, 2017, p. 29). Esse redirecionamento foi fundamental para o que os CAPS se tornassem futuramente o agente principal da rede pública de assistência em saúde mental, mas como mencionado, isso será assunto para a próxima subseção.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 descortinou-se a janela para a consolidação da Reforma Sanitária, e a consequente criação de um sistema público de saúde que fosse Universal e Integral. A RPB se fortaleceu neste período, e houve uma abertura para a reformulação legislativa no campo das PPSM. Em 1989 o Projeto de Lei (PL) n. 3.657/1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado, propôs um novo modelo assistencial para os portadores de transtornos mentais, concebendo uma rede serviços de base comunitária substitutos ao hospital psiquiátrico (Amarante, 2017).

Nesse contexto de luta pela reversão do modelo de assistência à saúde mental no país, no cenário pós Constituição de 1988, ocorre o lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado, em 1989, que é uma das primeiras iniciativas oficiais do movimento de Luta Antimanicomial, que defendia a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil, delegando ao Estado a responsabilidade pela criação de serviços alternativos e extra-hospitalares (Pereira, 2020, p.76).

Em paralelo ao que ocorria no Brasil, movimentos semelhantes aconteciam na América Latina e no Caribe, pois o continente como um todo estava em um processo de reestruturação da assistência em saúde mental (Desviat, 2015). Essa conjuntura provocou uma ampliação da cooperação internacional acerca da matéria, e no ano de 1990 aconteceu a determinante Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica (Desviat, 2015). Realizada em Caracas na Venezuela, a Conferência reuniu legisladores, sanitaristas e especialistas da área da saúde mental que, com apoio de referências técnicas da Espanha e Itália, se propuseram a formular um novo modelo

assistencial em saúde mental para a América Latina e Caribe (Desviat, 2015).

A relevância do evento fez com que Desviat (2015) o classificasse como o ato inaugural da reforma psiquiátrica no continente americano. Desviat (2015) aponta que a proposta geral elaborada pela Conferência era de promover recursos terapêuticos que fossem tecnicamente qualificados e que respeitassem os direitos humanos. Esses recursos operariam através suplantação do hospital psiquiátrico por um modelo de atenção de base comunitária e territorial, ligado primordialmente aos serviços de Atendimento Primário em Saúde (Desviat, 2015). O produto final desta Conferência ficou conhecido como “Declaração de Caracas” (Desviat, 2015, p. 133).

Sumarizando a Declaração de Caracas, ela declarou: 1) a reestruturação da assistência psiquiátrica conectada a serviços primários de saúde; 2) a revisão crítica do lugar hegemônico do hospital psiquiátrico e o redirecionamento para a centralidade dos serviços comunitários; 3) a assistência tecnicamente qualificada e éticamente orientada, com foco na cidadania; 4) a revisão da legislação para assegurar direitos humanos e civis, bem como ordenar o modelo de tratamento comunitário; 5) a formação dos trabalhadores da área da saúde mental voltada para práticas em serviços assistenciais abertos e comunitários; 6) o compromisso dos participantes da Conferência em advogar a favor destes princípios em seus países de origem (Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, 1990).

Retomando a cronologia nacional, também no ano de 1990 foi assinada a Lei n. 8.080/1990, que fundou o Sistema Único de Saúde (SUS), fato que permitiu os avanços posteriores alcançados na PPSM, conjuntamente com a recém mencionada Declaração de Caracas. Kyrillos Neto (2003) indica que com o advento do SUS um redesenho da assistência psiquiátrica tomou curso, processo que permitiu um reordenamento jurídico nas PPSM, que habilitou posteriormente a expedição da Lei n. 10.216/2001, fruto do PL n. 3.657/1989.

Amarante (2017) esclarece que este reordenamento jurídico possibilitou a expedição, em 1991, da Portaria 189/1991, que diversificou as estruturas financiadas pelo MS, permitindo que os CAPS e os NAPS recebessem recursos federais. Além desta, em 1992 houve a expedição da Portaria 224/1992, na qual o MS estabelecia parâmetros técnicos para funcionamento de serviços de saúde mental, bem como procedia com o fechamento de unidades que não cumpriam com tais parâmetros (Amarante, 2017). Estas ações Ministeriais, de acordo com Desviat (2015), têm clara influência da Declaração de Caracas.

Kyrillos Neto (2003) acrescenta que no bojo dessa reformulação houve o fechamento significativo de hospitais psiquiátricos que não dispunham dos requisitos básicos para essa prática assistencial, além da criação serviços de saúde mental de atenção diária e base comunitária. Essa afirmação pode ser retratada pela colheita da Portaria 189 em 1991, expressa nos seguintes números: criação de 48 hospitais-dia; acréscimo de 57 CAPS/NAPS (Amarante, 2017, p. 31). Já a Portaria 224 conferiu ao MS um sistema de fiscalização dotado de maior rigor, o que implicou no fechamento de hospitais psiquiátricos. Em 1991 haviam 313 unidades, que decresceram para 269 em 1996, representando o encerramento de 17.575 leitos manicomial (Amarante, 2017, p. 31).

Segundo Amarante (2017), o PL de Paulo Delgado atraiu o olhar da mídia nacional, e ampliou a mobilização social, implicando na proliferação de associações de usuários e familiares, fator que fortaleceu o PL. Esse fator ajudou com a rápida aprovação na Câmara dos Deputados, mas o Projeto não teve a mesma celeridade no Senado, local onde encontrou larga resistência:

No senado foi rejeitado o parecer do Senador Lúcio Alcântara, favorável à aprovação, e em seu lugar foi aprovado o Substitutivo do Senador Lucídio Portela. Este, sob forte lobby da “indústria da loucura”, propõe melhorias superficiais no modelo de assistência psiquiátrica, inclusive no manicômio, que é mantido. Assim, o substitutivo foi aprovado, dando origem à Lei 10.216/2001 (Amarante, 2017, p. 30).

Foi dessa forma que este embate retardou a aprovação do PL 3.657/1989 em mais de uma década, e quando de sua aprovação a mesma se fez na forma de um texto desconfigurado (Amarante, 2017). O texto definitivo da Lei n. 10.216/2001 não refletiu as determinações contidas no PL original, que versavam sobre a obrigatoriedade de extinção dos manicômios, bem como a impossibilidade de serem construídas novas estruturas desta natureza (Amarante, 2017; Pereira, 2020). Mas de qualquer forma, essa legislação representará um incremento substancial no campo das PPSM, em especial com relação a regulação das formas de internação psiquiátrica (Amancio, 2012; Amarante, 2017).

O ano de 1992 é marcado pela 2ª CNSM em Brasília (DF), que contou com “mais de 1500 participantes, dentre usuários, familiares, técnicos, e representantes de entidades da sociedade civil” (Amarante, 2017, p. 32). O evento reafirmou os princípios elementares da RPB, representados principalmente pela superação do paradigma psiquiátrico tradicional, pela desinstitucionalização, pelos direitos humanos e pela

cidadania (Amarante, 2017). Na sequência, em 1993 ocorreu o 1º Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador (BA), momento que expressou em definitivo a importância dos movimentos sociais, pois mais de 500 participantes proclamaram a visão de futuro para as PPSM: “Brasil sem manicômios no ano 2000” (Amarante, 2017, p. 32). Essa, apesar de difícil, era uma meta alcançável, ressalta Amarante (2017).

Uma vez mais a mobilização popular cumpre um papel crucial, ao se colocar como protagonista na transformação das PPSM, que foi o de ampliar substancialmente a influência política e cultural da RPB junto da sociedade como um todo (Amarante, 2017). Isso garantiu que, concomitante às reformulações técnicas (assistência em saúde e legislação), a RPB fosse tomada por um enorme contingente de iniciativas artístico-culturais, que promoveram transformações no imaginário social e nas práticas discursivas sobre loucura e diversidade (Amarante, 2017).

Da mesma natureza, em 1995 tomou ato em Belo Horizonte (MG) o 2º Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (Amarante, 2017). A repetição do encontro pode ser compreendida como a sedimentação de um movimento, que demonstrava consistência e coesão na luta pela cidadania e tratamento digno aos portadores de transtornos mentais. Desviat (2015) explana que os movimentos sociais como este são o grande diferencial do processo de reforma brasileiro em relação a outras localidades no mundo. O psiquiatra espanhol destaca a criatividade brasileira em inovar nas formas de atendimento e na integração de variados agentes sociais em torno de seu programa comunitário (Desviat, 2015).

Como resultados concretos destas mobilizações sociais podemos citar a Carta dos Direitos dos Usuários, o Dia e a Semana da Luta Antimanicomial (Amarante, 2017). Estes resultados auxiliaram a inserir na cultura o tema da doença mental e a defesa pelos direitos daqueles que sofrem com tal fenômeno (Amarante, 2017). Eles ampliaram a visibilidade das PPSM junto à opinião pública, ajudando a superar estigmas e romper os muros da segregação.

Os últimos anos da década de 1990, levando-se em conta que o PL n. 3.657/1989 ainda estava em tramitação, assistiram o avanço lento, porém contínuo da rede de serviços substitutiva. Surgiram as primeiras residências inclusivas e espaços de lazer (Amarante, 2017), que são avanços inovadores, mas poucos. Semelhante ao caso dos CAPS, pois as 154 unidades em funcionamento no ano de 1996 se mostravam insuficientes para atender de maneira qualificada a demanda por serviços psiquiátricos de base comunitária (Minas Gerais, 2007). Mas o fundamental desta década é que, pela primeira vez na história de

nosso país, iniciava-se de fato uma reformulação da assistência psiquiátrica pública.

Os acontecimentos narrados nesta subseção são, em linhas gerais, os mais relevantes no campo das PPSM no corte temporal abordado (1976-2001). Acreditamos ter descrito as lutas contra hegemônicas da RPB em seus aspectos mais importantes, bem como ter apresentado o relativo sucesso conquistado por essas lutas no período histórico em questão. Para concluir, ficamos com a acurácia de Paulo Amarante, ao declarar o cerne da RPB.

Transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido de superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (Amarante, 2017, p. 19).

A fase das políticas psicossociais, tema da próxima seção, almejou alcançar este ideal traçado por Amarante, contudo, em pleno Século XXI, a superação do hospital psiquiátrico ainda permanece um horizonte distante.

### 3.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: A FASE PSICOSSOCIAL

O intuito desta subseção é apresentar uma fase na qual as PPSM foram orientadas pelo que Paulo Delgado (autor do PL n, 3.657) classificou como políticas de atenção psicossocial (Amancio, 2012). Esta fase foi implantada oficialmente em 06 de Abril de 2001, com a promulgação da Lei Federal n. 10.216 que definiu um modelo assistencial em saúde mental constituído por serviços de base territorial comunitária (Brasil, 2001). Consideramos que o processo de implementação destas políticas envolveu a janela temporal dos anos de 2001 até 2017, pois em 2017 ocorreu um revés na direção da Política Nacional de Saúde Mental (Conselho Federal de Psicologia, 2017, 2019). Vamos descrever a seguir os pontos mais relevantes deste período concernentes a nossa proposta de trabalho.

Um dos saldos da reforma psiquiátrica foi a formulação do modelo assistencial de base comunitária. Apesar do fato de que este modelo já estivesse implantado, haja vista experiências como o NAPS em Santos, e o CAPS da Rua Itapeva em São Paulo (subseção anterior), é apenas a partir de 2001, com a sanção da Lei n. 10.216, que este modelo se tornou referência nacional. Kyrillos Neto (2003) retoma uma publicação do Ministério da

Saúde datada do ano 2000, na qual o MS declarou que o objetivo do modelo comunitário seria o de alcançar, em um futuro breve, uma assistência em saúde mental que observe os direitos dos portadores de transtornos mentais, partindo da perspectiva da cidadania com foco na inclusão social.

Imbuído deste ideal, o Governo Federal expediu a Lei n. 10.216. Fruto de décadas de lutas por parte de vários movimentos sociais, a lei se orientou pelo anseio da RPB por uma sociedade na qual a loucura é tratada para além dos muros manicomiais, a partir da chamada rede de serviços substitutivos (Amancio, 2012; Amarante, 2017). Como já mencionado, o PL proposto por Paulo Delgado em 1989, tramitou por mais de uma década entre Câmara dos Deputados e Senado antes de sua aprovação sob a forma da Lei n. 10.216. Esse fato evidencia as complexas relações de poder que atuam neste campo (Montenegro *et al.*, 2020).

Popularmente chamada de lei antimanicomial, ela alcançou, em certa medida, o que estava versado no PL de Delgado, criando a assistência de base territorial não hospitalar, com articulação aos demais serviços de assistência em saúde. Lembremos que o texto original do PL não foi contemplado, já que a extinção do hospital psiquiátrico não se tornou obrigatória, mas ainda sim ganhos significativos haviam sido conquistados (Amarante, 2017). O primeiro ganho foi a possibilidade de definir uma Política Nacional de Saúde Mental tecnicamente qualificada, não só no quesito tratamento médico sanitário, como também na dimensão cidadã, afirmando os direitos dos portadores de transtornos mentais.

O Artigo 3 da Lei n. 10.216 conferiu ao Estado a responsabilidade objetiva de desenvolver a política de saúde mental (Brasil, 2001). Assim foi criada a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que pode ser entendida como uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo SUS com vistas a proteção dos direitos dos portadores de transtornos mentais (Brasil, 2001). De forma geral, a PNSM objetiva organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Ofertando atenção psicossocial (saúde integral e cidadania) a pessoas com depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, indivíduos que fazem uso e/ou abuso de substâncias psicoativas, entre outros quadros psicopatológicos (Brasil, 2001).

Esta fase das PPSM, em termos do discurso oficial contido nas legislações, inaugurou o período no qual os indivíduos que possuem transtornos mentais foram

considerados cidadãos de direitos. Neste período, os direitos civis, fianças garantidas ao dito cidadão comum, se tornavam palpáveis para os que sofriam de transtornos mentais, em especial para os que padeciam dos quadros mais severos e crônicos (Amancio, 2012).

No sentido da discussão ideológica proposta na subseção 2.1, é possível considerar este período como uma forma de ideologia crítica em relação às práticas sociais dominantes (Thompson, 2007). Porém, isto não significa dizer que os doentes mentais deixaram de ser um grupo subordinado a interesses hegemônicos, significa apenas dizer que, idealmente, uma proposta alternativa à exclusão manicomial foi oficialmente declarada a partir de um rol de direitos recém aprovados por lei.

Basicamente as referências bibliográficas desta seção advém dos documentos oficiais produzidos pelo governo brasileiro, na forma de livros, leis, portarias, relatórios e manuais, que em sua maioria são de autoria do Ministério da Saúde. Para começar, a melhor maneira de descrever esta fase é desdobrando alguns artigos da Lei n. 10.216. Essa legislação gerou ganhos significativos, como a já destacada formulação de uma PNSM qualificada. Vamos na sequência abordar alguns dos incrementos na assistência pública em saúde mental promovidos pela legislação.

O Artigo 1 salvaguarda a proteção indelével dos direitos essenciais dos portadores de transtornos mentais (Brasil, 2001). Estes direitos são elencados em nove alíneas constantes no Artigo 2, resumidas a seguir: garantia de melhor tratamento disponível; tratamento humanizado, preferencialmente em serviços comunitários; foco na inserção social; direito pleno a assistência médica; acesso integral a informação sobre seu tratamento; proteção contra qualquer forma de abuso e exploração (Brasil, 2001).

Um ganho fundamental se refere à questão da internação psiquiátrica, regulamentada pelos Artigos de números: 4; 6; 7; 8 e 9 (Brasil, 2001). O Artigo 4 garante que a internação se configure como alternativa extraordinária, apenas quando os recursos extra hospitalares se esgotarem, e que o objetivo é sempre a reinserção social do paciente em seu meio de convívio (Brasil, 2001). Este mesmo Artigo impediu internações em instituições de características asilares, definindo que toda unidade hospitalar deve obrigatoriamente ter a presença de equipe multiprofissional (médicos, psicólogos, assistentes sociais, etc.), capaz de garantir a qualidade na assistência em saúde dos indivíduos sob seus cuidados (Brasil, 2001).

Um importante direito conquistado pelo portador de transtorno mental encontra-se disposto no Artigo 6, determinando que a internação psiquiátrica deve

obrigatoriamente ter que ser acompanhada por laudo médico com tal solicitação (Brasil, 2001). Regulação importante, pois vetou por exemplo, ações como encaminhamentos para internação psiquiátrica realizados por órgãos policiais ou a pedido de familiares do doente mental (situação descrita nas subseções anteriores).

No Artigo 6 foram definidas três tipificações de internação: voluntária; involuntária e compulsória (Brasil, 2001). Essas tipificações foram reguladas pelos Artigos 7, 8, 9, com destaque para o nono, que visa a salvaguarda do paciente quando de sua internação compulsória. Apesar de ainda estar submetido a um sistema de poder regulado pelo ordenamento discursivo da medicina e do código jurídico, o portador de transtornos mentais conquistava uma maior segurança em ter resguardado seu direito a uma avaliação que fosse técnica. Soma-se a isso a observância da exigência de serviços hospitalares não manicomiais ou asilares (Brasil, 2001).

Por fim, o Artigo 10 visou proteger os portadores de transtornos mentais com relação a intercorrências graves dentro de seu período de internação, como acidentes, evasões, ou até mesmo óbito (Brasil, 2001). A criação desta regulação almejou suprimir as graves violações de direitos ocorridas no passado, como as que foram relatadas sobre o Hospital Colônia em Barbacena, e a Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi. Assim, a nova legislação assegurava que a obliteração de direitos exposta nas subseções anteriores fosse superada.

Avançando com a qualificação do chamado paradigma psicossocial, este é um conceito “que englobaria o usuário em diferentes pontos de vista e não apenas no seu tratamento” (Amancio, 2012, p. 31). Dessa maneira a abordagem psicossocial envolve um duplo enfoque: 1) a dimensão social, que visa atender aos portadores de transtornos mentais desde uma perspectiva cidadã, permitindo sua inserção na sociedade e cultura, divergindo da exclusão asilar; 2) a dimensão sanitária, que opera através de serviços assistenciais comunitários de saúde, que contam com densidades tecnológicas diferentes, garantindo tratamento de qualidade e integral. Sintetizamos a seguir a ambição do paradigma psicossocial:

tem como missão dar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e inclusão social dos usuários e de suas famílias (Amancio, 2012, p.35).

Mencionamos algumas vezes, e o trecho cita, a questão do território, que é um conceito relevante para a perspectiva psicossocial. Convém esclarecer que o território não se limita a uma área geográfica que esteja sob responsabilidade de um determinado serviço de saúde, mais que isso, o território representa os contextos reais da vida dos indivíduos (Brasil, 2015). O território é dotado de particularidades culturais, o que convoca os serviços assistenciais a conhecer as dimensões cotidianas de seus usuários e suas redes sociais, permitindo a exploração positiva dos recursos comunitários disponíveis (Brasil, 2013a, 2015).

Os serviços de saúde mental de base comunitária devem se inserir dentro da lógica do território do usuário, buscando prestar assistência direta e promover a intersetorialidade (Brasil, 2015). Essa articulação intersetorial deve ser estabelecida com uma rede de equipamentos de saúde (ESF, UBS, Policlínica, etc.) e equipamentos sociais (CRAS, Escolas, Centros de Convivência, Cooperativas Sociais, praças de esporte, Associações, etc.). Essa rede deve ser potencializada em proveito daqueles acometidos por transtornos mentais, auxiliando na consolidação do seu projeto terapêutico em rede substituta ao hospital psiquiátrico.

O lugar privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental, drogadictos, violentados e pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedades é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde existentes nos territórios onde as pessoas vivem (Brasil, 2013a, p. 25).

A lógica territorial permite que os equipamentos em saúde estejam próximos daqueles que sofrem de transtornos mentais, possibilitando uma forma de tratamento que não exclui ou priva o paciente de sua liberdade. Desta feita, o Ministério da Saúde expediu a Portaria n. 3.088/2011, que estabeleceu uma rede territorial de assistência em saúde mental no âmbito do SUS, responsável pela atenção psicossocial ao usuário com transtornos mentais. Essa rede foi dotada de alta capilaridade, contando com equipamentos de Atenção Básica em Saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), de Média Complexidade, como os CAPS e alta densidade tecnológica, como os Hospitais Gerais (Brasil, 2011).

Assim, veremos mais adiante que uma série de equipamentos de saúde são determinantes para a atenção integral aos portadores de transtornos mentais. Contudo, para êxito do modelo comunitário, um equipamento foi considerado estratégico, o CAPS (Brasil, 2011). Amancio (2012) corrobora com este entendimento, afirmando que os CAPS são primordiais para a garantia dos direitos versados na Lei n. 10.216. Como

descrito na subseção anterior, foi em São Paulo que surgiu a primeira unidade CAPS, convencionalmente conhecida como CAPS da Rua Itapeva. O sucesso desse projeto fez com que experiências similares fossem replicadas em outras cidades do Brasil (Amancio, 2012).

Produto de mobilizações sociais (como o MTSM) e da Declaração de Caracas, a primeira regulamentação normativa dos CAPS foi a Portaria do Ministério da Saúde n. 224, datada de 1992, para a qual estes serviços eram definidos como:

Unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (Amancio, 2012, p. 32).

Interessante notar que a regulamentação legal dos CAPS surgiu quase uma década antes da lei antimanicomial, fato que evidencia uma vez mais as complexas disputas de poder que permeiam este campo. A descrição permite verificar, conforme pontuou Amarante (2017), que o CAPS surgiu como um serviço intermediário e não substituto ao hospital psiquiátrico. Mas a resolutividade na redução das internações psiquiátricas dos equipamentos CAPS (Amancio, 2012; Minas Gerais, 2007) alterou sua função. Esse fator requalificou o CAPS na forma da Portaria do Ministério da Saúde n. 336/2002, que tornou tal equipamento, a partir de 2002, o órgão ordenador do cuidado em saúde mental no SUS (Brasil, 2002).

Amancio (2012) apurou que quando a Lei n. 10.216 foi assinada, os valores com internações psiquiátricas respondiam por cerca de 90% do financiamento público para a assistência em saúde mental. Partindo deste diagnóstico, o Governo Federal iniciou a implantação da rede substituta, buscando aumentar as unidades CAPS, ou requalificar serviços de saúde mental já existentes em unidades desta natureza (Brasil, 2002).

A Portaria n. 336/2002 estabeleceu os CAPS em suas diferentes modalidades, padronizou seus aspectos administrativos, e balizou suas responsabilidades. O Artigo 1 definiu que os CAPS são serviços territoriais de atenção diária ao paciente com transtorno mental, nas modalidades I, II, III, Álcool/Drogas e Infanto-juvenil (essas modalidades dizem respeito ao porte populacional dos municípios, sua complexidade de atividades e suas especificidades de público-alvo) (Brasil, 2002).

O Artigo 4 padronizou a atuação das diferentes modalidades de CAPS. Entre outros aspectos, o artigo definiu: tamanho da população de referência; preceitos de

assistência ao paciente; composição das equipes de trabalho; organização da assistência territorial em saúde mental; articulação com serviços de atenção básica; supervisão de unidade hospitalar em seu território; funcionamento em período mínimo de cinco dias da semana, com jornada de trabalho iniciando às 08:00 horas e finalizando às 18:00 horas (Brasil, 2002).

Tomemos a modalidade CAPS I (serve a municípios de porte populacional entre vinte até setenta mil habitantes) como exemplo para ilustrar dois pontos, a equipe de trabalho e as atividades desenvolvidas. Conforme Artigo 4, o CAPS I deve dispor de equipe multiprofissional, contando com no mínimo: um médico com especialidade em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior (entre Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, ou outro pertinente ao Projeto Terapêutico), e quatro profissionais de nível médio (Técnico de Enfermagem, Auxiliar Administrativo, Artesão, entre outros). Essa equipe fica incumbida de prestar assistência a até vinte pacientes por turno, e trinta por dia (Brasil, 2002).

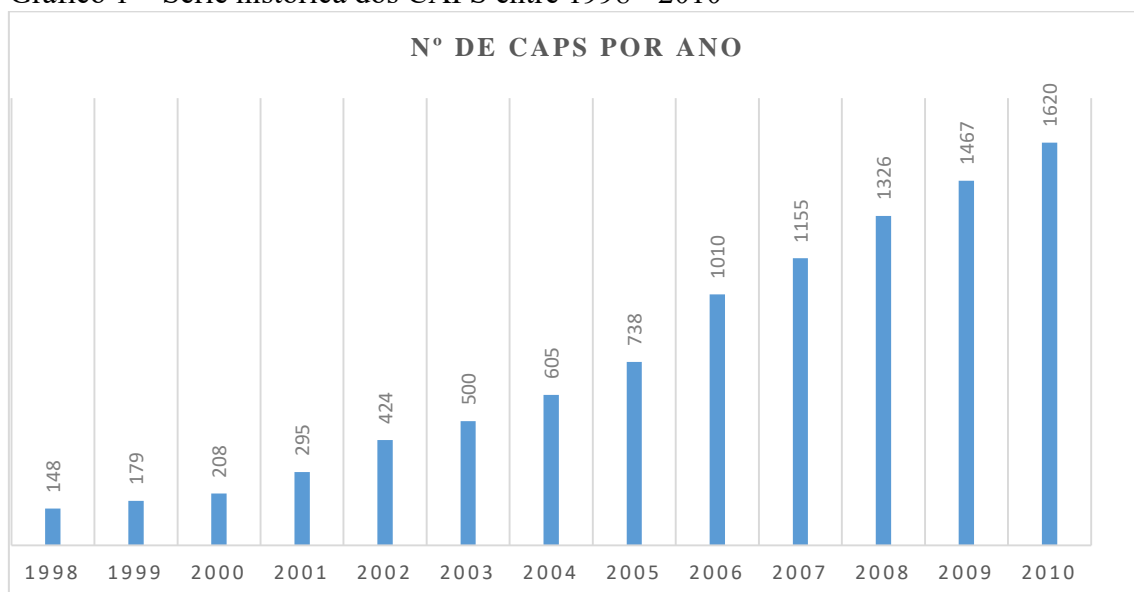
O outro ponto que destacamos, constante também no Artigo 4, versa sobre as atividades essenciais ao serviço. Listamos na sequência algumas destas atividades: acolhimento; psicoterapia individual e em grupo; medicação; atividades artesanais; oficinas terapêuticas, visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias com enfoque na integração do paciente ao meio social, entre outras também pertinentes ao Projeto Terapêutico de cada unidade (Brasil, 2002). Parte destas atividades são prestadas nas unidades CAPS, que devem funcionar de oito da manhã até as seis da tarde, servindo refeições aos pacientes que no serviço permanecerem por mais de um turno (Brasil, 2002).

O Artigo 6 apresenta os equipamentos CAPS como as unidades responsáveis pela atenção psicossocial dentro do SUS, uma vez que definiu o cadastramento das unidades CAPS e NAPS já existentes nos moldes de atuação estabelecidos pela Portaria n. 336/2002 (Brasil, 2002). O Artigo 7 determinou que os CAPS são componentes estratégicos do SUS e, com isso, devem ser financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação. Nesta mesma linha, o Artigo 8 garantiu a alocação de recursos financeiros para pagamento da operação dos CAPS cadastrados no Ministério da Saúde (Brasil, 2002).

Após atualizada a normativa do CAPS, no ato da Portaria n. 336, o Governo Federal se envolveu na agenda de implantação da rede de saúde mental substituta. Em um espaço de tempo de três anos, o número de unidades CAPS dobra, alcançando 605 em

2004, e superando as 1.000 unidades em 2006 (Brasil, 2012a). Apresentamos a seguir o Gráfico 1 que demonstra o processo de expansão das unidades CAPS na janela temporal compreendida entre os anos de 1998 a 2010. Se considerarmos o período a partir da efetivação da Lei n. 10.216, ou seja, o período entre 2001 e 2010, temos um crescimento de 449,15% das unidades CAPS, denotando o sucesso na implantação dos serviços substitutivos de saúde mental.

Gráfico 1 – Série histórica dos CAPS entre 1998 - 2010



Fonte: Brasil (2012a).

O Gráfico 1 exprime claramente o avanço das unidades CAPS em números absolutos. Apesar de ainda insuficiente e de distribuição desproporcional ao longo dos Estados e Cidades brasileiras, tal qual aponta o relatório do Ministério da Saúde (Brasil, 2012a), o avanço mostrou resultados animadores. Estudos como os de Onocko-Campos *et al.* (2018); Rocha *et al.* (2021); Miliauskas *et al.* (2019); Echebarrena; Silva (2020); Reis *et al.* (2015) comprovam a eficácia dos CAPS enquanto estratégia para prevenção de internações psiquiátricas nas cidades onde sua operação ocorre. Este impacto pode ser traduzido pelas palavras de Amancio, em seu livro sobre a clínica do CAPS.

Com a regulamentação do CAPS a internação deixou de ser o único recurso disponível para o tratamento da loucura e passou a ser um recurso aplicável, indicável, necessário, e em alguns casos, indispensável desde que articulada a uma rede de cuidado, cuja lógica pautada nas ações comunitárias, territoriais, intersetoriais, não é a lógica de segregação, da exclusão, da internação como exclusão social no próprio seio da sociedade (Amancio, 2012, p. 33).

Entendido o ponto relativo aos CAPS, passamos a caracterização de outras ações

fundamentais desenvolvidas pela Política Nacional de Saúde Mental. Uma questão muito grave apontada nas seções anteriores diz respeito a institucionalização de indivíduos em hospitais psiquiátricos. No Brasil haviam milhares de pessoas nestas condições, a de indivíduos que contabilizavam anos de internação psiquiátrica ininterrupta (Brasil, 2015). Este panorama fez com que o governo criasse duas políticas públicas com ações focadas na desinstitucionalização de portadores de transtornos mentais. Falamos dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), regulamentados pela Portaria MS n. 106/2000 e do Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela Lei Federal n. 10.708/2003.

Essas duas políticas viriam a compor a rede de saúde mental a partir do que foi qualificado como o componente Estratégias de Desinstitucionalização (Brasil, 2011). Este componente tem por objetivo garantir às pessoas com transtorno mental (que estavam em situação de longa permanência em unidade psiquiátrica) o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, que atuam na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando a progressiva inclusão social (Brasil, 2011).

Os SRT são moradias alternativas destinadas a pessoas com histórico de longa internação (mais de dois anos) em unidade psiquiátrica e que não possuem suporte social (Brasil, 2004). Sua regulamentação é a Portaria n. 106/2000, que entre outros aspectos parametriza: a equipe profissional mínima; o máximo de oito moradores por moradia e até três por dormitório; a assistência técnica a ser prestada; a articulação com a rede SUS; a estrutura física da moradia; os meios de financiamento (Brasil, 2004).

Fundamental para atendimento do extrato mais vulnerável entre os portadores de transtorno mental, os SRT expandiram-se consideravelmente desde a efetivação da Lei n. 10.216. É possível identificar essa expansão a partir dos relatórios gerados pelo Ministério da Saúde, pois em 2004 haviam 256 SRT (Brasil, 2004), e dados mais atualizados, relativos ao ano de 2022, registram 813 unidades desta natureza (Brasil, 2022). Essa expansão garantiu proteção integral a mais de sete mil portadores de transtornos mentais severos (Brasil, 2024).

Já o Programa de Volta para Casa (PVC), constante na Lei n. 10.708/2003, instituiu o auxílio reabilitação psicossocial, na forma de um pagamento pecuniário mensal (à época R\$240,00, hoje R\$500,00), destinado a egressos de hospitais psiquiátricos com mais de dois anos de internação (Brasil, 2003, 2022). Tal qual as SRT, essa política foi crucial para garantir sucesso do processo de desinstitucionalização. Seu avanço também foi notável, iniciando com 206 beneficiários em 2003, passando dos 2.000 ainda em 2006,

chegando ao pico de 4.445 beneficiários em 2016, e assistindo 4.073 pessoas em 2022 (Brasil, 2022).

Na mesma medida que os portadores de transtornos mentais em geral conquistavam direitos com a Lei n. 10.216, os indivíduos na condição de usuários ou dependentes de drogas também passavam a gozar dos direitos ao tratamento comunitário. Rememoremos que Decreto n. 891 de 1938 estabelecia que o tratamento para o uso de álcool e drogas era obrigatoriamente em regime de internação. Montenegro *et al.* (2020) assinalam que a aliança entre os saberes jurídico e psiquiátrico arquitetaram um tratamento manicomial e compulsório para os que faziam uso de drogas. A fase das políticas psicossociais tinha também a ambição de reorientar essas práticas.

Dessa maneira, a lei antimanicomial abriu caminho para que uma série de novas legislações fossem emitidas buscando a regulação do uso e abuso de substâncias psicoativas. A inovação deste momento reside no caráter de tratar a questão da droga como um problema de saúde pública e não de segurança pública (Montenegro *et al.*, 2020). O primeiro ponto a ser observado é que o tratamento para o uso e dependência de substâncias psicoativas seria também em equipamentos de base comunitária, assegurado pelo CAPS, em especial os qualificados na modalidade CAPS Álcool e Drogas (Brasil, 2002).

As novas legislações relativas ao uso de entorpecentes se certificaram de abordar o tema sob o viés da saúde, revisando os teores proibitivos e condenativos das legislações que até então balizavam o tema. A orientação pelos preceitos da Redução de Danos refletia um enfoque progressista no que toca o tratamento de dependentes químicos (Montenegro *et al.*, 2022). Essa perspectiva difere radicalmente das modalidades de tratamento baseadas na abstinência, que trabalham na linha do controle disciplinar do corpo do indivíduo, como bem fundamentado por Foucault (2003). Dessa maneira a abordagem da Redução de Danos se alinha mais harmoniosamente com a linha de pensamento das políticas psicossociais (Montenegro *et al.*, 2022).

O trecho a seguir resume as legislações que compuseram a emergente Política Nacional sobre Drogas:

O Decreto nº 4.345, de 26 agosto de 2002, prevê a distinção entre “usuário”, “pessoa em uso indevido”, “dependente” e “traficante”, concebe a aplicação de penas alternativas e adota ações de redução de danos. A Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, dispõe sobre a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, concebendo a articulação entre equipamentos nos três níveis de atenção em vista da inserção comunitária e da redução de internações psiquiátricas. A

Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005, define as ações de Redução de Danos em termos de público-alvo, tipos de ações e princípios norteadores, tais como os direitos humanos, liberdade e identidade dos usuários. A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, endossa as mudanças anteriores, ao prever o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas e profissionais como meios de inclusão social e definir penas distintas considerando a posse de drogas para consumo pessoal ou tráfico (Montenegro *et al.*, 2020, p. 680).

Sem dúvida a Lei n. 11.343/2006 é a principal normativa entre as listadas no fragmento destacado. Essa lei gerou um sistema nacional complexo para abarcar a questão da droga, fundando uma política nacional sobre drogas tecnicamente qualificada, descentralizada e baseada na poliarquia (Brasil, 2006). A lei é extensa, e não temos o propósito de desdobrá-la neste momento, pois ela será objeto de uma análise mais pormenorizada na subseção 4.3. Para o momento cabe esclarecer que a lei criou o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

Dentre outras atribuições, o SISNAD ficou incumbido de estabelecer: princípios e objetivos da política sobre drogas; tratamento e assistência ao usuário e/ou dependente de substâncias psicoativas com foco comunitário e de inserção, ou reinserção social; controle social; integração de políticas (Brasil, 2006). No tocante ao uso e abuso de drogas, surgia um Sistema pautado na ética do cuidado em saúde e na perspectiva cidadã, que rompia com as normativas que caracterizaram historicamente a política nacional sobre drogas, com suas premissas proibitivas e segregatórias.

O destaque negativo fica para o Artigo 25. Ele versa sobre as entidades da sociedade civil sem fins lucrativos que prestam atendimento a indivíduos que fazem uso de álcool e outras drogas, tornando-as passíveis de receber verbas públicas (Brasil, 2006). O artigo é superficial, o que deu margem para que no futuro entidades sem devida qualificação participassem ativamente das políticas públicas destinadas aos que fazem uso de substâncias psicoativas.

O Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) ficou encarregado da missão de realizar o controle social deste Sistema, mas por ser uma instância permeada por interesses antagônicos, foi a partir dele que se iniciou uma alteração fundamental no SISNAD (Cardoso, 2023). A alteração tem seu germe na Resolução 01/2015 do CONAD, normativa que possibilitou financiamento público para entidades que reproduzem práticas manicomiais (Moreira, 2019). Esse processo culminou na Lei n. 13.840/2019 que modificou radicalmente o SISNAD (Montenegro *et al.*, 2020, 2022).

Retomaremos a questão da política sobre drogas na próxima seção, que apresenta com mais detalhe a alteração no SISNAD. Além disso iremos analisar na seção 4 o viés

ideológico envolvido nesta alteração. Agora direcionamos nosso olhar para compreender a Integralidade do cuidado aos portadores de transtornos mentais nas redes de atenção em saúde do SUS.

Tal qual mencionado, os CAPS são os serviços estratégicos da Política Nacional de Saúde Mental, mas eles devem necessariamente estar articulados as demais redes de saúde presentes no SUS. Não só para ter uma maior efetividade de suas ações, mas também para a garantia do acesso universal e integral aos serviços de saúde disponíveis para o portador de transtornos mentais (Brasil, 2015). Façamos uma rápida explanação sobre estes pontos, a Universalidade e a Integralidade.

A Universalidade no SUS deve ser compreendida como o acesso irrestrito e gratuito a todo indivíduo que busca os serviços de saúde ofertados pelo sistema, uma vez que a saúde é direito de todos e dever do Estado, vide Lei n. 8.080/1990 (Brasil, 2015). Com respeito a Integralidade, outro Princípio organizativo do SUS, ela envolve a garantia da oferta de assistência em saúde necessária ao indivíduo e à coletividade, independentemente de suas condições demográficas e sócio econômicas (Brasil, 2015). A Integralidade deve ser entendida como a proteção recebida pelo usuário<sup>1</sup> via um sistema que conecta e articula vários equipamentos de saúde, ancorado em inúmeras práticas e saberes multiprofissionais e interdisciplinares, com vistas para a promoção em saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (Brasil, 2015).

Para assegurar a assistência integral, a estruturação do SUS foi alicerçada em três dimensões de tecnologias em saúde, ou níveis de complexidade, são eles: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade (Gastão, 2006). Estes níveis funcionam a partir de interações em disposições de redes com relações transversais, condição que almeja garantir a Integralidade da assistência em saúde. O que diferencia estes níveis de complexidade é a densidade tecnológica dos serviços ofertados em cada um, ou seja, o grau de especialidade das técnicas aplicadas e dos procedimentos realizados (Gastão, 2006).

Explicando de outra maneira, na Atenção Básica os saberes são generalistas e os procedimentos visam majoritariamente a promoção e prevenção em saúde. Na Média Complexidade encontramos serviços de natureza especializada como os encontrados em Policlínicas Municipais (serviços ambulatoriais de psiquiatria, neurologia, psicologia, por exemplo), e nos CAPS. Enquanto finalmente, na Alta Complexidade temos as dinâmicas

---

<sup>1</sup> Importante ressaltar que o termo usuário é utilizado para se referir a qualquer indivíduo que faça uso dos serviços do SUS.

hospitalares. Importante ressaltar que apesar de diferentes complexidades, todos possuem o mesmo grau de importância, pois não se trata de um modelo piramidal hierárquico, mas sim uma rede descentralizada com responsabilidades diversas (Mendes, 2011).

Elucidados estes aspectos gerais, seguimos com nossa caracterização da rede de atenção em saúde mental. Essa rede adveio da necessidade de cuidado integral para com o portador de transtorno mental, situação que convocou o SUS a inserir a saúde mental em sua lógica de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Definidas pela Portaria n. 4.279/2010 as RAS são arranjos organizativos de serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas que se integram por meio de sistemas de apoio técnico e de gestão, almejando garantir a integralidade da assistência ao usuário de seus serviços (Mendes, 2011).

Em suma, as RAS são tecnologias sociais em saúde, descentralizadas e não hierárquicas, que visam o compromisso com a melhora de saúde da população em geral, ofertando serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde (Mendes, 2011). Assim, para a lógica das RAS, uma unidade básica de saúde, um pronto-socorro, um centro de especialidades, ou um hospital, são igualmente importantes para a garantia da atenção integral à saúde do usuário. Isso porque, todos esses serviços de saúde cumprem papéis específicos para necessidades específicas de seus usuários.

Por serem dinâmicas e descentralizadas, as RAS implicaram num incremento da capacidade resolutiva de problemas no SUS, superando as barreiras criadas pela fragmentação de ações (Mendes, 2011). Por isso, no ano de 2011, momento em que era comemorado os dez anos de vigência da lei antimanicomial, o MS estabeleceu a Portaria n. 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Seu Artigo 1 define a RAPS como a: “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2011).

Consonante ao citado, a RAPS funciona a partir de um desenho operado através de pontos de atenção à saúde, que são distribuídos de maneira transversal nos três níveis de complexidade. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como equipamentos em que são ofertados determinados serviços de saúde, com uma produção singular (Brasil, 2015). Citamos os CAPS e as ESF, para ficar em dois exemplos. Efetivamente os pontos de atenção em saúde se configuram como cada serviço de saúde ofertado pelas RAS. Isso torna as RAS e, no caso específico de nosso estudo, a RAPS, um sistema organizado de

pontos de atenção em saúde, que contam com projeto técnico específico, e agem de forma autônoma, porém articulada.

A RAPS surgiu da necessidade de se efetivar em ações os artigos preconizados na Lei n. 10.216. A rede materializa um sistema de atenção em saúde mental a partir do acesso e da promoção de direitos às pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade, orientado por uma bússola que tem como norte a sociedade sem manicômios. Assim, sinteticamente, temos uma RAS acessível universalmente (para todos), com o objetivo de articular ações e serviços de saúde de base territorial em diferentes níveis de complexidade (atenção integral).

A parte mais importante para nós no que tange a RAPS são seus pontos de atenção, pois é onde o usuário recebe de fato seu atendimento. O Artigo 5 da Portaria n. 3.088/2011 dispõe sobre este quesito, apresentando uma ampla gama de serviços de saúde, dispostos nos três níveis de complexidade, que compõem a rede destinada a assistir o portador de transtornos mentais. Para uma melhor visualização dos pontos de atenção da RAPS recorremos a um quadro proposto pelo Ministério da Saúde.

Quadro 2 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Componente	Ponto de Atenção à Saúde
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UBS</li> <li>• NASF</li> <li>• Consultório na Rua</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura</li> </ul>
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CAPS</li> </ul>
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192</li> <li>• Sala de Estabilização</li> <li>• UPA 24 horas</li> </ul>
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento</li> <li>• SARR</li> </ul>
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermaria especializada em hospital</li> <li>• SHR</li> </ul>
Estratégias de desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SRT</li> <li>• Programa de Volta para Casa</li> </ul>
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de geração de trabalho e renda</li> <li>• Empreendimentos solidários e cooperativas sociais</li> </ul>

Fonte: Brasil (2015, p. 93), adaptado pelo autor.

Os diversos pontos de atenção em saúde demonstram o quão denso e qualificado são os serviços da RAPS (ressalvando o fato que não são todos os municípios que dispõem da rede completa). De maneira transversal, tem-se desde o cuidado básico em saúde, que se inicia com as UBS, até o cuidado altamente complexo, como internações em hospitais gerais via Serviço Hospitalar de Referência (SHR), passando pelo ponto de atenção

central e estratégico que são os CAPS nas suas diversas modalidades. Este circuito é mero exemplo da densidade desta RAS.

Todos estes componentes funcionam de forma interligada, descentralizada e são de interação direta, portanto sua permeabilidade e capilaridade garantem um dinamismo dentro da rede. A função primordial da RAPS é a assistência integral em saúde ao seu usuário, bem como a segurança de um tratamento baseado em serviços abertos e comunitários, que não excluam e segreguem. Em suma, todos estes dispositivos estão a serviço de um tratamento de qualidade, que almeja superar e substituir por completo o hospital psiquiátrico.

Não é nossa intenção abordar todos os pontos de atenção presentes no Quadro 2. Alguns já foram razoavelmente considerados, como o CAPS e as Estratégias de Desinstitucionalização. Na sequência, realizamos breves, contudo, importantes, ponderações sobre três pontos de atenção em saúde com capacidade de, em curto prazo, auxiliar na redução das internações em instituições psiquiátricas. Estamos falando das UBS e NASF entre os serviços de Atenção Básica, e o SHR da Atenção Hospitalar.

Como é possível visualizar no Quadro 2, a RAPS dispõe de quatro pontos de atenção em saúde no componente da Atenção Básica, o que confere a este componente o maior número de serviços nesta rede. Essa composição credita grande magnitude a tais serviços, que tem como foco a promoção e prevenção da saúde do portador de transtorno mental. Importante ressaltar que na RAPS, assim como nas outras RAS, o centro das ações em saúde é a Atenção Básica, sendo esta ordenadora do cuidado (Brasil, 2015).

Esse desenho estrutural indica um alinhamento com a Declaração de Caracas, lembrando que o documento, do qual o Brasil é signatário, declara que a reestruturação à assistência psiquiátrica deve estar ligada a serviços de atenção primária em saúde (Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, 1990). Um importante expoente da RPB, Desviat (2015), valida essa premissa, sublinhando a essencialidade dos equipamentos da atenção primária, ou caso do SUS Atenção Básica em Saúde, para a garantia do sucesso no tratamento extra hospitalar dos portadores de transtornos mentais.

Com relação à Unidade Básica de Saúde (UBS), ela atua a partir de uma equipe multiprofissional que realiza ações em saúde que envolvem a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação com foco no desenvolvimento da atenção integral em saúde de seus usuários (Brasil, 2011). Uma função fundamental deste ponto de atenção é sua responsabilidade de articular os vários equipamentos de saúde presentes na

RAPS em benefício de seus usuários.

Um importante programa no interior das UBS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Importante ressaltar que a parceria com as ESF é salutar para os projetos de saúde mental inspirados pela reforma psiquiátrica, pois esta guarda grande afinidade com os programas de saúde da família (Minas Gerais, 2007). A ESF é composta por equipes com Médico e Enfermeiro generalistas, além de Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam baseados na lógica territorial, focando na promoção e prevenção em saúde. A proximidade das ESF com os portadores de transtornos mentais permite uma ação que cria laços sociais significativos, o que gera um incremento do cuidado em saúde capaz de articular toda uma rede (Minas Gerais, 2007).

Outro ponto de atenção significativo na Atenção Básica é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), este é formado por equipe multidisciplinar, que atua em parceria com a ESF na base territorial desta (Brasil, 2015). O NASF pode ser composto por psicólogos, assistentes sociais, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, educadores físicos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais (Brasil, 2015).

Essa composição representa uma potente pluralidade de saberes que se prestam a apoiar o trabalho da ESF, a partir do cuidado compartilhado do usuário e da atividade matricial especializada (Brasil, 2011, 2015). As equipes NASF aumentaram o escopo de ação da Atenção Básica, com isso ampliaram a capacidade resolutiva de problemas deste componente, beneficiando em boa medida a saúde de portadores de transtornos mentais (Brasil, 2011, 2015).

Uma qualificação da RAPS ocorreu em 2012, ano que o MS regulamentou o Serviço Hospitalar de Referência (SHR) através da Portaria n. 148/2012. Esse serviço possui alto potencial para prescindir de internações em instituições psiquiátricas, se apresentando como alternativa para situações de surtos e crises, a partir da oferta de leitos psiquiátricos em hospital geral (Brasil, 2012). Este ponto de atenção em saúde possui fatores importantes, como densidade tecnológica de alta complexidade, atenção 24 horas, equipe multiprofissional e projeto técnico articulado a RAPS, conforme estipulado na Portaria n. 148/2012.

Estes fatores garantem um grau de assistência em saúde mental que permite substituir a utilização de leitos em hospitais psiquiátricos, conforme aponta a pesquisa conduzida por Echebarrena e Silva (2020), na cidade do Rio de Janeiro. No estudo em questão, o SHR apresentou uma correlação negativa relevante com o número de

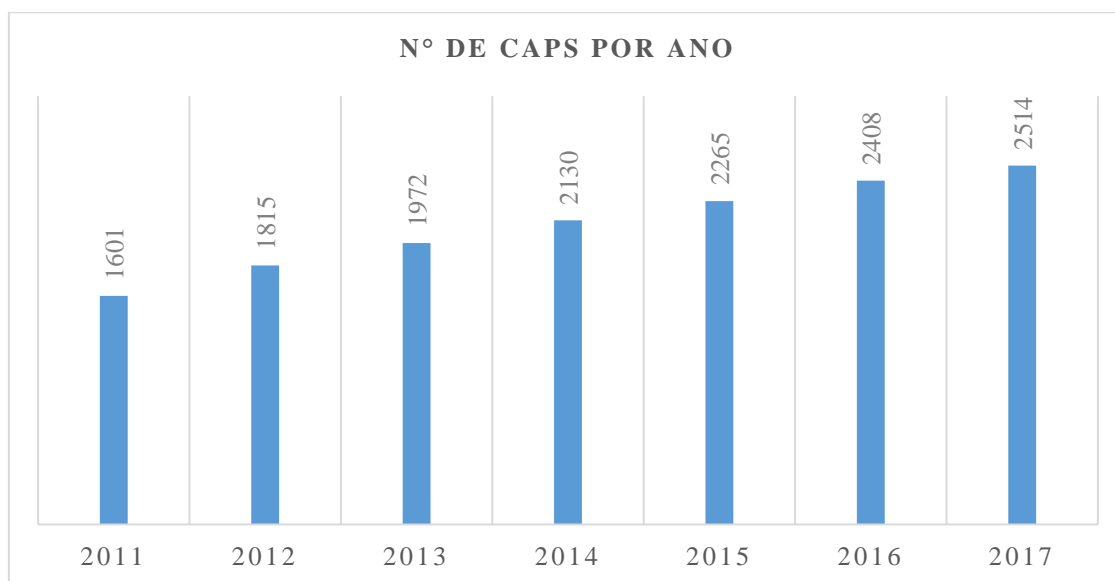
internações em hospital psiquiátrico, ou seja, a sua presença em hospitais gerais reduziu o número de internações em hospitais psiquiátricos.

O detalhe negativo da RAPS reside no componente Residencial Transitório, em específico no ponto de atenção designado Serviço de Atenção em Regime Residencial (representado pela sigla SARR no Quadro 2). Estes se apresentam como residências transitórias para que adultos com problemas ligados a álcool e outras drogas possam buscar reabilitação (Brasil, 2011). Contudo, a regulação destes serviços na Portaria n. 3.088/2011 é superficial, o que permitiu o ingresso na RAPS de instituições sem a devida qualificação ética e técnica (Amarante, 2021).

Dentre os serviços do tipo SARR, existem aqueles classificados como Comunidades Terapêuticas, que se tornarão atores centrais na futura política nacional sobre drogas (assunto para mais adiante). O Conselho Federal de Psicologia (2017, 2019) fez um alerta, ressaltando que os projetos técnicos de saúde destas Comunidades Terapêuticas devem ser frontalmente questionados, pois essas instituições na verdade reproduzem modelos asilares. Esse alerta é corroborado por Amarante (2021), quando o pesquisador esclarece que essas entidades são focadas na assistência religiosa, de viés moralista e com dinâmicas de cuidado asilar.

O período no qual vigorou a Portaria n. 3.080/2011 assistiu um avanço notável das unidades CAPS pelo país, pois quase 1.000 novas unidades foram abertas em um curto espaço de tempo, conforme demonstra o Gráfico 2. Essa evolução exprime a consolidação da rede de serviços substitutos, que vinha se constituindo e diversificando a assistência em saúde mental no SUS.

Gráfico 2 – Série Histórica dos CAPS entre 2011 - 2017



Fonte: Brasil (2022).

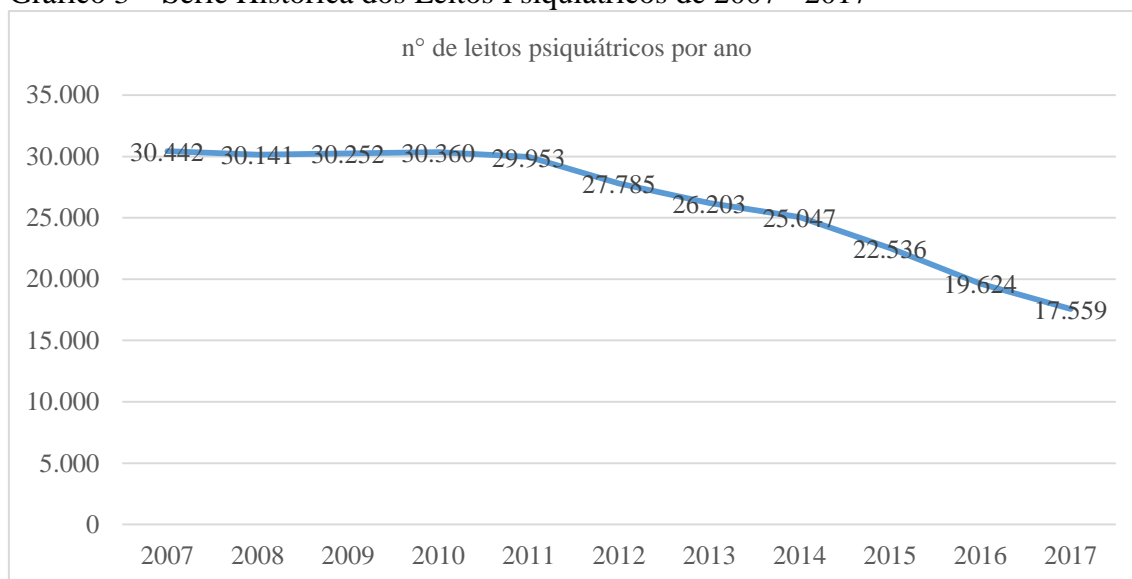
Já consideramos em certa medida o estágio de implantação da rede substituta (em especial os CAPS), e também parte das possibilidades de impacto da RAPS na qualidade de vida e Integralidade em saúde do portador de transtorno mental. Por fim, resta mostrar o grau de efetivação do principal objetivo da RPB que é a desinstalação do aparato institucional manicomial. Tal qual relatado, ao findar da década de 80 do século passado, o Brasil possuía cerca de 100.000 leitos psiquiátricos, distribuídos em 313 hospitais (Minas Gerais, 2007).

Um processo de fechamento destes leitos se iniciou com a assinatura da Declaração de Caracas e ganhou corpo com a Lei n. 10.216. No ano de 2005, este número já estava reduzido a 44.067, alocados em 231 hospitais psiquiátricos, onde apenas na janela entre 2003 a 2004 foram fechados 5.000 leitos (Minas Gerais, 2007). Atualizando estes dados para a realidade de 2017, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2022) o SUS possuía 17.559 (Gráfico 3) leitos psiquiátricos cadastrados e sob financiamento público.

Dessa maneira, dos leitos psiquiátricos existentes nos anos de 1980, em 2017 restavam pouco mais de 10%, evidenciando o esvaziamento das práticas manicomiais. É possível verificar através do Gráfico 3, que a partir de 2011 há uma alavancagem no processo de encerramento de leitos. Esse fator indica uma aposta em uma rede de serviços comunitários em detrimento dos serviços hospitalares, uma vez que a RAPS se mostrou resolutiva na assistência em saúde prestada ao portador de transtorno mental. O Gráfico

3 exprime o decréscimo de leitos psiquiátricos financiados com dinheiro público dentro da janela temporal de 2007 a 2017.

Gráfico 3 – Série Histórica dos Leitos Psiquiátricos de 2007 - 2017



Fonte: Brasil (2022).

Este foi um período auspicioso para aqueles que sofrem de transtornos mentais no Brasil. Após longas décadas de lutas por parte de movimentos sociais pelos direitos dos portadores de transtorno mental, foi possível presenciar parte dos ideais antimanicomiais se concretizarem. Uma série de equipamentos de saúde do SUS se tornaram responsáveis pelo cuidado integral e compartilhado dos usuários com transtornos mentais e, em especial, assistimos a uma redução maciça dos leitos e das internações psiquiátricas.

A inserção na lógica das redes foi determinante para qualificar a assistência em saúde ao portador de transtornos mentais, e assegurar o sucesso da rede comunitária de assistência. É fato que muito ainda havia por ser feito, que a RAPS ainda era insuficiente para a demanda, e que o modelo manicomial ainda estava longe de ser superado (Delgado, 2011). Contudo, avanços foram claramente conquistados pela Política Nacional de Saúde Mental.

A intenção desta subseção foi retratar o processo de implantação das políticas psicossociais, estas políticas representaram um avanço histórico no que tange os direitos dos portadores de transtornos mentais. Apresentamos dados que demonstraram a consistência da RAPS, rede substituta ao hospital psiquiátrico. Porém, mesmo trilhando um caminho que vislumbrava abolir as práticas manicomiais, interesses hegemônicos não deixaram simplesmente de exercer seu poder. Assim foi dentro de um contexto sócio

histórico específico que a Política Nacional de Saúde Mental mudou os rumos de sua direção em 2017. Veremos na sequência essa reconfiguração.

### 3.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: A DESCARACTERIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Este é o menor extrato temporal analisado no que toca as PPSM, pois responde apenas pelos fatos transcorridos entre os anos 2017 a 2019. Contudo, ele é fundamental para o propósito de nossa investigação. Isso porque rumávamos para a superação dos manicômios, mas comutamos para um tempo em que o hospital psiquiátrico e as práticas asilares, enquanto Política Pública, retornaram. A análise da ideologia por trás dessa comutação é o cerne de nossa pesquisa, sendo que esta seção é a que contém o período histórico a ser examinado.

Conforme explicitado em nossa Introdução, o tema geral deste projeto são as Políticas Públicas de Saúde Mental, mais especificamente falando o discurso ideológico contido nas alterações ocorridas no interior destas políticas entre os anos de 2017 a 2019. Sendo assim, são os aspectos mais relevantes deste período que iremos discutir nas páginas seguintes. Estes servirão como base para o argumento que visamos fundamentar na próxima seção, que se presta a análise da ideologia propriamente dita.

A principal referência bibliográfica desta subseção é a dissertação de Mestrado produzida por Fernanda Cardoso no ano de 2023, sob a orientação de Paulo Amarante (expoente da RPB), para o Programa de Mestrado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Esse trabalho disserta sobre os discursos envolvidos nas alterações das PPSM dentro do contexto neoliberal em que vive o Brasil. Em linhas gerais esse é também o nosso tema de pesquisa, em que pese algumas diferenças no objeto de análise. Dada essa afinidade utilizamos o texto de Cardoso (2023) para embasar esta seção.

Antes de discutirmos o período específico (2017-2019), vamos realizar um preâmbulo para abordar a conjuntura político social que o antecedeu. Começamos retornando ao ano de 2013, ano em que emergia um cenário político de insatisfação da população com o estado das políticas sociais brasileiras. Essa insatisfação fez insurgir uma série de manifestações populares, o que intensificou a cizânia entre interesses políticos antagônicos (Cardoso, 2023). Isso gerou uma polarização nacional que pavimentou o caminho para que ideologias conservadoras se fortalecessem (Cardoso, 2023). As PPSM não passaram incólumes a este panorama.

Em 2014, mesmo com o resultado vitorioso nas eleições, o Partido dos Trabalhadores (PT) se viu compelido a estabelecer acordos políticos com o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) visando a chamada governabilidade (Cardoso, 2023). De acordo com Cardoso (2023), este é um momento de expansão das medidas neoliberais e conservadoras, com sérias consequências futuras para o modelo comunitário de saúde mental, que conduziram a sua desconstrução. Cardoso (2023) subdividiu em três fases esse processo de desconstrução do modelo comunitário, formatamos o Quadro 3 para ilustrar essas fases.

Quadro 3 – Subdivisão do processo de alteração das PPSM

<b>Fase latente ideológica (2015-2017)</b>	<b>Fase operacional (2017-2019)</b>	<b>Fase de ruptura aberta (2019-em diante)</b>
Nomeação de Valencius Wurch para o cargo de Coordenador de Saúde Mental álcool e outras drogas. Negociações no espaço político que não estavam explícitas e se materializaram em alterações na PNSM posteriormente.	Materialização em normativas publicadas, como a Portaria nº 3.588 que reconfigurou a PNSM. Embora o discurso ainda fosse de continuidade com o modelo assistencial comunitário e melhorias deste.	Rompimento com os princípios da RPB, com marco temporal fixado na Nota Técnica nº 11/2019. Modificação nas normativas da política sobre drogas, e transferência desta responsabilidade do MS para o Ministério da Cidadania.

Fonte: Adaptado de Cardoso (2023, p. 65).

Vamos sintetizar essas fases. Cardoso (2023) afirma que uma consequência dos acordos firmados entre PT e PMDB (atual MDB) foi a nomeação em 2015, por parte do então Ministro da Saúde Marcelo Castro, do psiquiatra Valencius Wurch para o cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental. Wurch representa as vertentes conservadoras do campo da saúde mental, com o agravante de, na década de 1990, ter sido diretor técnico da Casa de Saúde Doutor Eiras de Paracambi (Cardoso, 2023; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Trata-se da mesma instituição descrita na subseção 3.1, em que ocorreram várias violações de direitos ao longo de sua história, e que veio a ter suas atividades encerradas pelo MS em meados dos anos 2000 por ação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Wurch simboliza um grupo de opositores da RPB e do paradigma psicossocial (Cardoso, 2023). Grupo este que possui expressivos aliados, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), órgãos difusores dos discursos hegemônicos no campo da saúde mental (Cardoso, 2023). Cardoso (2023) adiciona que esse grupo conta também com o apoio da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), classificada por Amarante (2017, p. 35) como defensora dos “empresários da loucura”.

Por conta disso, a posse de Wurch não foi sem a resistência por parte dos defensores da RPB, que ocuparam seu gabinete por mais de cem dias, demandando sua exoneração (Cardoso, 2023; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Mas este fato não significou uma retificação da posição do Governo Federal, pois a direção traçada para as PPSM permaneceu, mesmo no período pós exoneração de Wurch. A nomeação de Wurch foi apenas um prenúncio das transformações que viriam a ocorrer no campo da assistência pública em saúde mental.

O ambiente de conflitos políticos culminou no *impeachment* de Dilma Rouseff no ano de 2016, que uma vez retirada da Presidência da República, abriu espaço para o avanço da perspectiva neoliberal. Com isso a assistência pública em saúde mental ingressou em definitivo na agenda conservadora (Cardoso, 2023; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Pereira, 2020; Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Foi assim que quando Michel Temer assumiu a Presidência do Brasil uma nova ordem passou a vigorar na PNSM.

O período pós *impeachment* de imediato foi caracterizado por alterações relevantes no plano dos investimentos em políticas sociais. Cardoso (2023) confere destaque para as Emendas Constitucionais n. 93, que desvinculou receitas da União destinadas a políticas sociais fundamentais, e a n. 95, que congelou por 20 anos os gastos públicos, gerando um sub financiamento nas políticas de saúde. Cardoso (2023) toma como referência um estudo do IPEA que estimou a perda de receitas do SUS em 20 anos entre R\$ 650 bilhões de reais (cenário otimista), podendo chegar a R\$ 1 trilhão (cenário pessimista). Se levarmos em conta que a saúde mental dispõe de cerca de 2,5% dos recursos financeiros da pasta da Saúde (Onocko-Campos *et al.*, 2018), é possível vislumbrar o quão impactados serão os serviços da RAPS.

Realizado este preâmbulo, vamos para 2017, ano emblemático no que remete as alterações nas PPSM. Isso porque o processo de consolidação da RPB sofreu um revés material nesse ano, que foi a volta consistente do hospital psiquiátrico como política pública. Segundo Cardoso (2023), Quirino Cordeiro Jr. assumiu a Coordenação Nacional de Saúde Mental no começo do ano de 2017 e a tiracolo veio a desconstrução da política de saúde mental.

Cardoso (2023) pontua que, indicado por forças conservadoras da psiquiatria nacional, Quirino tratou de defender a ampliação dos leitos psiquiátricos sob financiamento público. Essa defesa foi legitimada na forma da Portaria n. 3.588/2017. Ao

alterar a composição da RAPS, tal Portaria promoveu a inclusão do Hospital Psiquiátrico<sup>2</sup> nesta rede, renovando e fomentando o cuidado para dentro das instituições psiquiátricas (Cardoso, 2023).

A Portaria n 3.588/2017, emitida pelo MS, ratificou o que foi estabelecido na Resolução CIT 32/2017 e alterou a Portaria n. 3.088/2011 em seu Artigo 5, passando a incluir o hospital psiquiátrico como ponto de atenção em saúde da RAPS (Brasil, 2017). Além de retornar com o hospital psiquiátrico para o centro das políticas de saúde mental, essa legislação aumentou os valores pagos pelo MS com internações psiquiátricas, o que deve ser compreendido como um retrocesso no tocante aos ideais da RPB e um desmonte da PNSM (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). O cunho ideológico contido nesta ação definiu o retorno da política da exclusão e da lógica manicomial.

Juntamente com a portaria 3.588, a resolução 32 da CIT constitui a base de toda a mudança na PNSM, pois, ao definir um novo modelo de RAPS, estabelece uma “nova” orientação do modelo assistencial, que, na verdade, é um retorno ao paradigma anterior à Reforma Psiquiátrica, com diversos elementos que apontam para um cuidado de característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 6).

Estudos como os conduzidos por Pereira (2020), Almeida (2019), Sampaio e Bispo Júnior (2021) corroboram com essa atestação. Estes salientam que as PPSM retornaram para as mãos das forças políticas conservadoras, que historicamente foram hegemônicas e dominaram este campo. Essa nova fase tem obviamente seus componentes contextuais, que “são mais radicais na atualidade, com as agendas neoconservadoras e ultraneoliberais dos governos da nova direita de Michel Temer e Jair Bolsonaro” (Pereira, 2020, p. 73). Cardoso (2023) resume essa nova agenda da política estatal de saúde mental como pautada nas medidas de ajuste fiscal (que restringem os gastos sociais) e no autoritarismo (que privilegia instituições e práticas manicomiais).

O Conselho Federal de Psicologia (2017) foi taxativo a este respeito, classificando as alterações promovidas pela nova Portaria como uma desfiguração da PNSM. Se posicionando de forma contrária as alterações, o órgão afirmou que a expansão de leitos psiquiátricos e a redução de serviços extra hospitalares afrontaram a Lei n. 10.216/2001 e foram na contramão das diretrizes de desinstitucionalização psiquiátrica (Conselho Federal de Psicologia, 2017). A entidade de classe identificou que a intenção destes

---

<sup>2</sup> Deste ponto em diante adotaremos letras maiúsculas para nos referir ao Hospital Psiquiátrico quando este disser respeito a um ponto de atenção em saúde da RAPS.

movimentos é a transformação progressiva da “rede comunitária para um modelo baseado em instituições médico centradas, privadas, promotoras de estigma e segregação e que se mostrou historicamente ineficiente” (Conselho Federal de Psicologia, 2017).

Não foi apenas o retorno do hospital psiquiátrico que reconfigurou a PNSM. O Artigo 5 da Portaria n. 3.588, introduziu as unidades ambulatoriais especializadas em saúde mental (Brasil, 2017). Segundo Cardoso (2023), essa ação se deu em preterimento a outros serviços da RAPS, como os equipamentos de suporte assistencial da atenção primária em saúde, em especial a ESF e o NASF. Isso comprometeu seriamente a premissa da Atenção Básica enquanto ordenadora do cuidado em saúde, fragilizando a assistência em comunidade e no território, bem como a Integralidade em saúde e as ações de matriciamento em saúde mental (Cardoso, 2023; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Cardoso (2023) pondera que, embora a unidade ambulatorial possa ter uma função importante em um sistema de saúde mental, sua desarticulação do território e falta de integração com os CAPS e outros elementos da RAPS, incorrerá de maneira inevitável em um enfraquecimento do modelo comunitário e da premissa do cuidado compartilhado e continuado. Essa posição é corroborada pelo Conselho Federal de Psicologia (2017), que prevê a migração de municípios do modelo “pautado na atenção comunitária, para outro medicalizante, caro e ineficaz”. O órgão avalia que os serviços de Atenção Básica estavam produzindo impactos significativos para a saúde mental, mas passaram a ser minados com a emergência dos ambulatórios (Conselho Federal de Psicologia, 2017).

O que vimos com essas alterações, foi a predileção do Governo Federal por um modelo que pensa a saúde a partir do individual e fragmentário, diverso a perspectiva comunitária de saúde mental. Mas para além da individualização e fragmentação das ações em saúde, o caráter mais deletério do novo (na verdade velho) modelo de saúde mental são as práticas institucionais de tratamento, representadas por hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas (Conselho Federal de Psicologia, 2017).

Ante a esses fatos o Conselho Federal de Psicologia (2017) repudiou as alterações nas PPSM, e declarou:

Ao contrário do que toda a literatura aponta como prioridade no cuidado a condições crônicas, o Ministério da Saúde opta por ampliar o financiamento de serviços que lucram com a agudização de situações crônicas ao invés de evitá-la, pois, ao financiar hospitais, amplia-se o investimento em estruturas anacrônicas, cuja atuação é incapaz de reverter a realidade epidemiológica dos transtornos mentais (Conselho Federal de Psicologia, 2017).

Em termos ideológicos como devemos compreender a Portaria n. 3.588/2017? Lembremos que o hospital psiquiátrico representou historicamente os interesses hegemônicos no campo da saúde mental. A ideologia, conforme esclarecido na subseção 2.1, é o emprego de formas simbólicas, como o discurso, com vistas a estabelecer relações de dominação (Fairclough, 2016; Thompson, 2007). Entendendo que a Portaria n. 3.588 é o discurso oficial do Governo, podemos compreender seu caráter ideológico ao legitimar o retorno das práticas manicomiais hegemônicas sob a forma de políticas públicas. Ação que permitiu reestabelecer as relações de dominação no campo assistencial da saúde mental, segregando indivíduos que fogem ao padrão normativo e garantindo lucro a determinados grupos politicamente favorecidos.

De acordo com Fairclough (2016), o discurso modela as relações sociais de poder, e sua análise visa focalizar os efeitos ideológicos destas relações. Detalharemos melhor essa teoria na seção 4, mas neste ponto gostaríamos de olhar sob o prisma da prática discursiva, que diz respeito às questões de produção, distribuição e consumo do discurso (Fairclough, 2016). Ao analisar essa dimensão do discurso podemos perceber indícios de estratégias de dominação ocultas em enunciados (Fairclough, 2016).

Vejamos brevemente este aspecto da prática discursiva. A produção do documento é creditada ao Ministério da Saúde, ou seja, de autoria do Governo Federal. Em termos de consumo deste texto, ele se direciona para a sociedade como um todo, levando-se em conta que é uma peça legislativa que estabelece um regulamento geral. Portanto, estamos falando de uma regra que o governo determinou ao povo brasileiro.

Montenegro *et al.* (2022) evidenciam a propriedade imperativa que as leis possuem. Estes autores dissertam que, na dimensão da prática discursiva, as legislações podem ser analisadas através da categoria “força”, que está contida em seu enunciado. Dizem eles que a legislação, “por se tratar de um documento normativo, convoca à obediência de seus dispositivos como norma, sendo portanto essencialmente imperativa” (Montenegro *et al.*, 2022, p. 1713-1722). Partindo desta lógica, a Portaria n. 3.588/2017 carrega um imperativo velado consigo, que intenta naturalizar o Hospital Psiquiátrico enquanto componente da RAPS. Sua presença nesta peça normativa busca reestabelecer relações de dominação e minorar as práticas comunitárias. Voltaremos a essa análise na próxima seção, por hora regressamos a linha do tempo das alterações nas PPSM.

Na sequência dos fatos históricos, em novembro de 2018 Quirino Cordeiro Jr. compôs uma Frente Parlamentar Mista (FPM), formada por 226 deputados e 4 senadores, um grupo que “fez defesa à ‘Nova Política Nacional de Saúde Mental e Assistência

Hospitalar Psiquiátrica’ que diverge frontalmente da perspectiva de superação do modelo hospitalocêntrico asilar” (Cardoso, 2023, p. 67). Esse grupo foi lobista dessa política que se apresentava como incongruente com o modelo comunitário, até então vigente. Esse *lobby* pôde ser sentido na inobservância do que foi planejado no Plano Nacional de Saúde, que tinha como metas para 2016-2019, a ampliação dos CAPS, PVC, SRT (Cardoso, 2023).

Diversamente das metas alinhavadas no Plano Nacional de Saúde, a intitulada nova política redirecionou quantias substantivas do financiamento da RAPS para as Comunidades Terapêuticas (CT), instituições incompatíveis com a atenção psicossocial (Cardoso, 2023). Um exemplo dessa reorientação é a Portaria n. 3.659, expedida em novembro de 2018, que suprimiu mais de setenta milhões de reais destinados ao custeio mensal de pontos de atenção da RAPS, afetando em especial os CAPS (Cardoso, 2023).

Já citadas, as CT se tornaram um agente importante nessa nova política de saúde mental, vamos conceituar as mesmas para ficar claro de qual categoria de entidade estamos nos referindo. As Comunidades Terapêuticas (CT), ou Entidades de Acolhimento, são entidades privadas sem fins lucrativos, categorizadas como Organização da Sociedade Civil (OSC), que acolhem indivíduos com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com tratamento focado na abstinência, em regime residencial transitório (Brasil, 2025a). Realizada essa breve conceituação vamos retomar com a caracterização das alterações nas PPSM.

Cardoso (2023) explica que no governo Bolsonaro houve uma exacerbação das políticas neoliberais, que tiveram como uma de suas consequências acentuar o caráter conservador de determinadas políticas, como foi o caso das políticas de saúde mental. Com as alterações na PNSM já em curso, o Governo Bolsonaro tratou de ratificá-las na forma da Nota Técnica n. 11/2019, produzida pelo MS, o documento sustentou um viés ideológico que o Governo definiu como “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (Brasil, 2019).

O Conselho Federal de Psicologia (2019) fez uma oposição veemente a essa Nota Técnica, apontando que o documento representava um retrocesso com relação a reforma psiquiátrica e aos ideais antimanicomiais, subtraindo conquistas definidas na Lei n. 10.216. Isso devido a Nota Técnica n. 11/2019 defender a expansão de leitos em hospitais psiquiátricos e em Comunidades Terapêuticas (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Contrariamente ao apregoado no modelo comunitário, que visava suplantando o hospital psiquiátrico via rede substituta, o Ministério da Saúde (Brasil, 2019) alegou que não

existiria fundamento para uma rede substituta de serviços, uma vez que um serviço não substitui outro.

Para Cardoso (2023), o MS proveu um argumento raso, com a ambição de sustentar um modelo de cuidado psiquiátrico-asilar em detrimento da rede substituta de atenção psicossocial. Almeida (2019, p. 4) está de acordo com essa posição, compreendendo que a Nota Técnica n. 11/2019 representa o abandono dos princípios da atenção psicossocial e um retrocesso nas políticas de saúde mental. O autor reforça que a rede comunitária substituta está em alinhamento com as práticas internacionais de qualidade em saúde mental, perfazendo um, dos quatro objetivos do Plano Global de Saúde Mental da OMS (Almeida, 2019).

Outro agravante da Nota foi a ausência de “participação efetiva das instâncias de controle social na formulação e implementação dessas mudanças” (Cardoso, 2023, p. 71). Esse caráter tão destacado (Amarante, 2017; Desviat, 2015; Minas Gerais, 2007) na construção da PNSM foi totalmente negligenciado neste processo de mudanças recentes. Cardoso (2023) também se remete Plano Global da OMS, salientando a recomendação do mesmo para o encerramento dos hospitais psiquiátricos. A autora considera que recolocar o hospital psiquiátrico no epicentro do sistema de saúde mental, como sustenta a Nota n. 11/2019, resultará na elevação das violações dos direitos humanos e na ampliação da segregação e exclusão social dos portadores de transtornos mentais (Cardoso, 2023).

A completa reconfiguração da PNSM se dá em 2019, com as alterações promovidas no SISNAD. Nutrimos especial interesse neste processo pois ele perfaz um dos objetivos específicos do nosso projeto. A redefinição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) aconteceu quando a Lei n. 11.343/2006 foi suplantada pela Lei n. 13.840/2019. Esta alteração na política dedicada aos usuários de álcool e drogas possui dois elementos de considerável importância para nossa pesquisa, as CT como *locus* de tratamento e a abstinência enquanto condição para o tratamento (Cardoso, 2023; Montenegro *et al.*, 2020, 2022). Estes elementos terminaram por concretizar a desconstrução da PNSM. O trecho a seguir traduz bem a “nova” política sobre drogas.

Essa “nova política” se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “política nacional sobre drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 2).

Vamos buscar descrever em linhas gerais a gênese desta alteração no SISNAD que produziu essa nova política. Do ponto de vista de nossa pesquisa, um personagem teve participação ativa nesse processo. Estamos falando do ex-Ministro da Cidadania Osmar Terra. Sua atuação foi crucial na redefinição da PNSM, através de seu discurso em defesa da nova política sobre drogas e das CT. Terra, que havia sido Ministro do Desenvolvimento Social no Governo Temer, ficou à frente do recém-criado Ministério da Cidadania (fusão dos Ministérios do Desenvolvimento Social, da Cultura e do Esporte) no Governo Bolsonaro, sendo empossado em 02 de janeiro de 2019 (Brasil, 2019).

Para compreender a participação de Terra nas dinâmicas que envolveram as políticas sobre drogas recorreremos ao canal [www.gov.br](http://www.gov.br), veículo oficial do Governo Federal na internet. Conforme notícias constantes neste canal, o Ministério da Cidadania ficou encarregado da pasta do Desenvolvimento Social, que entre suas atribuições estariam uma série de questões relacionadas ao uso e/ou abuso de drogas (Brasil, 2019). Entre essas atribuições enumeramos: 1) educação para redução do uso de drogas; 2) campanhas de prevenção; 3) implementação de rede integrada para pessoas com transtornos ligados ao uso de substâncias psicoativas; 4) avaliação de iniciativas terapêuticas (Brasil, 2019).

Como é possível notar, o novo Ministério reuniu responsabilidades que outrora foram do Ministério da Saúde. O texto não deixa claro o que seria essa rede integrada (item 2), deixando margem para interpretação, nos fazendo supor que tratava-se do incentivo as CT. O movimento de transferência de responsabilidades do MS para o MC acelerou a marcha da alienação das políticas sobre drogas das demais políticas de saúde mental. Porém, essa separação da política sobre drogas não estava ainda consumada, foi aí que Terra se apresentou como facilitador desse processo de mudança social.

Cardoso (2023) destaca o Decreto n. 9.674/2019, que promoveu a mudança da Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas do MS para o MC. Essa Secretaria ficou a cargo de Quirino Cordeiro Jr., que trabalhou conjuntamente com Terra para favorecer as CT e a transformação do SISNAD. Na Coordenação Nacional de Saúde Mental Quirino foi substituído por Maria Dilma Teodoro, escolha que refletiu a influência da ABP nas PPSM (Cardoso, 2023). Cardoso (2023) reforça que a ABP almejava a reabertura de hospitais psiquiátricos, além disso a entidade buscava também se aliar aos interesses das CT, na medida que se posicionava a favor das medidas de internação nestes locais.

A suposição levantada a pouco sobre que tipo de entidade comporia aquilo que o MC nomeou de rede integrada para pessoas com transtornos decorrentes do uso de

substâncias psicoativas ganha praticamente uma confirmação quando examinamos uma publicação no [www.gov.br](http://www.gov.br), realizada no dia 18 de março de 2019. A publicação é uma reportagem que qualifica o MC como um incentivador do tratamento das pessoas com transtornos ligados ao uso de substâncias em CT. Nela, Terra fez um discurso eloquente de defesa das CT, em seguida abrimos aspas para a fala do ex-Ministro com intuito de expor na íntegra seu pensamento.

Elas são decisivas para enfrentar a epidemia das drogas que destrói a nossa juventude, que causa a violência que o país vive e que está se propagando em uma escala gigantesca por falta de políticas adequadas nos governos passados. Agora, estamos vivendo uma nova etapa em que se consolidam programas, destinam-se recursos para as comunidades terapêuticas e os pacientes passam a ficar em um regime de abstinência (Brasil, 2019a).

Na próxima seção retomaremos essa fala de Terra, para uma análise mais pormenorizada. Para o momento, é suficiente entender que o ex-Ministro valeu-se de sua autoridade para difundir um discurso sensacionalista sobre uma alegada epidemia de drogas, que sequer possui fundamento científico, conforme aponta o estudo desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (2017) acerca desta temática. A partir de sofismas como este, Terra legitimou a nova política sobre drogas do MC, a qual teve como efeito prático a assinatura de convênios com 216 CT, aumentando de 6.609 para 10.883 leitos de internação em Comunidades Terapêuticas, com o custo estimado em mais de cento e cinquenta milhões de reais (Brasil, 2019a). Notamos aqui a reconstrução do aparato institucional manicomial sob financiamento público.

Avançando com o processo de alteração do SISNAD, dissemos anteriormente que a FPM composta por Quirino encarregou-se do *lobby* da nova política de saúde mental, esse grupo também foi retratado no portal [www.gov.br](http://www.gov.br). Uma publicação datada de 23 de abril de 2019 repercutiu a ação dessa FPM. A matéria relata que Terra e Quirino estavam no Senado Federal neste dia 23, conjuntamente com senadores que lhes eram aliados, para realizar uma defesa das CT e do PL n. 37/2013 (Brasil, 2019b).

Esse PL é de autoria do próprio Osmar Terra, proposto em 2013, quando Terra cumpria mandato de Deputado Federal. O PL versava sobre inúmeras alterações na Lei n. 11.343/2006, das quais importam em especial para nossa pesquisa o que viria a ser na Lei n. 13.840/2019 o Artigo 23-A, que introduziu a internação involuntária no SISNAD, e o Artigo 26-A que estabeleceu o acolhimento de usuários e dependentes de drogas em CT (Brasil, 2019c). O PL não conseguiu aprovação no passado, pois não encontrava

naquele momento uma conjuntura histórica e política que lhe fosse favorável, uma vez que o modelo psicossocial estava fortalecido à época. Todavia, quando as perspectivas neoliberais e conservadoras dominaram o cenário da política brasileira, o PL encontrou eco, tornando possível o caminho para sua efetivação.

A reportagem informou que o senador Eduardo Girão propôs o encontro de mobilização a favor do PL n. 37/2013 e em defesa das CT (Brasil, 2019b). A postagem fala que lideranças de todo o país se reuniram para este evento, contudo as entidades nomeadas na matéria representam apenas instituições com viés moralista/conservador, todas ligadas as CT, como a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas e a Federação do Amor Exigente (Brasil, 2019b). Além destas entidades, a base parlamentar de apoio se fez presente, com vistas de fortalecer o *lobby* da “nova” política de saúde mental. Entre estes estava, por exemplo, o senador Lasier Martins responsável pelo desarquivamento do PL n. 37/2013 (Brasil, 2019b).

A reunião de atores, como esses rapidamente citados, tinha um objetivo muito claro, a alteração no SISNAD. Recuperamos as palavras de Terra contidas na reportagem que não deixam dúvidas a este respeito: “estamos em um enorme encontro de mobilização, que nós não havíamos visto ainda, e vai nos ajudar a aprovar a lei. Acredito que isso é decisivo para que o presidente sancione” (Brasil, 2019b). E foi, em 05 de junho de 2019, Jair Bolsonaro sancionou a Lei n. 13.840/2019 (Cardoso, 2023).

A nova lei alterou pontos fundamentais da Lei n. 11.343/2006, que conforme dissemos, os que nos importam são os pontos contidos nos Artigos 23-A e 26-A (Brasil, 2019c). O Artigo 23-A reinstaurou a internação involuntária, evocando condutas equivalentes as que foram descritas no Decreto n. 14.969/1921 e Decreto n. 891/1938, recuperando as premissas do controle disciplinar dos corpos, da proibição, da punição e da segregação daqueles que se distanciam do padrão normativo social (Montenegro *et al.*, 2022). Já o Artigo 26-A formalizou a prerrogativa das CT de conveniar com o poder públicos com vistas a internação de indivíduos em suas instalações, além de ter definido a abstinência como visada (Brasil, 2019c). São as instituições totais, tal qual caracterizadas por Foucault (1988, 2003), reestabelecendo seu protagonismo nas políticas de saúde mental brasileiras.

A Lei n. 13.840/2019 assegurou às CT, na forma de lei (não de resolução, portaria ou decreto), o direito de integrar de forma suplementar a rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esse direito permitiu uma amplificação significativa dos convênios entre o poder público e as CT. Não à toa Cardoso (2023) identificou a

ampliação de investimentos públicos em CT no ano de 2019. A nova lei trouxe amparo e segurança jurídica para que o MC, sob a batuta de Osmar Terra, transferisse os referidos R\$150 milhões dos cofres públicos para serviços orientados por dinâmicas asilares, baseados na assistência religiosa e de cunho moralista (Amarante, 2021).

Ou seja, temos aqui, concretamente, um amplo financiamento para um modelo de tratamento pautado na reclusão prolongada, com possibilidade de institucionalização contínua da população que, embora inclua um mecanismo de controle sobre tal procedimento, este se mostra muito frágil, já que em seis meses é permitida nova internação de mais um ano, e antes deste período basta uma justificativa da própria equipe da instituição, conforme definido pelo edital, para a renovação da internação (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 9).

As pesquisas desenvolvidas por Montenegro *et al.* (2020, 2022) esclareceram que as alterações no SISNAD portaram um viés ideológico conservador, que visou a reprodução social das práticas manicomiais. Os autores realizaram uma análise que desnuda a ideologia por trás desta política sobre drogas, frisando que tal ideologia se baseia em um controle disciplinar do corpo dos indivíduos, semelhante ao conceituado por Foucault (Montenegro *et al.*, 2022). Esse controle disciplinar é identificado a partir dos elementos mais básicos da nova política, que são o foco na abstinência e o isolamento institucional em CT.

Seguindo esta mesma linha de pensamento, Cardoso (2023) adiciona que a nova política sobre drogas ignorou a perspectiva da Redução de Danos e do tratamento em meios abertos, isso com vistas de reintroduzir as dinâmicas conservadoras e hegemônicas que sempre permearam o campo da assistência em saúde mental. As dinâmicas conservadoras são representadas pela abstinência e a proibição, enquanto que seu componente hegemônico reside na figura das práticas asilares de isolamento, neste caso em CT (Cardoso, 2023). Análises como estas nos levam a concluir a nova política sobre drogas é na verdade uma ação correlata a institucionalização da loucura (Desviat, 2015; Foucault, 1988, 2003).

Para ilustrar o caráter manicomial dos serviços prestados por essas CT recorreremos a Cardoso (2023), que compilou informações constantes no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, que inequivocamente atestam o caráter manicomial de inúmeras CT. Esse Relatório, realizado em 2017, apontou uma série de violações de direitos perpetradas por entidades desta tipologia. Confeccionamos o Quadro 04, que elenca algumas das violações encontradas pelo relatório.

Quadro 4 – Violações de direitos em Comunidades Terapêuticas

01	Isolamento social/ Trancas e muros que impedem livre trânsito dos internos
02	Restrição de visitas e comunicação exterior, violação de correspondências
03	Retenção de pertences pessoais
04	Ausência de laudo médico em internações involuntárias
05	Ausência de Projeto Terapêutico Singular
06	Ausência de protocolos para desinstitucionalização
07	Descumprimento das normas que regulam o período máximo de internação
08	Desrespeito a liberdade religiosa e de orientação sexual
09	Exploração como força de trabalho, com contornos punitivos, vigilância disciplinadora, tortura
10	Fragilidade das equipes de trabalho

Fonte: Compilado a partir de Cardoso (2023, p. 69).

O Quadro 4 expõe apenas uma fração das violações de direitos dos portadores de transtornos mentais que são internados nestes locais. No relatório foram visitadas 28 instituições, nas cinco regiões do país e em 12 unidades da federação, os dados constataram que as CT possuem características do modelo das instituições fechadas e asilares (Cardoso, 2023). Ante a dados como os deste relatório é totalmente plausível considerar como foi danosa essa transferência de recursos públicos para financiar serviços notadamente manicomial, que dragaram importantes ativos que deveriam ser investidos nos serviços comunitários da RAPS (Cardoso, 2023).

O relatório permitiu identificar a incompatibilidade das CT com os princípios traçados pela RPB, pois o atendimento em CT é incongruente com o tratamento terapêutico em comunidade, conforme preconiza a Lei n. 10.216/01. Acreditamos ser possível estabelecer um paralelo entre os serviços hoje prestados pelas CT e as ações desenvolvidas pelas colônias agrícolas para alienados (descritas na subseção 3.1). Esse paralelo pode ser traçado pelo caráter disciplinar das CT, que Amarante (2017) sublinhou na atuação das colônias, ou na sua função de isolar socialmente, como Amancio (2012) expôs.

Para finalizar nossa abordagem sobre a participação de Terra nas mudanças ocorridas no SISNAD, nos debruçamos sobre outra reportagem presente no portal [www.gov.br](http://www.gov.br), na qual podemos perceber Terra ambicionando sedimentar as alterações já processadas. A matéria online apresenta o V Fórum Sul Brasileiro de Comunidades Terapêuticas, realizado em Blumenau (SC) no dia 11 de setembro de 2019, no qual Terra foi palestrante (2019d). Diversamente a uma discussão de caráter técnico-científico, o que podemos notar é um discurso político do então Ministro. Vamos dar aspas a ele: “o Brasil

finalmente tem uma política séria para o enfrentamento das drogas” (Brasil, 2019d).

Fica claro o ataque ao modelo de atenção psicossocial realizado pelo ex-Ministro buscou desacreditar a assistência comunitária em saúde mental em prol do rígido sistema institucional representado pelas CT. Mas veicular informações inverídicas não é uma novidade para Osmar Terra, conforme expuseram em sua pesquisa Gehrke e Benetti (2021) acerca de tuítes do ex-Ministro sobre a pandemia de Covid-19. Terra afirmou que as políticas sobre drogas que não se fundamentam na abstinência, como as desenvolvidas pelos governos passados, são pseudopolíticas (Brasil, 2019d). Além disso, Terra valorizou no evento o dispositivo de internação involuntária da nova política sobre drogas e o importante papel que as CT desempenham nessa nova política (Brasil, 2019d).

A reportagem traz como destaque positivo o “aumento exponencial” das vagas em CT sob financiamento público. Ilustramos esse aumento a partir da seguinte fala de Terra: “tínhamos duas mil vagas e a gente aumentou para praticamente 11 mil. Queremos chegar a 20 mil. Porque a população está desassistida” (Brasil, 2019d). Constatamos que por trás dessa retórica acerca da população desassistida o ex-Ministro tentou naturalizar e legitimar a reconstituição do aparelho institucional manicomial financiado pelo Tesouro Nacional.

Rememoremos que, nos anos de 1980, o Brasil chegou a ter mais de 100 mil leitos psiquiátricos sob convênio público (Minas Gerais, 2007). Com a promulgação da Lei n. 10.216 em 2001 e o avanço da RAPS a partir de 2011, foi possível esvaziar tais práticas manicomiais e com isso restar pouco mais de 17 mil leitos em 2017 (Gráfico 03). A iniciativa liderada por Terra visou repor, em pouco menos de dois anos, 20 mil leitos com características marcadamente asilares, o que representou uma séria ameaça a todas as conquistas da RPB. Dado esse panorama de regresso das políticas de saúde mental para a estrutura manicomial, o Conselho Federal de Psicologia registrou seu lugar de resistência e sua dissonância com as alterações na PNSM.

Diante da atual conjuntura de avanço do conservadorismo e de redução de recursos para as políticas públicas sociais, com violento ataque ao Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso reforçar a desconstrução do modelo asilar e combater a cada dia o manicômio em suas várias formas, do hospital psiquiátrico à comunidade terapêutica, incluindo o manicômio judiciário (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Se a ideologia é o emprego do discurso para estabelecer relações de dominação, conforme teorizaram Thompson (2007) e Fairclough (2016), então enxergamos nas

normativas federais Portaria n. 3.588/2017 e Lei n. 13.840/2019 o intuito de estabelecer (ou no caso reestabelecer) uma relação de dominação sobre os portadores de transtornos mentais e dependentes de álcool e outras drogas. Para além, compreendemos que através desta operação o Governo Federal legitimou a troca do modelo comunitário para o modelo hospitalar, ação que naturaliza as práticas manicomiais e segregatórias, além de garantir lucro para grupos particulares.

Na janela temporal de 2017 a 2019 houve um significativo aumento dos investimentos do Governo Federal em cuidados assistenciais em saúde mental mais onerosos, que o objetivaram a ampliação do financiamento da indústria de leitos (Cardoso, 2023; Conselho Federal de Psicologia, 2017, 2019). Ao privilegiar financiamentos de instituições asilares, como as CT, automaticamente produz-se uma diminuição nos investimentos dos componentes comunitários da RAPS. Este fato leva Cardoso (2023, p. 73) a concluir que no Brasil ocorreu “um deliberado fomento de retorno aos tempos da indústria da loucura”.

Cardoso (2023) ressalta que esse panorama convoca os movimentos e lutas para a superação do modelo assistencial pautado na violência asilar a se pronunciarem e resistirem. Assim é preciso combater todo modelo de cuidado que impossibilite a vida autônoma dos sujeitos e almejar alcançar sempre um que preserve seus laços sociais e o trate em seu território de origem (Cardoso, 2023). Retomando a posição do Conselho Federal de Psicologia (2017, 2019), é preciso defender o que foi versado na Lei n. 10.216 e garantir a dignidade, liberdade e demais direitos dos portadores de transtornos mentais.

Com isso finalizamos a exposição desta seção. Acreditamos ter sido possível fornecer um panorama geral das PPSM ao longo da história brasileira, fundamentando como os interesses hegemônicos dominaram este campo ao longo dos tempos. A forte e qualificada resistência de determinados movimentos sociais produziu a RPB, que após incessantes décadas de luta viu o modelo de atenção psicossocial emergir e se consolidar. No entanto, nos últimos anos as novas ofensivas neoliberais tiveram profundos impactos nas PPSM brasileiras, conduzindo as mesmas em direção ao paradigma manicomial. Este foi o cenário que, em linhas gerais, visamos retratar e que servirão como base para a fundamentação analítica da ideologia proposta na próxima seção.

## 4 A ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO EMPREGADA PARA INTERPRETAR A IDEOLOGIA DA “NOVA” POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

“Como está bem-vestido o rei! Que cauda magnífica! A roupa assenta nele como uma luva!!!” Nunca na verdade a roupa do rei alcançara tanto sucesso!! Até que subitamente uma criança, do meio da multidão gritou: O rei está nu!!!” (Andersen, 1837).

O intuito desta seção final é o de caracterizar conceitualmente a abordagem teórico metodológica da Análise Crítica do Discurso (ACD) formulada por Norman Fairclough (2016), bem como aplicá-la na análise das Políticas Públicas de Saúde Mental brasileiras. Na obra *Discurso e Mudança Social* o linguista britânico apresenta um modelo de análise linguística passível de interpretar fenômenos e dinâmicas sociais (Fairclough, 2016).

Dessa forma, pretendemos lançar mão da ACD para o exame de um processo social específico, que são as práticas assistenciais historicamente dedicadas aos portadores de transtornos mentais (Amancio, 2012; Amarante, 2017; Desviat, 2015; Foucault 1988, 2003; Frayze-Pereira, 2008). Esse exame investiga a ideologia (Thompson, 2007) envolta nas alterações ocorridas na Política Nacional de Saúde Mental entre os anos de 2017 e 2019, via operacionalização do modelo tridimensional da ACD (Fairclough, 2016).

Para realizar o percurso desta seção na primeira subseção conceituamos a ACD, apresentando uma visão geral da teoria, os conceitos fundamentais para nossa análise e os seus procedimentos operacionais. Na segunda subseção demonstramos a confecção e a compilação definitiva do *corpus* de dados que sustentam nossa análise. Por fim, na terceira subseção apresentamos a análise propriamente dita, onde constará as elucubrações acerca da ideologia que permeia o que a Nota Técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde intitulou de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (Brasil, 2019l, p. 4).

### 4.1. A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA DA ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO

A Análise Crítica do Discurso (ACD) proposta por Fairclough (2016) trata-se de uma abordagem pela qual o nominado professor de Linguística postula que a ACD é mais uma teoria do que uma metodologia. O autor afirma que, diversamente a uma caixa de

ferramentas que se emprega em busca de resultados, a ACD é uma possibilidade para análises amplas do processo social (Fairclough, 2012). Conforme discorre Fairclough (2016), a ACD pode ser aplicada em uma variedade de disciplinas enquanto procedimento focado na investigação da mudança social. Para tanto, segundo o teórico, ele concebeu um método de análise linguística que consegue conciliar a teoria e a prática de uma forma viável (Fairclough, 2016).

A teoria da ACD envolve uma relação entre a linguagem e o pensamento social, assim, de maneira ampla, a mesma deve ser entendida como uma teoria social da linguagem (Fairclough, 2016). Neste sentido, esta teoria, de um lado, está ancorada na tradição da linguística, da pragmática e da análise de discurso (em especial a abordagem francesa proposta por Pêcheux) e, por outro lado, sustenta-se no pensamento social desenvolvido por autores como Antonio Gramsci, Louis Althusser, Michel Foucault, John Thompson, Jürgen Habermas e Anthony Giddens (Fairclough, 2016). Portanto, a teoria que fundamenta a ACD visa uma integração destas duas linhas de pensamento científico, a linguagem e a teoria social de olhar crítico.

Dando sequência à caracterização da ACD, Fairclough (2012) pontua que esta vincula-se a uma visão semiótica dos processos sociais materiais, através dos quais se dá a produção de sentido. Com Saussure (1970), aprendemos que a semiologia é a ciência que estuda os signos no seio da vida social, buscando compreender no que estes consistem e que leis os regem. Dalgarrondo (2008, p. 23) destaca a importância da semiologia, sublinhando sua presença em todas “atividades humanas que incluam a interação e a comunicação entre dois interlocutores por meio de um sistema de signos”.

A linguagem (um sistema de signos) desempenha um papel fundamental dentro da perspectiva teórico-metodológica da ACD, caracterizando-se como elemento central do referido processo. Contudo, a ACD não busca uma análise estanque da linguagem, mas um exame que compreenda a linguagem a partir de suas relações com a estrutura social (Fairclough, 2016). Salles e Dellagnelo (2019) destacam essa observação importante, salientando que a ACD não se restringe à análise da língua, mas sim do uso que fazemos da linguagem para estabelecer relações de poder e modelar identidades sociais.

Seguindo com a formulação de sua teoria social da linguagem, Fairclough (2012) adiciona que nossa vida é composta por uma rede interconectada de práticas sociais (políticas, econômicas, culturais) de caráter semiótico. Toda prática social envolve elementos como: atividade e meios de produção; relações e identidades sociais; valores

culturais; consciência e semiose. Todos estes elementos estão inter-relacionados e articulados dialeticamente (Harvey, 1996 *apud* Fairclough, 2012). A inter-relação de práticas sociais constitui o que Fairclough (2012, p. 310) nomeou como “ordem social”, citando como exemplo a ideologia neoliberal. Essa chamada ordem social possui um aspecto semiótico, o qual é definido como a “ordem do discurso” (Fairclough, 2012, p. 310).

Em consequência disto, a ACD está alicerçada, de uma forma mais específica, em uma teoria social do discurso. Fairclough (2016) nos faz um alerta sobre a dificuldade de se conceitualizar o discurso, conceito que possui diversas definições oriundas de teorias variadas. Fairclough (2016), em linhas gerais, se vale do termo discurso para se referir ao uso que fazemos da linguagem, entendendo esse uso como uma forma de prática social. Com isso, Fairclough (2016) busca colocar em evidência que o emprego da linguagem não é uma ação exclusivamente individual, tampouco é mero reflexo de variáveis sociais. O que Fairclough (2016) tem em mente é clarificar que existe uma relação dialética entre o discurso e a estrutura social.

Como mencionado, a ACD ambiciona promover uma análise que integre linguagem e processos sociais. Por conta desta condição, seu conceito de discurso é formulado desde uma raiz localizada nestes dois campos do saber. No interior da linguística, Fairclough (2016) distingue três principais correntes: na primeira o discurso se refere a amostras de diálogo falado; uma segunda vertente amplia esta dimensão incorporando ao diálogo falado também materiais escritos; por fim, existe o uso do termo como diferentes formas de linguagem (como exemplos podemos citar os discursos de jornais e os discursos publicitários).

Além destes significados atrelados à linguística, temos o uso do constructo discurso na teoria e análise social. Dentro deste segmento teórico, Fairclough (2016, p. 21-22) assinala que o termo discurso é utilizado “com referência a diferentes modos de estruturação das áreas de conhecimento e prática social”. A este respeito, Fairclough (2016) destaca o exame realizado por Foucault no discurso que permeia a medicina, no qual Foucault desvelou as relações de poder e a dominância do discurso da ciência. Considerando este aspecto sócio teórico, Fairclough (2016) busca fundamentos técnicos em Foucault para caracterizar o discurso. O filósofo francês adota a concepção de formação discursiva, um conceito que englobaria:

um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram em uma época dada e para uma área social, econômica,

geográfica ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa (Foucault, 1969 *apud* Cabral, 2005, p. 59-68).

Inspirado por este referencial, Fairclough (2016) afirma que, por um lado, o discurso (operando a partir de seu contexto sócio histórico) se configura tanto como uma forma de ação sobre as pessoas, quanto como um modo de representação do mundo. No entanto, por outro lado, o discurso é moldado e/ou restringido pela macroestrutura social. Dessa maneira, o discurso possui uma relação complexa com as estruturas sociais existentes, sendo inerente às práticas sociais (Salles; Dellagnelo, 2019). Refletindo sobre este caráter sócio teórico do discurso o linguista assevera: “os discursos não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais, eles a constroem ou as ‘constituem’” (Fairclough, 2016, p. 22).

Ao beber da fonte de Foucault no que tange o conceito de formação discursiva, Fairclough (2016) aspira evidenciar esta qualidade do discurso ser socialmente constitutivo, destacando três aspectos para os quais o discurso contribui: i) para construir identidades sociais; ii) para construir relações sociais entre pessoas; iii) para construir sistemas de crença e conhecimento. Nas palavras do autor,

o discurso contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que, direta ou indiretamente, o moldam e o restringem: suas próprias normas e convenções, como também relações, identidades e instituições que lhe são subjacentes. O discurso é uma prática, não apenas de representação do mundo, mas de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado (Fairclough, 2016, p. 95).

Tomando esta referência, podemos assumir que o discurso molda nosso pensamento e nossas relações sociais, impactando de maneira determinante sistemas e modelos de conhecimento que construímos. Por conta deste panorama, o interesse analítico da ACD reside em compreender os efeitos sociais do discurso. Para realizar esta tarefa “o estudo do discurso focaliza seus efeitos ideológicos construtivos” (Fairclough, 2016, p. 61). Assim, a ideologia é um conceito fundamental ao se definir a ACD como paradigma para compreender as práticas sociais (Fairclough, 2016).

Além deste, um outro constructo crucial para a ACD é a hegemonia, pois estes conceitos estão inter-relacionados, uma vez que os efeitos ideológicos dos discursos constroem relações de poder hegemônicas que garantem a reprodução social. Importante salientar que, para a ACD, os processos de reprodução social devem ser entendidos como “os mecanismos por meio dos quais as sociedades mantêm suas estruturas sociais ao longo do tempo” (Fairclough, 2016, p. 24). A articulação entre os conceitos de ideologia

e hegemonia, no que concerne a ACD, é assim expressa:

minha formulação da análise na dimensão da prática social está centrada nos conceitos de ideologia, e essencialmente, de hegemonia, no sentido de um modo de dominação que se baseia em alianças, na incorporação de grupos subordinados e geração de consentimento (Fairclough, 2016, p. 29).

Para Fairclough (2016), a ideologia é uma construção da realidade social através do sentido conferido pelas práticas discursivas, que contribuem para a reprodução social das relações de dominação. Dessa forma, o professor britânico enxerga uma articulação entre os conceitos de ideologia e discurso (vide seção 2), afirmando que o discurso enquanto prática ideológica constrói, naturaliza, preserva e transforma os significados do mundo a partir de suas diversas nas relações de poder (Fairclough, 2016, p. 98).

Neste aspecto, ele toma emprestado o conceito desenvolvido por John Thompson (apresentado na seção 2), em que a ideologia remete às maneiras como o sentido é produzido (dentro de contextos sócio históricos específicos) via emprego de formas simbólicas, intentando estabelecer e sustentar relações de dominação (Fairclough, 2016; Thompson, 2007). Lembrando que, nesta concepção o verbo “estabelecer” diz respeito ao emprego do sentido simbólico para instaurar uma relação de dominação, e “sustentar” significa a manutenção e reprodutibilidade das relações de dominação previamente estabelecidas (Thompson, 2007).

Com relação à hegemonia, Fairclough (2016) retira o conceito de Gramsci, valendo-se de uma concepção de hegemonia que se apresenta como uma forma de dominação. “Hegemonia é liderança tanto quanto dominação nos domínios econômico, político, cultural e ideológico de uma sociedade” (Fairclough, 2016, p. 127). Dessa forma, uma ideia possui supremacia sobre outras, assumindo uma condição universal, e naturalizando crenças e práticas sociais como únicas e verdadeiras (Fairclough, 2016). Uma vez que uma expressão é tomada por verdade, por óbvio ela adquire força para se instituir como a única aceitável, eliminando outras possibilidades de construção de práticas sociais.

O extrato a seguir resume a posição de Fairclough sobre os conceitos de ideologia e hegemonia:

ideologia, compreendida como modo de construção da realidade que pode contribuir para a produção, reprodução e transformação das relações de dominação, e hegemonia, que diz respeito à negociação de alianças para reafirmar, ou não, as relações de poder e dominação (Montenegro *et al.*, 2020, p. 682).

Ponderados estes aspectos teóricos e conceituais importantes para a ACD e fundamentais para a análise de nosso objeto de estudo, vamos caracterizar o método tridimensional que operacionaliza a perspectiva epistêmica da ACD. Fairclough (2016) justifica seu modelo de análise do discurso a partir do potencial que ele dispõe de integrar de maneira complementar a análise linguística com a teoria social de viés crítico. O autor nos explica que as análises de discurso linguisticamente orientadas (focadas em textos) carecem de um olhar para aspectos sociais importantes do discurso, e, em contrapartida, “a maior atenção aos textos e à análise linguística aumentaria o valor da análise de discurso como método na pesquisa social” (Fairclough, 2016, p. 24).

Partindo deste postulado, a ACD visa confluír uma análise que considera o discurso tanto em seu aspecto linguístico (o texto), quanto em seu sentido sócio teórico. De acordo com Fairclough (2016), para que essa confluência seja exitosa é preciso um método analítico que seja multidimensional, orientado desde uma lógica histórica e, principalmente, que se configure em um método crítico. Fairclough (2016) defende que seu modelo de análise tridimensional reúne estas três, por assim dizer qualidades, viabilizando assim a investigação científica de complexos processos sociais através de uma metodologia de análises linguísticas textualmente orientadas.

Fairclough (2016) aponta que o elemento básico do discurso é a interação entre falante e receptor, ou escritor e leitor. Desdobra-se deste quadro que a análise do discurso deve recair sobre os processos de sua produção e interpretação, assim como seu contexto situacional. Para realizar tal análise, o linguista indica a necessidade de empregar um modelo que seja multidimensional. Em virtude deste fato, Fairclough (2016) desenha um modelo “tridimensional”. Diz ele: “qualquer ‘evento’ discursivo (isto é, qualquer exemplo de discurso) é considerado simultaneamente como um texto, um exemplo de prática discursiva e um exemplo de prática social” (Fairclough, 2016, p. 22). Dessa forma, temos três dimensões de análise: o texto; a prática discursiva; e a prática social. Retomaremos esta questão em breve.

Fairclough (2016) compreende que a teoria multidimensional de análise linguística pode ser articulada com a ótica Foucaultiana da análise do discurso:

Essa teoria da linguagem pode ter aplicações úteis quando combinada à ênfase nas propriedades socialmente construtivas do discurso nas abordagens socioteóricas do discurso como a de Foucault (Fairclough, 2016, p. 28).

Nota-se no exposto a compatibilidade que a ACD almeja com os estudos de

Foucault. Um aspecto especial deste alinhamento com Foucault repousa nos estudos arqueológicos do francês. Fairclough (2016) sinaliza que estes estudos arqueológicos aportaram duas grandes contribuições para a análise de discurso orientada textualmente, que são a visão constitutiva do discurso (já abordada), e a interdependência das práticas discursivas a questões sócio históricas. Por conta desta interdependência, o processo de investigação necessariamente precisa considerar o discurso desde uma perspectiva histórica. Recorremos ao autor para evidenciar que a análise de discurso se refere:

à especificação sociohistoricamente variável de formações discursivas (algumas vezes referidas como discursos), sistemas de regras que tornam possível a ocorrência de certos enunciados, e não outros, em determinados tempos, lugares e localizações institucionais (Fairclough, 2016, p. 67).

Seguindo esta linha de pensamento, Fairclough (2016) afirma que a análise do discurso deve focalizar a estruturação da construção dos textos ao longo dos tempos. A ideia central deste ponto é que a construção do discurso depende das circunstâncias sociais, se moldando às mesmas. O relevante aqui é a possibilidade de analisar o discurso com base na ordem social vigente.

Um conceito importante para nossa pesquisa, e que diz respeito a essa dinâmica histórica, é o de intertextualidade que “é basicamente a propriedade que têm os textos de serem cheios de fragmentos de outros textos” (Fairclough, 2016, p. 119). Em suma, a intertextualidade registra a forma como os textos são construídos ao longo da história (Fairclough, 2016). Conforme veremos mais adiante, as legislações que versam sobre políticas de saúde mental estão repletas destas construções.

O fundamental para Fairclough (2016) é a qualidade crítica que seu método possui. O autor ilumina o fato de que as relações sociais não são necessariamente transparentes para os que nela estão envolvidos, daí a importância de um método que seja crítico. O termo crítico nesta perspectiva teórica se refere a duas capacidades importantes da ACD, que seriam a de revelar causas ocultas nas práticas sociais e intervir nos processos de transformação social. O trecho a seguir sintetiza a ideia:

“Crítico” implica mostrar conexões e causas que estão ocultas; implica também intervenção – por exemplo, fornecendo recursos por meio da mudança para aqueles que possam encontrar-se em desvantagem (Fairclough, 2016, p. 28).

Este é o ponto nevrálgico da ACD e conseqüentemente o objetivo final da análise tridimensional, que consiste em explicitar as relações de poder ocultas que sustentam a reprodução social, permitindo abertura para as mudanças de panorama. Façamos então

uma conceituação resumida (dos elementos que interessam a nossa pesquisa) das dimensões da análise tridimensional.

Iniciando com a dimensão do texto, para a ACD a palavra “texto” conceitualmente é empregada: “para se referir a qualquer produto escrito ou falado, de tal maneira que a transcrição de uma entrevista ou conversa, por exemplo, seria denominada um texto” (Fairclough, 2016, p. 23). Fairclough (2016) teoriza que nessa dimensão de análise devemos orientar nosso olhar aos elementos linguísticos do texto, assinalando que estes perfazem a microanálise. Ainda que o objetivo seja a macroanálise, sem o passo da análise textual ela é inválida: “uma análise do discurso não resguardada por evidências textuais é apenas uma opinião, ou seja, o texto é a evidência empírica da análise e confere rigor e cientificidade para as argumentações da/o pesquisadora/o”. (Salles; Dellagnelo, 2019, p. 419).

Nem todo aspecto textual é relevante enquanto elemento analítico, essa é uma ressalva importante feita por Fairclough (2016). O autor identifica quatro itens para organizar a análise textual: “‘vocabulário’; ‘gramática’; ‘coesão’; ‘estrutura textual’” (Fairclough, 2016, p. 107). No caso de nossa pesquisa vamos focar no vocabulário, que conforme nos indica Fairclough (2016), é um item de exame textual que descortina possibilidades de analisar as palavras individualmente (Fairclough, 2016).

No escopo do vocabulário, nossa investigação residirá em especial no emprego de metáforas, estas quando utilizadas de modos particulares possuem implicações políticas e ideológicas (Fairclough, 2016). A sub valorização da metáfora enquanto instância de análise dos fenômenos sociais é apontada pelo linguista. Sopesando esta questão, ele defende que as metáforas não são apenas “adornos estilísticos superficiais do discurso”, mas sim elementos linguísticos que constroem a realidade de uma maneira particularizada ao estruturar nossos sistemas de pensamento (Fairclough, 2016, p. 250). Essa posição conceitual permite a ACD investigar as metáforas utilizadas em determinados discursos com vistas a compreender suas intenções quanto a dominância.

Também dentro do escopo da análise do vocabulário, existe a questão do significado das palavras (Fairclough, 2016). Pretendemos observar o uso de eufemismos e determinados adjetivos, que podem ser um subterfúgio para modelar relações sociais de dominação (Montenegro *et al.*, 2020). Abordaremos o emprego destas tipologias de palavras na subseção 4.3, apontando suas motivações político-ideológicas, almejando em especial a análise do que Fairclough (2016) qualificou como palavras-chave. Além do olhar a respeito do vocabulário, iremos prestar breves considerações sobre um elemento

gramatical importante, que são os verbos modais. Estes elementos têm a capacidade de expressar obrigações e comandos, permitindo a modelagem do pensamento social (Fairclough, 2016).

No tocante à análise da prática discursiva, Fairclough (2016) descreve essa dimensão de análise como aquela que se presta em caracterizar a natureza dos procedimentos de produção, e interpretação do texto, assim como seu contexto situacional. A prática discursiva é influenciada e varia conforme fatores sociais, e principalmente: “contribui para reproduzir a sociedade (identidades sociais, relações sociais, sistemas de conhecimento e crença) como é, mas também contribui para transformá-la” (Fairclough, 2016, p. 96). Enquanto dimensão analítica, Fairclough (2016) frisa que a prática discursiva tem o potencial de combinar a microanálise com a macroanálise.

Em vistas de tornar objetiva a exploração da prática discursiva, adotamos como referência o didático esquema proposto por Caldas-Coulthard e Scliar-Cabral (2008). Esse esquema implica em considerar alguns aspectos ligados aos documentos que compõem o *corpus* de análise. Caldas-Coulthard e Scliar-Cabral (2008) definem elementos básicos que necessitam ser elucidados na perspectiva da ACD: “quem escreveu o texto, para quem o texto é escrito, quando, onde e por que foi escrito? Onde o texto apareceu e em que formato?” (Caldas-Coulthard; Scliar-Cabral, 2008, p. 37). Este referencial se coaduna com a análise da prática discursiva, ação que: “envolve processos de produção, distribuição e consumo textual” (Fairclough, 2016, p. 111).

Também na dimensão da prática discursiva, um ponto importante para nossa pesquisa reside na categoria analítica “força” (Montenegro *et al.*, 2020). A “força” de um texto remete ao seu componente acional, o que remete à ação realizada ou desempenhada pelo discurso, como “dar uma ordem” (Fairclough, 2016, p. 115). Essa categoria nos é importante porque ela pode auxiliar na interpretação de dispositivos jurídicos legais. Montenegro *et al.* (2020) explicam que as legislações portam em seu enunciado essa categoria analítica chamada força. “A força diz respeito à ação que é convocada a partir do enunciado analisado” (Montenegro *et al.*, 2020, p. 682). Os autores afirmam que, no caso das legislações, essa força do enunciado convoca os sujeitos à obediência da norma, que é essencialmente imperativa (Montenegro *et al.*, 2020).

Ainda na dimensão da prática discursiva, destacamos a análise da intertextualidade dentro da abordagem da ACD. Este conceito, que já foi brevemente definido, deve ser compreendido como uma forma de construção histórica dos textos, pois

os textos são constituídos de fragmentos de textos anteriores (Fairclough, 2016). Delimitando o conceito, nosso olhar se direciona à “intertextualidade manifesta”, que objetiva “especificar o que outros textos estão delineando na constituição do texto que está sendo analisado” (Fairclough, 2016, p. 297).

A última dimensão da análise se debruça sobre a prática social, onde reside a análise social mais ampla ou macroanálise. Aqui investigam-se questões que envolvem, tanto os âmbitos institucionais e organizacionais do evento discursivo, quanto a maneira como estes moldam a prática discursiva e seus efeitos sociais (Fairclough, 2016). É nesta dimensão que os conceitos de ideologia e hegemonia (anteriormente qualificados) vão ser considerados em relação ao discurso. A imbricação complexa entre discurso, ideologia, poder e hegemonia que impactam na prática social deve ser explorada ao se analisar essa dimensão.

#### 4.2. CORPUS DA ANÁLISE

A respeito do *corpus*, Fairclough (2016, p. 289) nos diz que ele se refere aos dados, ou, em suas palavras, constitui-se de “amostras de discurso” selecionados para análise. O linguista pontua que os dados variam conforme a natureza do projeto de pesquisa, no nosso caso, como o universo da investigação é a Política Nacional de Saúde Mental, os dados necessitam dialogar com este tema de uma maneira relevante. Considerando esta orientação, definimos analisar algumas informações contidas na Portaria n. 3.588/2017 (que dispõe sobre a RAPS), na Lei n. 13.840/2019 (que dispõe sobre o SISNAD) e no discurso proferido pelo então Ministro da Cidadania Osmar Terra ao canal oficial do Governo Federal<sup>3</sup> na internet acerca das Comunidades Terapêuticas e a relação destas com a Política Nacional de Saúde Mental (vide Quadro 6).

Sendo assim, este *corpus* foi constituído por três peças que conceitualmente devem ser classificadas como documentos. A utilização de documentos em pesquisas deve ser valorizada, pois uma ampla gama de informações pode ser retirada de tais materiais, permitindo maior compreensão acerca dos fenômenos sociais, bem como a possibilidade de entendê-los desde uma perspectiva sócio histórica.

Mas qual é o conceito de documento? Um bom referencial para essa conceituação

---

<sup>3</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/search?SearchableText=Osmar%20Terra%20e%20comunidades%20terap%C3%AAuticas>

é apresentado a seguir:

Existem, de um lado, os documentos de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações etc. De outro lado, existem os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc (Gil, 2008, p. 51).

Deste fragmento é possível contemplar a grande diversidade de documentos que podem ser alvo de uma pesquisa. Segundo Kripka, Scheller e Bonotto (2015), o tipo de documento a ser analisado depende do objeto do estudo e do tipo de problema a ser respondido, premissa que se coaduna com o referencial da ACD para composição do *corpus* (Fairclough, 2016). Os documentos constantes em nossa pesquisa são oriundos de fontes primárias, ou seja, fontes que não receberam nenhum tratamento analítico prévio (Gil, 2008). O tipo de documentos que isolamos para análise são o que Gil (2008) classificou como documentos de “primeira mão”: são os documentos oficiais (Portaria n. 3.588/2017 e Lei n. 13.840/2019); e as notícias veiculadas no portal [www.gov.br](http://www.gov.br) (amostras de discurso de Osmar Terra)<sup>4</sup>.

Construir o *corpus* da análise não é uma tarefa simples. Fairclough (2016) afirma que essa construção demanda um amplo domínio acerca do tema sob investigação, para que os dados selecionados para análise sejam de fato representativos em relação ao fenômeno social investigado. Nos inspiramos no referencial esquemático de constituição do *corpus* proposto por Salles e Dellagnelo (2019), que subdividiram esta ação em três etapas. Sintetizamos as mesmas a seguir: (i) a primeira envolve o “engajamento” do(a) pesquisador(a) e consiste em compreender aquilo que as pesquisadoras qualificaram como fluxo de informações (levantamento de informações, mapeamento de pessoas e organizações importantes para o tema); (ii) a segunda envolve o que chamaram de “participação em eventos” (cursos, palestras, aproximação com objeto de pesquisa) e; por fim, (iii) a terceira etapa envolve a definição final dos textos e elementos relevantes para compor o *corpus* de análise (Salles; Dellagnelo, 2019).

Observando o esquema descrito fica claro que a composição final do *corpus* não é um dado inicial. “Naturalmente, trabalhar sobre o *corpus* pode alterar o mapa preliminar” (Fairclough, 2016, p. 289). Por conta disto que o modelo de Salles e Dellagnelo (2019) é útil, pois didaticamente traz clareza para a complexidade envolvida

---

<sup>4</sup> Disponíveis no Quadro 6.

na composição do *corpus* final de análise. Este referencial customizado para nossa pesquisa pode, em linhas gerais, ter suas etapas assim descritas: 1) compreensão das informações relativas ao tema; 2) participação em atividades acadêmicas; 3) compilação definitiva do *corpus*. Na sequência, desenvolvemos de forma mais detalhada cada uma destas etapas.

A etapa 1 envolveu a aquisição de conhecimento teórico e prático acerca da temática das Políticas Públicas e da Saúde Mental. Este conhecimento foi adquirido ao longo de onze anos (2013-2023) de serviços prestados ao SUS e ao SUAS<sup>5</sup>. No decorrer desta trajetória profissional foi possível: a) compreender teoricamente os processos históricos de segregação dos portadores de transtornos mentais no Brasil e no Ocidente em geral; b) acumular um conhecimento significativo acerca das teorias que envolvem a construção de projetos públicos de assistência em saúde mental; c) adquirir entendimento das legislações que norteiam o campo das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil.

Este panorama ensejou o desejo de ingressar em um Programa de Mestrado sobre Gestão Pública, com o intuito de desenvolver um projeto de pesquisa científica focado na análise das legislações do Governo Federal entre 2001 a 2020 sobre a Saúde Mental. Falando especificamente em termos do *corpus*, ele ainda era impreciso, difuso e distante de uma delimitação fundamentada.

A etapa de número 2 começou em março de 2023 com início das atividades do Mestrado em Gestão Pública e Sociedade realizado na Universidade Federal de Alfenas-MG (Campus Varginha). O pré-projeto de pesquisa (requisito obrigatório para ingresso no Programa) foi trabalhado exaustivamente ao longo de quase dois anos. O desenho do projeto inicial sofreu inúmeras alterações, uma vez que o objeto de pesquisa carecia de robustez científica, em especial necessitava de um método de análise coerente com o referencial teórico elegido. Este obstáculo foi superado através do processo de orientação desta Dissertação, atividade esta que permitiu chegarmos a um objeto de análise circunscrito em termos epistemológicos e metodológicos, conferindo à pesquisa um *corpus* de análise bem estruturado, tecnicamente falando. Além disso, as disciplinas ampliaram significativamente o arcabouço teórico-metodológico fornecendo uma qualificação fundamental ao projeto de pesquisa.

---

<sup>5</sup> Tal qual descrito na introdução, a imersão no âmbito do SUS inclui 2 anos (2013-2014) atuando como Psicólogo no Programa Consultório na Rua no município de Juiz de Fora (MG), 2 anos (2014-2016) como Coordenador de um CAPS no município de Baependi (MG). No âmbito do SUAS, a experiência profissional foi de 1 ano (2017-2018) como Coordenador de um CRAS, e de 6 anos (2017-2023) como Secretário Municipal de Assistência Social, ambos no município de Caxambu (MG).

Dois seminários de elaboração de projetos científicos (disciplinas integrantes da grade curricular obrigatória do Mestrado) produziram um impacto cirúrgico em nosso trabalho. Eles aportaram ganhos epistemológicos cruciais para a pesquisa e também contribuíram na delimitação do *corpus* de análise. O resultado cumulativo destes processos gerou a definição dos documentos que iriam compor o *corpus* inicial da análise (significativamente diferente daquele presente no pré-projeto) conforme exposto no Quadro 5:

Quadro 5 - *Corpus* inicial da análise.

1-	Portaria do Ministério da Saúde n. 3.588/2017 (RAPS), disponível em: <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html</a> ;
2-	Lei Federal n. 13.840/2019 (SISNAD), disponível em: <a href="https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato20192022/2019/Lei/L13840.htm#art4">https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato20192022/2019/Lei/L13840.htm#art4</a> ;
3-	“Amostras de Discurso” proferido pelo ex-Ministro da Cidadania Osmar Terra (falas contidas entre aspas nas reportagens pesquisadas, que foram atribuídas a Terra) ao site oficial do Governo Federal ( <a href="http://www.gov.br">www.gov.br</a> ) relativos a atuação das Comunidades Terapêuticas na Política Nacional de Saúde Mental, disponível em: <a href="http://www.gov.br/pt-br/search?SearchableText=Osmar+Terra+e+comunidades+terapeuticas">www.gov.br/pt-br/search?SearchableText=Osmar Terra e comunidades terapêuticas</a> .

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Na sequência descrevemos a coleta destes dados. Temos duas peças normativas, imposta pela autoridade social (neste caso Governo Federal), que somadas as setenta e uma (71) “Amostras de Discurso” de Osmar Terra (colhidas no portal [www.gov.br](http://www.gov.br)), formam o nosso *corpus inicial*. Estes dados foram coletados da seguinte maneira: i) o item 1 do Quadro 5 foi obtido no dia 04 de junho de 2024 às 10:07 horas, através de uma busca simples no aplicativo *Google*®, onde o descritor utilizado foi o próprio nome do documento; ii) o item 2 do Quadro 5 foi obtido no dia 13 de junho de 2024 às 11:23 horas, através de uma busca simples no aplicativo *Google*®, onde o descritor utilizado foi o próprio nome do documento; iii) o item 3 do Quadro 5 foi coletado no dia 22 de junho de 2024, precisamente às 10:47 horas, quando realizamos uma pesquisa no *website* do Governo Federal, onde no campo para busca utilizamos os descritores “Osmar Terra e Comunidades Terapêuticas”. A ação apresentou sessenta e dois (62) resultados quando aplicado o filtro “notícias”. Realizado um exame em todos os resultados, extraímos setenta e uma (71) “Amostras de Discurso” (AD) atribuídas a Osmar Terra (falas que foram transcritas e encontram-se entre aspas nas reportagens analisadas).

A partir deste ponto iniciamos a etapa 3. Nesta, os documentos isolados para análise foram explorados sistematicamente em busca de encontrar os fragmentos mais relevantes para nossa investigação. Filtramos as amostras de discurso que nos permitiriam

estabelecer um diálogo com o modelo de análise tridimensional de Fairclough (2016), considerando nossa intenção de interpretar a ideologia (Thompson, 2007) envolta na PNSM. Estes elementos foram codificados, categorizados e analisados. O produto final desta análise fez o texto que foi submetido ao procedimento de qualificação da Dissertação do Mestrado. Após o processo de qualificação, foi possível estabelecer o crivo final para a composição do nosso *corpus* definitivo de análise formado por: 1) Artigo 5 da Portaria n. 3.588/2017; 2) Artigo 23-A e Artigos 26-A da Lei n. 13.840/2019; 3) nove (09) Amostras de Discurso (AD) do então Ministro da Cidadania Osmar Terra contidas no portal eletrônico do governo federal relacionadas às Comunidades Terapêuticas.

Para melhor organizar e visualizar os dados submetidos à análise apresentamos o Quadro 6, que contém uma compilação definitiva do *corpus* de informações que serão posteriormente submetidas à interpretação, via ACD, tal qual concebida por Fairclough (2016). No Quadro 6 na coluna relativa aos fragmentos, destacamos em negrito elementos importantes para a análise vindoura com intuito de dar ênfase aos mesmos.

Quadro 6 - *Corpus* definitivo da análise

(continua)

Documento	Fragmento
Portaria n. 3.588/2017	Artigo 5 sobre a composição da RAPS V - atenção hospitalar é formada pelos seguintes pontos de atenção: <b>b) Hospital Psiquiátrico Especializado</b>
Lei n. 13.840/2019	Artigo 23-A. § 3º são considerados 2 (dois) tipos de internação: II – internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, <b>a pedido de familiar ou do responsável legal (...)</b>
Lei n. 13.840/2019	Artigo 26-A. O <b>acolhimento</b> do usuário ou dependente de drogas na <b>comunidade terapêutica acolhedora</b> caracteriza-se por: I – oferta de <b>projetos terapêuticos</b> ao usuário ou dependente de drogas que visam a <b>abstinência</b> .
Amostras de Discurso (AD01) de Osmar Terra, Ministro da Cidadania (2019-2020)	“Elas são <b>decisivas</b> para <b>enfrentar</b> a <b>epidemia</b> das drogas que <b>destrói</b> a nossa juventude, que causa a violência que o país vive e que está se propagando em uma <b>escala gigantesca</b> por falta de políticas adequadas nos governos passados. Agora, estamos vivendo uma nova etapa em que se consolidam programas, destinam-se recursos para as comunidades terapêuticas e os pacientes passam a ficar em um regime de <b>abstinência</b> assistida e voluntária. É um avanço importantíssimo” (Brasil, 2019b).
Amostras de Discurso (AD02) de Osmar Terra, Ministro da Cidadania (2019-2020)	“O governo <b>deve</b> ter políticas rigorosas para o <b>enfrentamento</b> à oferta de drogas nas ruas” (Brasil, 2019e).
Amostras de Discurso (AD03) de Osmar Terra, Ministro da Cidadania (2019-2020)	“Essas entidades são <b>decisivas</b> para <b>enfrentar</b> a <b>terrível epidemia</b> das drogas que <b>destrói</b> nossa juventude e causa a violência que o país vive hoje. Então, é um avanço importantíssimo, e a ideia é a gente continuar ampliando, porque a <b>epidemia é muito grande</b> ” (Brasil, 2019f).

Quadro 6 - *Corpus* definitivo da análise

(conclusão)

Documento	Fragmento
Amostras de Discurso (AD04) de Osmar Terra, Ministro da Cidadania (2019-2020)	“De toda a violência existente no Brasil, boa parte vem das drogas. Em todos os aspectos, estamos trabalhando com um problema <b>gravíssimo</b> , que é essa <b>epidemia</b> que se instalou no país” (Brasil, 2019g).
Amostras de Discurso (AD05) de Osmar Terra, Ministro da Cidadania (2019-2020)	“É um trabalho que <b>precisa</b> ser apoiado. Muitas das igrejas atuam em comunidades terapêuticas e estamos aumentando o convênio com elas, ajudando a melhorar a situação e proporcionando mais qualidade de vida à população” (Brasil, 2019h).
Amostras de Discurso (AD06) de Osmar Terra, Ministro da Cidadania (2019-2020)	“A droga está causando uma <b>epidemia</b> de violência no Brasil. Somos o país mais violento do mundo em termos absolutos. Isso mostra que a política sobre drogas até aqui não teve importância, não causou nenhum impacto. O presidente está propondo novas formas de tratamento dos dependentes químicos com uma política integrada, que terá um impacto maior” (Brasil, 2019i).
Amostras de Discurso (AD07) de Osmar Terra, Ministro da Cidadania (2019-2020)	“A <b>epidemia</b> de violência acompanha uma <b>epidemia</b> de drogas <b>brutal</b> . Estamos em uma situação grave, violenta e <b>cujo único caminho</b> que temos para enfrentar isso, além de repressão e violência, é fazer com que diminua o consumo de drogas, a quantidade de drogas nas ruas para a nossa juventude e a sociedade inteira” (Brasil, 2019j).
Amostras de Discurso (AD08) de Osmar Terra, Ministro da Cidadania (2019-2020)	“A religião tem sido uma grande aliada no <b>combate às drogas</b> . Trabalhamos para fortalecer as comunidades terapêuticas, que fazem um trabalho <b>incrível</b> pela recuperação de dependentes químicos” (Brasil, 2019k).
Amostras de Discurso (AD09) de Osmar Terra, Ministro da Cidadania (2019-2020)	“Quero parabenizar vocês pela <b>luta</b> . Eu sou médico e sei que é uma <b>batalha</b> na cabeça de cada um” (Brasil, 2020).

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

### 4.3. ANÁLISE DE DADOS

Compilado o *corpus*, feita sua categorização, o próximo passo trata-se de uma abordagem qualitativa baseada na ACD. Como sobejamente mencionado iremos lançar mão da ACD em busca de compreender as mudanças na PNSM, no período de tempo compreendido entre os anos de 2017 e 2019. Esta compreensão se dará a partir de uma análise crítica das normativas das PPSM e do discurso do ex-Ministro da Cidadania Osmar Terra constante no canal eletrônico oficial do Governo Federal. Epistemologicamente, nossa análise crítica está centrada no componente ideológico da chamada “Nova” Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2019l).

Para trabalhar essa análise nos baseamos no que foi estabelecido teoricamente nas seções 2 e 3. Dessa maneira, partimos da premissa que as práticas disciplinares dos Séculos XVII e XVIII estabeleceram e naturalizaram, via discurso médico e jurídico, um modelo de tratamento para os portadores de transtornos mentais, fundamentado no asilamento e na exclusão como ideologia dominante e legitimada (Foucault, 1988, 2003).

Tais práticas disciplinares também foram historicamente hegemônicas no Brasil, sendo traduzidas nas políticas de saúde mental ao longo das décadas, exceção feita a sua fase psicossocial (Amarante, 2017). Considerando este quadro, conjecturamos que a “Nova” Política Nacional de Saúde Mental brasileira intenta sustentar esta ideologia da exclusão asilar, assegurando a reprodutibilidade de relações de dominação anteriormente estabelecidas.

Em busca de desvelar essas relações de dominação vamos nos valer do modelo tridimensional da ACD (Fairclough, 2016). Resumidamente: I) na dimensão da prática discursiva interessa-nos estabelecer as condições de produção, distribuição e contexto situacional do texto, bem como observar a intertextualidade manifesta e a categoria força; II) na dimensão do texto concentraremos nosso olhar no vocabulário. Nesta pesquisa, destacamos em especial o uso da metáfora, mas também fazemos algumas pontuações sobre o emprego de adjetivos. Além do vocabulário, consideramos em certa medida aspectos gramaticais, como o uso de verbos modais; III) na dimensão da prática social, o aspecto a ser observado é a ideologia envolta na “Nova” Política Nacional de Saúde Mental, tal qual caracterizada por Thompson (2007) e retomada por Fairclough (2016).

Fairclough (2016) não determinou uma ordem rígida, porém recomendou que a sequência analítica do modelo tridimensional fosse: 1) prática discursiva; 2) texto; 3) prática social. Tomaremos essa ordem com pequenos ajustes. Para trabalhar nossa análise iremos primeiro discutir a prática discursiva e o texto relativos à Portaria n. 3.588/2017. Depois, replicamos este procedimento para as Amostras de Discurso (AD) de Osmar Terra para, em seguida, abordar a prática discursiva e o texto da Lei n. 13.840/2019. A questão da prática social, por ser comum aos três documentos que compõe nosso *corpus*, será analisada de maneira conjunta com vistas de finalizar a análise.

Começando com a Portaria n. 3.588/2017. Na dimensão da prática discursiva vamos nos fiar pelo referencial de Caldas-Coulthard e Scliar-Cabral (2008), que remete às perguntas sobre o contexto situacional, ou o que para Fairclough (2016) se refere aos procedimentos de elaboração e consumo de documentos textuais. Tomando o referencial de Caldas-Coulthard e Scliar-Cabral, (2008), isolamos os seguintes itens para apreciação: 1) autoria; 2) consumidor de destino; 3) tempo e espaço de emissão; 4) por que foi escrito. Vamos as respostas.

Entendemos ser possível fornecer dois tipos de respostas para as perguntas elencadas, uma explícita e outra nem tanto. A explícita nos apresenta as respostas mais imediatas, conforme segue: 1) documento de autoria do Ministério da Saúde, o que torna

o Governo Federal consequentemente seu idealizador; 2) se destina ao povo em geral, uma vez que todos os indivíduos de nosso país são potenciais usuários dos serviços ofertados pelo SUS e pela RAPS; 3) o texto foi publicado no Diário Oficial da União, em Brasília no dia 21 de dezembro de 2017; 4) escrito com o intuito de criar novas regulamentações para a RAPS.

Mas, conforme dito, podemos extrair aspectos não tão evidentes sobre alguns destes pontos. Um retorno à subseção 3.4 nos dá parâmetros para pensar essa questão. Exemplo está na autoria, que é creditada ao MS enquanto órgão emissor, mas de fato o documento é produto do trabalho de Quirino Cordeiro Jr., então Coordenador de Saúde Mental, Álcool e Drogas do MS. Tal qual caracterizado na subseção 3.4, Quirino representava os interesses de grupos hegemônicos do campo da saúde mental, como a ABP e a FBH. Em síntese, trata-se de um agente contrário ao paradigma psicossocial e defensor do Hospital Psiquiátrico (Cardoso, 2023; Pereira, 2020).

Isso já nos leva à resposta do por que foi escrito. É bastante razoável supor que tenha sido escrito para restabelecer relações históricas de dominação e garantir os interesses hegemônicos do campo. Chegamos a essa conclusão porque, em suma, a Portaria foi redigida para incluir o Hospital Psiquiátrico enquanto ponto de atenção em saúde da RAPS, além de aumentar os valores pagos pelo SUS por internações psiquiátricas em unidades privadas (Cardoso, 2023; Conselho Federal de Psicologia, 2017, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). A dinâmica de exclusão de grupos desviantes do padrão normativo e o lucro para grupos privados específicos começava a ser remontada.

A inclusão do Hospital Psiquiátrico na RAPS recaiu principalmente sobre um grupo específico dos portadores de transtornos mentais, os psicóticos, em especial aqueles que ao transtorno mental se somam outras fragilidades e vulnerabilidades sociais. Por isso, apesar da Portaria se destinar a todos os cidadãos, ela na verdade impacta de forma decisiva a vida deste grupo em particular, que historicamente foi assujeitado às práticas manicomiais e subordinado a grupos sociais hegemônicos (como caracterizado nas seções 2 e 3).

O tempo da expedição também não é uma simples data. Fairclough (2016) compreende que o discurso é validado ou restringido pelo momento histórico social (explicitado na seção 2). Levando em conta essa premissa, consideramos que a conjuntura política de 2017, dominada pela agenda neoliberal e conservadora do Governo Temer (Pereira, 2020), assegurou a permeabilidade do discurso a favor do Hospital Psiquiátrico

e sua posterior ratificação na forma da Portaria n. 3.588/2017.

Ainda sobre a dimensão da prática discursiva, um ponto importante para nossa pesquisa repousa na relação entre a autoria da Portaria (Governo Federal) e o seu formato (Legislação), pois permite uma interpretação a partir da categoria analítica “força” (Fairclough, 2016, p. 114). Segundo Montenegro *et al.* (2020, 2022), os documentos legislativos provenientes das autoridades oficiais exprimem em seus enunciados a categoria força. Tal qual postulam, por se tratarem de documentos normativos, as legislações convocam necessariamente os indivíduos à observância de seus regramentos, porque a força de seus dispositivos têm caráter imperativo que, neste caso, balizaram a assistência pública em saúde mental (Montenegro *et al.*, 2020, 2022).

Essa questão é deveras relevante, pois a Portaria n. 3.588/2017 é o documento que reformulou a PNSM, norteando a assistência em saúde mental em direção ao retorno do paradigma asilar hegemônico (Cardoso, 2023; Conselho Federal de Psicologia, 2017; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Consonante com Fairclough (2016, p. 115), a “força” do discurso pode ser pensada a partir da ação social que ele desempenha, como ordenar uma regulamentação. Dessa forma, emanando seu aspecto imperativo, a Portaria determinou a nova fase da RAPS.

Com relação à análise da dimensão do texto, como o Artigo 5 da Portaria n. 3.588/2017 fornece poucos elementos textuais para incremento analítico, recorreremos a Nota Técnica n. 11/2019, documento que é uma justificativa oficial do Governo acerca das mudanças de diretrizes contidas na Portaria aqui examinada (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Apesar deste documento não compor nossos dados de análise definitivos, Fairclough (2016) admite a possibilidade do uso de um *corpus* expandido, por isso utilizamos a Nota Técnica como uma peça auxiliar. Primeiro nos dedicamos a uma interpretação de pontos sensíveis contidos na Nota, para em seguida analisar no item vocabulário o que Fairclough (2016) nominou de palavras-chave.

Quem assina a Nota Técnica n. 11/2019 é Quirino Cordeiro Jr., ou seja, a liderança que conduziu a reformulação da PNSM. Nela, Quirino visou fundamentar teoricamente o propósito da Portaria n. 3.588/2017. Essa fundamentação é permeada por informações superficiais e a defesa de uma rede assistencial em saúde mental que se choca com os ideais antimanicomiais e com aquilo que foi versado na Lei n. 10.216/2001 (Cardoso, 2023; Conselho Federal de Psicologia, 2019; Conselho Nacional de Saúde, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Uma análise textual atenta é capaz de verificar algumas questões significativas no

documento e, por isso, selecionamos algumas. A primeira é que a Nota alega que a RAPS será norteada por protocolos e diretrizes baseadas em evidências científicas (Brasil, 2019). Mas no mesmo documento é feita uma defesa e justificativa das Comunidade Terapêuticas enquanto componente da RAPS, serviços estes que, conforme pontuou o Conselho Federal de Psicologia (2017), “atuam a partir do isolamento de usuários de drogas e cuja atuação não tem qualquer comprovação de efetividade na literatura de saúde”.

Um segundo aspecto a destacar toca na questão da participação social. Sobre a construção da Portaria n. 3.588/2017, a Nota Técnica n. 11/2019 afirmou que essa se deu de forma conjunta com “cerca de 70 entidades, todas conhecedoras da realidade da saúde mental no país” (Brasil, 2019, p. 3). Contudo, o documento não esclarece quais seriam essas entidades, que são citadas essa única vez de maneira superficial e indefinida. “Essa aprovação ocorreu de forma verticalizada, sem a realização de debates com movimentos sociais, trabalhadores, usuários, entidades ligadas à saúde mental e pesquisadores da área” (Pereira, 2020, p. 81). Dessa maneira, não há comprovação de que tenha havido de fato uma participação social ampla na construção da Portaria n. 3.588/2017.

Para embasar essa nossa afirmação, podemos exemplificar com o fato de que nem o Conselho Federal de Psicologia e nem o Conselho Nacional de Saúde, órgãos conhecedores da realidade da saúde mental no país, participaram desta construção. Pelo contrário, esses organismos se opuseram frontalmente à mesma (Conselho Federal de Psicologia, 2017, 2019; Conselho Nacional de Saúde, 2019). Além destes, Cruz; Gonçalves; Delgado (2020) citam entidades importantes do campo, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), que também estiveram ausentes desta construção e se posicionaram contrariamente às mudanças geradas pela Portaria n. 3.588/2017.

Agora vamos nos atentar para o significado de palavras-chave, que segundo Fairclough (2016) podem auxiliar a sustentar uma análise textual. Analisemos a seguinte frase: “Estamos em um processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos sem perder a essência de respeito à lei 10.216/01” (Brasil, 2019, p. 3). A palavra-chave aqui é evolução, porque almeja evocar o sentido de progresso, de melhoria da área de assistência em saúde mental. Dessa maneira, a Nota pretende retratar uma realidade que diverge de sua ação prática. O que na verdade ocorreu foi um processo de involução das PPSM pautadas na perspectiva cidadã, em que a citada essência da lei antimanicomial foi, sem dúvida alguma,

desrespeitada (Cardoso, 2023; Conselho Federal de Psicologia, 2019; Conselho Nacional de Saúde, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Pereira, 2020).

Similar ao que Montenegro *et al.* (2022) identificaram em sua análise acerca da Lei n. 13.840/2019, notamos que no discurso da Nota Técnica n. 11/2019 em defesa do Hospital Psiquiátrico é adotada uma estratégia textual que empilha uma sequência de adjetivos com intuito de criar uma identidade positiva para a nova RAPS. Estes adjetivos têm seu sentido amplificado pela palavra **mais**, a partir da sua função de advérbio de intensidade. **Mais** não só intensifica os adjetivos, como também induz o(a) leitor(a) a pensar que o projeto psicossocial (à época em vigor) carecia destas qualidades. Vamos ao extrato. Segundo a Nota, a Portaria n. 3.588/2017 tem o objetivo de tornar a RAPS “mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada” (Brasil, 2019l, p. 3).

Apesar dessa tentativa de apresentar a nova RAPS como positiva, é perfeitamente possível desconstruir este argumento. Acessível? A escolha do léxico **acessível** parece apenas servir como um engodo, na medida que o termo alude à ideia de inclusão, de algo que estaria no acesso de todos, mas a inclusão do Hospital Psiquiátrico não se compatibiliza com essa ideia (Conselho Federal de Psicologia, 2017). Incluir o Hospital Psiquiátrico na RAPS, essa instituição que no cenário brasileiro foi historicamente violadora de direitos, representa apenas o acesso ao retrocesso nas PPSM (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

A ideia de que a Portaria tornaria a RAPS **mais** resolutiva também pode ser contestada. Na seção 3 mencionamos alguns estudos que indicam a capacidade resolutiva dos CAPS no que concerne à superação do Hospital Psiquiátrico como prática assistencial (Echebarrena; Silva, 2020; Miliauskas *et al.*, 2019; Onocko-Campos *et al.*, 2018; Reis *et al.*, 2015; Rocha *et al.*, 2021). Ainda que fosse uma amostra pequena, estes estudos apontaram que os serviços comunitários de saúde mental têm capacidade (caso garantidos investimentos) de prescindir do Hospital Psiquiátrico.

Essa comprovação pode, certamente, ser encontrada em inúmeros outros estudos, pois uma consulta simples em uma única base de dados científicos, como o Portal de Periódicos da CAPES, realizada no dia 02 de Setembro de 2025, utilizando o descritor “Centro de Atenção Psicossocial”, encontramos 2.237 resultados<sup>6</sup>. Uma análise destes resultados poderá encontrar vários estudos atestando a resolutividade dos CAPS, bem

---

<sup>6</sup> Disponível em:

<https://www.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscaador.html?q=all%3Acontains%28Centro+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Psicossocial%29&mode=advanced&source=all>

como sua relevância para a saúde pública no Brasil.

Os outros dois adjetivos que qualificam a RAPS sugerem sentidos com ideias antagônicas, na medida que eficácia é um verbete oriundo da área da administração, que fundamenta a prática social a partir de sentidos gerenciais (Bresser-Pereira, 2001), enquanto humanizada é um termo que se aproxima da lógica pautada nos direitos humanos. O uso destes termos gera, no mínimo, certa dúvida sobre as intenções, se estão focadas na eficácia (um indicador gerencial/neoliberal) ou na perspectiva humana. Contudo, uma rede que é composta por equipamentos que já demonstraram sua faceta violadora de direitos, dificilmente poderá sustentar o predicado de ser humanizada.

Para justificar a presença do Hospital Psiquiátrico na RAPS, a Nota recorre novamente à adjetivação, declarando que a rede assistencial deve ser harmônica e que nenhum serviço substitui o outro (Brasil, 2019). O Hospital Psiquiátrico não está em harmonia com as melhores práticas assistenciais em saúde mental, atestação que remonta à Declaração de Caracas, que hoje é ainda mais válida conforme expressa o Plano Global de Saúde Mental da OMS (Almeida, 2019; Cardoso, 2023; Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, 1990).

Dizer que um serviço não substitui outro é prover um argumento raso. A tecnologia de Alta Complexidade, na figura dos leitos hospitalares, tem seu lugar em uma rede plural, por isso a RAPS já contava com os SHR. Esses equipamentos dispõem de toda tecnologia hospitalar, projeto técnico definido, além de estarem articulados aos outros serviços da RAPS, se inserindo na lógica do trabalho territorial (Brasil, 2012).

Além disso, esses serviços possuem a clara vantagem de poderem ser implantados em unidades do tipo Hospital Geral, permitindo que municípios pequenos disponham destes pontos de atenção em saúde (Brasil, 2012). Ou seja, a possível lacuna na RAPS a ser preenchida pelo Hospital Psiquiátrico na verdade já possuía cobertura, contando com a assistência de um serviço integral de alta densidade tecnológica em saúde mental.

Estes breves aspectos pontuados sobre a dimensão texto da Nota Técnica servem para ilustrar a estratégia governamental para alterar a PNSM. A ação disparada pela Portaria n. 3.588/2017, endossada na Nota Técnica n. 11/2019, conferiu legitimidade para profundas alterações no campo da saúde mental. Uma dessas alterações se conecta com um discurso de nosso interesse. Estamos falando do discurso de Osmar Terra em defesa das Comunidades Terapêuticas e da necessidade de modificação do SISNAD.

Tal qual caracterizado na subseção 3.4, esse discurso obteve ampla divulgação no canal digital [www.gov.br](http://www.gov.br). Já com o Governo Bolsonaro em curso e as alterações

promovidas pela Portaria n. 3.588/2017 consolidadas, Terra encontrou terreno fértil neste site para difundir sua visão favorável às Comunidades Terapêuticas. Utilizando um discurso de guerra às drogas, Terra instou as CT como uma das soluções para esta problemática (Quadro 6). O discurso de Terra apontava as CT como equipamentos de saúde decisivos para resolver problemas ligados ao uso e dependência de drogas. Vamos analisar aspectos importantes deste discurso, lembrando que as falas do ex-Ministro foram transcritas pelo portal [www.gov.br](http://www.gov.br) para aparecer em reportagens institucionais do Ministério da Cidadania.

Novamente utilizamos o referencial de Caldas-Coulthard e Scliar-Cabral (2008) sobre a prática discursiva para apreciar o discurso, dessa vez de Osmar Terra. O texto analisado aparece no formato de reportagem, constante no sítio eletrônico [www.gov.br](http://www.gov.br). De acordo com Brasil (2025), o site é um projeto que unifica todos os canais digitais do Governo Federal, com objetivo de prover informações ao cidadão. Porém, sob o pretexto de prover informações, o veículo de mídia também se prestou à função de assegurar a reprodução social ideológica no campo da assistência em saúde mental. “Pode-se considerar que a mídia de notícias efetiva o trabalho ideológico de transmitir as vozes do poder em uma forma disfarçada e oculta” (Fairclough, 2016, p. 150).

A “voz do poder”, para usar a expressão de Fairclough, e autor das falas (transcritas em texto) a serem analisadas é Osmar Gasparini Terra. Segundo sua biografia (Câmara dos Deputados, 2025), Terra nasceu no ano de 1950, em Porto Alegre (RS). Médico de formação, ele possui uma longa carreira política filiado ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Seu posicionamento político é notadamente conservador, inclusive com alinhamentos junto a bancada evangélica que podem justificar sua aproximação com os interesses das Comunidades Terapêuticas (Prado; Wachelke, 2022). Na janela temporal analisada, Terra ocupava o cargo de Ministro da Cidadania, destacada função no primeiro escalão do Governo Federal.

O texto foi produzido ao longo do ano de 2019, momento que, conforme já retratado, as PPSM no Brasil eram impactadas de forma crucial pelas agendas neoconservadoras e neoliberais do Governo de Jair Bolsonaro (Pereira, 2020). Esse fator permitiu a penetração do discurso de Terra. Aproveitando do contexto político social propício, o então Ministro fez um pronunciamento para se dirigir ao chamado cidadão comum que, conforme propaga o Governo Federal (Brasil, 2025), é o público alvo das informações veiculadas no canal digital [www.gov.br](http://www.gov.br).

Por fim, por que foi escrito (neste caso falado)? Nossa conjectura é que o discurso

do ex-Ministro visou influenciar no processo decisório de alteração no SISNAD, com a intenção de favorecer Comunidades Terapêuticas, assim como práticas disciplinares que incluem a internação involuntária, projetos focados na abstinência e isolamento social. Da mesma forma que a Portaria n. 3.588/2017, o discurso de Terra ambicionou assegurar posições hegemônicas no campo da saúde mental (Amancio, 2012; Amarante, 2017; Fairclough, 2016; Foucault, 2003; Thompson, 2007) presentes na agenda neoliberal e neoconservadora que se instaurou no Brasil (Pereira, 2020).

Valendo-se de sua importante posição hierárquica no Governo Federal, Terra propagou um discurso endereçado ao cidadão brasileiro que buscou auxiliar a reescrever a Política Nacional sobre Drogas. Esta ação torna-se visível ao examinarmos a questão da intertextualidade manifesta (Fairclough, 2016). Mais adiante, iremos demonstrar que o texto da Lei n. 13.840/2019 é formado por sentenças originárias de um texto proposto por Osmar Terra em 2010.

A sequência de nossa investigação tange aspectos relativos à dimensão texto do discurso de Terra. Nos debruçamos sobre as escolhas lexicais que o então Ministro privilegiou. O foco dessa primeira análise textual reside no uso de metáforas nos AD de Osmar Terra (Quadro 6). “As metáforas estruturam o modo como pensamos e o modo como agimos, e nossos sistemas de conhecimento e crença” (Fairclough, 2016, p. 250). O ex-Ministro habilmente empregou metáforas que representam o mundo de uma maneira perigosa, com a visada de incutir certas crenças (Fairclough, 2016), como por exemplo, a necessidade de internação em Comunidade Terapêutica para tratamento de uso e abuso de álcool e outras drogas.

Observando o Quadro 6, é possível constatar que o posicionamento de Terra acerca da Política Nacional sobre Drogas assume o discurso do tipo “guerra às drogas”. Fazemos essa inferência ao analisar e verificar que no discurso do ex-Ministro estão presentes metáforas militares tais como: “**destrói**”; “**enfrentamento**”; “**combate**”; “**luta**”; “**batalha**” (AD 01; AD02; AD 03; AD08; AD09). Dado o conceito de metáfora, nos parece claro que o ex-Ministro as utiliza para criar uma maior adesão ao seu argumento, almejando sustentar relações de poder, “recorrendo a uma metáfora (mobilização para a guerra) que tem ressonâncias na experiência e mitologia popular” (Fairclough, 2016, p. 149).

“Assim, a militarização do discurso é também a militarização do pensamento e da prática social” (Fairclough, 2016, p. 251). Evocando este sentido militar, o estrategema de Terra buscou convencer e naturalizar crenças com o discurso de “guerra às drogas”.

Tais crenças trabalham com o imaginário coletivo gerando uma ideia de ameaça para a ordem social. Para dar maior robustez a esse argumento Terra empregou um verbo modal, visando expressar um suposto dever do Governo Federal. No AD 02, Terra usou o verbo **dever** em sua conjugação imperativa, criando um sentido de obrigação do Governo Brasileiro em **ter** políticas de **enfrentamento** às drogas. Com essa retórica, Terra tentou convencer seu receptor de que a sua visão de políticas sobre drogas deveria prevalecer.

Agora vamos analisar o léxico **epidemia** levando em conta as orientações de Fairclough (2016) relativas aos significados das palavras. Epidemia é empregada pelo ex-Ministro onze vezes, aparecendo em dez, dos setenta e um AD coletados. A etimologia da palavra epidemia remete ao grego, epi (sobre) + demos (povo), significando a “prevalência de uma doença contagiosa sobre uma parte importante da população” (Origem da Palavra, 2011). Consultando o significado do vocábulo “epidemia” no Dicionário Online Michaelis (2024), temos os seguintes resultados: “Enfermidade temporária que ataca muitas pessoas ao mesmo tempo em certa localidade”; “Aparecimento repentino de vários casos de uma doença infecciosa em uma população”. O Dicionário Dicio (2025) na mesma linha conceitua epidemia como: “uma doença contagiosa que se espalha com rapidez em determinada região”; e um “aumento fora do comum de pessoas contaminadas por determinada doença”.

Se observarmos o uso feito pela palavra “**epidemia**” por parte de Terra (AD01; AD03; AD04; AD06; AD07), percebemos que ele não remete ao sentido literal do termo, mas sim a um sentido metaforizado, conferindo ao léxico novas conotações, que são capazes de assegurar relações hegemônicas (Fairclough, 2016). Posto de outra maneira, não é possível haver epidemia de drogas, uma vez que seu uso não é infeccioso e nem adquirido via contágio. Este emprego particular do termo fica dotado de certa espetacularização, que objetiva a defesa de um viés ideológico, o mesmo que levou à ação caracterizada por Foucault (1988, 2003) como grande enclausuramento, que são as práticas disciplinares e segregativas dos portadores de transtornos mentais, visando garantir a ordem social burguesa (Amancio, 2012; Amarante, 2017).

Dessa forma, entendemos que o ex-Ministro se valeu do termo **epidemia** para garantir que o usuário de drogas, em especial de *crack*, deva ser separado do resto da sociedade (evitando assim o contágio) via medida de internação em Comunidades Terapêuticas. Para fortalecer o argumento em prol das CT, Terra também usou um verbo modal, dessa vez com intuito de transmitir a ideia de que tais entidades são necessárias para a saúde pública. No AD 05, Terra afirmou que o trabalho das CT “**precisa** ser

apoiado”. Uma vez mais é possível identificar o uso do discurso para sustentar uma relação de dominação, neste caso o controle disciplinar de usuários e dependentes de álcool e drogas.

É válido ressaltar que a caracterização do uso de crack como uma **epidemia** (considerando que o vocábulo significaria doença que acomete muitos indivíduos em uma região geográfica) por parte do ex-Ministro contraria os achados da pesquisa mais recente realizada no Brasil sobre a temática, intitulada “III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira” (Fiocruz, 2017).

Em termos de epidemiologia, os resultados da referida pesquisa não apontam significância estatística do uso de *crack* que possa caracterizá-lo como crítico. Em tempo, não estamos afirmando que o *crack* não seja um problema de saúde relevante, apenas expomos que não há um fundamento científico que aponte um uso de crack de grandes proporções, o álcool continua sendo de longe a substância de consumo mais elevado e maior geradora de problemas sociais (Fiocruz, 2017).

Não seria inédito constatar que o político Osmar Terra é veiculador de desinformação. A pesquisa de Gehrke e Benetti (2021) acerca da pandemia de Covid-19 verificou que Terra foi protagonista na disseminação de notícias falsas sobre o tema. Analisando postagens no antigo *Twitter*®, as pesquisadoras identificaram que “Osmar Terra publicou, neste intervalo de tempo, mais conteúdo mentiroso ou impreciso (104 tuítes) do que verdadeiro (44 tuítes)” (Gehrke; Benetti, 2021, p. 23). Tomando-se em conta que a Covid-19 foi um sério problema de saúde pública, e que Osmar Terra é médico por formação profissional, essa situação se torna ainda mais grave.

Um ponto do discurso de Terra que também gostaríamos de chamar a atenção é o emprego de determinados adjetivos ao longo do texto. Hora esses adjetivos têm a função de retratar a alegada “**epidemia**” de forma dramática. É assim que a epidemia é adjetivada como “**terrível**” (AD 03) e “**brutal**” (AD 07), que se propaga em escala “**gigantesca**” (AD 01) gerando um problema “**gravíssimo**” (AD 04) para a saúde pública brasileira. Tal qual pontuado, o estudo da Fiocruz (2017) não corrobora com esse panorama, que estatisticamente pode ser refutado.

Há momentos em que os adjetivos objetivam qualificar positivamente as CT. Dessa forma, as CT são adjetivadas como “**decisivas**” (AD 01 e 03) para solução da epidemia de *crack*, realizando uma ação “**incrível**” (AD 08) na recuperação de dependentes de drogas. Aqui temos outra informação imprecisa, pois não há evidências científicas que comprovem estas qualidades das CT (Cardoso, 2023; Conselho Federal de

Psicologia, 2017; Montenegro *et al.*, 2022; Pereira, 2020).

O AD01 é emblemático para encerrarmos a análise do texto, porque ele praticamente reúne todos os sofismas de Terra em um único extrato textual. Decompondo o extrato verificam-se argumentos falaciosos e a defesa de práticas de controle disciplinar como: 1) a caracterização das CT como decisivas para a problemática das drogas, justificando investimento público para essas entidades; 2) a qualificação do uso de *crack* como uma epidemia de nível gigantesco; 3) o emprego de metáforas militares para pintar um quadro no qual nossa juventude está sendo destruída pelas drogas; 4) a crítica aos governos passados, buscando desacreditar o modelo psicossocial; 5) a defesa do controle disciplinar do corpo ao definir a abstinência como forma ideal de tratamento; 6) a conclusão de que sua direção para a PNSM representava um avanço importantíssimo.

Findada a análise textual do discurso de Osmar Terra, visamos conectar um elemento da prática discursiva que liga o discurso de Terra com a Lei n. 13.840/2019. Para apreciar essa conexão, iremos analisar o conceito de intertextualidade desenvolvido por Fairclough (2016). Nosso olhar se direciona para a intertextualidade manifesta, que visa especificar quais outros textos estão determinando a constituição do texto analisado (Fairclough, 2016). Na sequência demonstraremos que a Lei n. 13.840/2019 é delineada largamente por um texto construído por Osmar Terra.

O texto final que compõe a Lei n. 13.840/2019 é em grande parte oriundo do PL n. 37/2013, de autoria do então Deputado Federal Osmar Terra (Brasil, 2013). Originariamente produzido em 2010 com o n. 7.663, o texto tramitou com sucesso na Câmara dos Deputados. No Senado o PL foi protocolado em 2013, porém sob resistência, uma vez que o modelo comunitário estava fortalecido, o PL não foi exitoso. Esse fato mostra como o discurso é autorizado ou restringido pelo contexto sócio histórico (Fairclough, 2016).

Na janela temporal em que Terra foi Ministro da Cidadania, a ideologia política já se mostrava favorável ao conteúdo do PL. Assim, o mesmo foi desarquivado se tornando de fato lei, sancionada por Jair Bolsonaro em 5 de junho de 2019. Lembremos que, conforme exposto na subseção 3.4, Terra foi um articulador político da mudança no SISNAD: “Estamos em um enorme encontro de mobilização, que nós não havíamos visto ainda, e vai nos ajudar a aprovar a lei” (Brasil, 2019b). Com a mudança, Terra conseguiu incorporar ao SISNAD elementos fundamentais das práticas disciplinares.

Os fragmentos (Quadro 6) da Lei n. 13.840/2019 que isolamos para análise evidenciam o conceito de intertextualidade manifesta proposto por Fairclough (2016).

Isso porque, os extratos textuais presentes nos Artigos 23-A e 26-A são idênticos aos contidos no PL n. 37/2013 (Brasil, 2013, 2019c). Estes são pontos fundamentais da nova lei, que inseriram no SISNAD duas instâncias relevantes para a presente pesquisa, a internação involuntária (Artigo 23-A) e as Comunidades Terapêuticas (Artigo 26-A).

Resumindo a questão da intertextualidade manifesta, é possível identificar que os Artigos 23-A e 26-A da Lei n. 13.840/2019 (Brasil, 2019c) são a exata transcrição dos Artigos 23-A e 26-A contidos no PL n. 37/2013 (Brasil, 2013) proposto por Osmar Terra. Diante do exposto, fica clara a participação contundente de Terra nos processos que envolveram a alteração no SISNAD. Não estamos aqui alegando que exista uma relação causal entre os fatos, mas entendemos que é possível estabelecer uma correlação entre o discurso de Terra e a alteração na Lei n. 13.840/2019. Pois, na história consta que o SISNAD foi alterado em 2019 pelo PL 37/2013 de autoria de Osmar Gasparini Terra que, nesta época, exercia o cargo de Ministro da Cidadania.

Seguindo com o desdobramento da dimensão da prática discursiva relativa à Lei n. 13.840/2019, nos guiamos por Caldas-Coulthard e Scliar-Cabral (2008) na questão da produção e distribuição do texto. Dessa vez, contrastamos simultaneamente as respostas aparentes com as respostas encobertas. Começando com a autoria do documento, como trata-se de uma lei federal, o Executivo da Presidência da República é quem assina o documento. Mas, nossa análise a respeito da intertextualidade manifesta acabou por apontar a preponderância de Osmar Terra na produção desta normativa.

O consumidor final da Lei n. 13.840/2019 é toda a coletividade, todavia suas implicações fragilizam os direitos dos usuários e dependentes de drogas, porque a lei autoriza a sua internação involuntária (Artigo 23-A), recuperando as regulações autoritárias presentes nos Decretos n. 4.294/1921, n. 14.969/1921, n. 891/1938. A internação involuntária desautoriza os indivíduos com relação às suas próprias escolhas de vida, promovendo uma perda de capacidade civil e reforçando muitas vezes a condição de tutelado do usuário e/ou dependente de drogas.

Essa fragilidade também se faz sentir com a habilitação das CT para prestar assistência integral ao usuário e dependente de droga em regime de internação (Brasil, 2019c). Ao invés de ser oferecida uma assistência tecnicamente qualificada, os indivíduos ficam submetidos às práticas disciplinares de controle do corpo, de viés religioso moral e não científico (Amarante, 2017; Cardoso, 2023; Montenegro *et al.*, 2022). Assim, paulatinamente, o Brasil foi reconstituindo suas estruturas retrógradas de assistência pública em saúde mental.

A Lei n. 13.840/2019 foi publicada em Brasília no Diário Oficial da União em 5 de junho de 2019, um momento político social de nosso país que Pereira (2020, p. 78) classificou como um tempo de “ofensiva neoliberal”. Para essa autora, a saúde dentro da perspectiva neoliberal é gestada de maneira mercadológica, como um produto no qual seu capital deve ser explorado, e que, no caso específico da saúde mental, tem como projeto hegemônico “um modelo centrado na internação/institucionalização (Pereira, 2020, p. 79). Esse cenário político se apresentou como favorável para o mote contido nas propostas de alteração do SISNAD, permitindo a aprovação da nova lei (vide subseção 3.4).

Lembremos que a alteração no SISNAD vem sendo buscada há tempos, pois o PL de alteração circula desde 2010, mas vinha encontrando resistência porque o modelo psicossocial estava fortalecido. O ambiente político favorável de 2019, aliado a posição hierárquica importante ocupada por Osmar Terra, auxiliaram na efetivação do novo SISNAD. O trecho a seguir concorda com essa nossa visão:

Deve-se destacar que o documento estudado foi protocolado na Câmara como Projeto de Lei (PL) em 2010 e foi enviado ao Senado em 2013. Portanto, a aprovação do PL deve ser compreendida à luz da atual conjuntura política e a mobilização de alianças em vista de interesses comuns por parte dos atores envolvidos (Montenegro *et al.*, 2020 p. 686).

Por que foi escrita a Lei n. 13.840/2019? Digamos que o conteúdo manifesto foi redigido para realizar atualizações no SISNAD. Entretanto, o que subjaz na sua intenção é fortalecer um paradigma pautado na proibição e nas práticas asilares (Montenegro *et al.*, 2022). Isso devido à nova lei ter sido motivada para satisfazer grupos “que se beneficiam com a ênfase no tratamento ambulatorial, hospitalar ou em CT, pautados por um paradigma proibicionista” (Montenegro *et al.*, 2022, p. 1717).

Montenegro *et al.* (2020, 2022) conduziram um exame da Lei n. 13.840/2019 calcado na ACD, no qual no âmbito da prática discursiva ponderaram o atributo imperativo da categoria força. “Quanto à prática discursiva, considerando que a Lei n. 13.840 é um documento normativo que norteia a assistência a pessoas com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas, seus dispositivos assumem um caráter imperativo” (Montenegro *et al.*, 2022, p. 1717). Assim como a Portaria n. 3.588/2017, a Lei n. 13.840/2019 se serve da categoria força para gerar ações imperativas como por exemplo a internação involuntária.

Passando para a análise do texto da Lei n. 13.840/2019, aproveitamos novamente o que foi teorizado por Montenegro *et al.*, (2020, 2022). Ao analisar o vocabulário contido

no Artigo 26-A, os pesquisadores identificaram um discurso que tem como estratégia a manipulação do sentido de alguns adjetivos ligados as CT com intenção de fixar crenças positivas a respeito desses serviços (Montenegro *et al.*, 2020, 2022).

Ainda no âmbito da análise do vocabulário o artigo 26-A, que dispõe sobre o “acolhimento” em “Comunidade Terapêutica Acolhedora” é caracterizado pelo eufemismo, utilizando de diversas palavras para suavizar o tratamento em Comunidade Terapêutica (Montenegro *et al.*, 2022, p. 1716).

Segundo os autores, a intenção da lei é arquitetar uma percepção positiva das CT, que as faça parecer um ambiente acolhedor, dotado de boa capacidade para conduzir tratamentos terapêuticos para pessoas com problemas ligados ao uso de drogas. Percepção que não se concilia com a realidade, já que: “constrói uma identidade humanizada para propostas de tratamento que adotam características de instituições totais (Montenegro *et al.*, 2020, p. 685). Portanto o que se depreende da análise de Montenegro *et al.* (2020, 2022) é que na lei as CT são adjetivadas como acolhedoras, uma figura de linguagem que almeja mascarar a real faceta manicomial desses serviços que, conforme atestaram inspeções de órgãos competentes, não possuem indicadores que as qualifiquem como acolhedoras (Cardoso, 2023).

Pelo contrário, essas entidades se assemelham ao formato de funcionamento das instituições totais, como pontuado por Montenegro *et al.* (2020), fazendo uma associação entre as CT e as unidades teorizadas por Foucault (2003). Os adjetivos podem buscar suavizar a verdadeira natureza das CT, mas seu projeto fundamentado no isolamento social denota que esses serviços são uma espécie de reedição das colônias agrícolas (subseção 3.1). Concluimos, assim, as considerações que tocam as dimensões da prática discursiva e do texto dos documentos separados para a análise e seguimos agora para a macroanálise.

Em conformidade com o que foi dito no início desta seção, vamos realizar a análise da prática social relacionada aos documentos que formam o *corpus* de maneira conjunta. Ao longo desta seção já viemos tecendo considerações a respeito da ideologia que permeia a “Nova” Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2019). Deste ponto em diante procederemos com uma análise um pouco mais detalhada da dimensão da prática social (Fairclough, 2016), recuperando alguns pontos importantes e acrescentando outros também vitais para o nosso projeto.

Segundo Thompson (2007), para interpretar a ideologia faz-se necessário apresentar o sentido no qual as formas simbólicas (no caso do nosso estudo, o discurso

governamental) são mobilizadas para estabelecer e sustentar relações de dominação. Demonstramos nas páginas anteriores que os discursos contidos na Portaria n. 3.588/2017, nos AD de Osmar Terra sobre o SISNAD e na Lei n. 13.840/2019, tinham como objetivo restabelecer práticas disciplinares e manicomiais que historicamente dominaram o campo da assistência pública em saúde mental.

Esses documentos dispuseram de uma estratégia semântica na qual as formas simbólicas visaram modelar crenças positivas com relação ao Hospital Psiquiátrico, a Comunidade Terapêutica e a internação de indivíduos nestas instituições. Tais crenças auxiliam na naturalização da assistência manicomial que se consolida como projeto hegemônico no campo da saúde mental, perpetrando uma relação de dominação sobre o corpo dos portadores de transtornos mentais.

Fairclough (2012, 2016) discorre que a prática social remete à macroanálise, porque diz respeito à ordem social ampla. Nesta, investigam-se aspectos que tocam os âmbitos institucionais e organizacionais do evento discursivo e a maneira como estes moldam ideologicamente as relações sociais (Fairclough, 2016). Segundo Fairclough (2012), este é o momento de sair do texto para compreender o contexto social onde as formas simbólicas são empregadas com intuito de estabelecer/sustentar relações de poder e dominação (Thompson, 2007).

Vimos na seção 2 que os portadores de transtornos mentais foram historicamente segregados, tendo invariavelmente como destino a reclusão em manicômio, ou outras instituições totais correlatas (Foucault, 1988, 2003). Na seção 3, retratamos como essa lógica foi hegemônica ao longo da história de nossa República. E mostramos que após décadas de lutas de movimentos sociais foi conquistado o modelo comunitário, uma proposta contra hegemônica pautada nos direitos humanos e na cidadania dos portadores de transtornos mentais, que vigorou entre 2001 e 2017. Este é um resumo do contexto histórico social que antecedeu o período da nossa análise. Essas condições históricas cristalizaram relações de poder, que se atualizam dinamicamente imprimindo a sujeição dos portadores de transtornos mentais aos interesses hegemônicos.

O ambiente institucional dos eventos discursivos analisados, que envolve a janela temporal existente entre 2017 e 2019, possui um contexto político social dominado pela ideologia neoliberal, que reverteu o modelo assistencial comunitário acrescentando instituições de natureza manicomial na RAPS (Cardoso, 2023; Conselho Federal de Psicologia, 2017, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Dardot; Laval, 2016; Montenegro *et al.*, 2020, 2022; Pereira, 2020). Amaral e Costa (2024) assinalam que a

perspectiva neoliberal implica em um modelo regulatório que impacta de forma severa os investimentos sociais, como por exemplo a PEC dos gastos públicos, que discutimos anteriormente.

Para Amaral e Costa (2024, p. 4) as principais agendas neoliberais são: “privatização, flexibilização, desregulamentação”. Os elementos que levantamos em nossa análise indicam a presença destes três componentes na “Nova” Política Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2019). Essa verificação pode ser constatada pois o “novo” modelo está ancorado na terceirização (Bresser-Pereira, 2001) das políticas de saúde mental, utilizando para tanto o Hospital Psiquiátrico e a Comunidade Terapêutica. Essas instituições são majoritariamente de natureza privada, fator que permite ao Estado flexibilizar suas responsabilidades, o que acaba por gerar uma desregulamentação dos serviços destinados aos usuários da RAPS. Tal desregulamentação viabilizou o retorno de unidades asilares como forma de política pública.

Pereira (2020) relata que neste período histórico (2017-2019), uma ofensiva neoliberal determinou as políticas sociais no Brasil, o que, no campo da saúde mental envolveu “a privatização/mercantilização da saúde e da ‘loucura’” (Pereira, 2020, p.79). Dessa forma, houve uma aliança do grande capital com grupos dirigentes visando desconstruir a responsabilidade Estatal ante a execução direta de políticas sociais (Pereira, 2020). Cabral e Darosci (2019) concordam com essa posição, enfatizando que o cenário político brasileiro da época colocou em risco as conquistas obtidas através da Reforma Psiquiátrica, assinalando o ambiente político favorável à lógica manicomial.

Sintetizando o âmbito institucional político, quando Michel Temer assumiu a Presidência da República, uma nova ordem ideológica passou a dominar a agenda das PPSM, ordem que se solidificou com o Governo de Jair Bolsonaro (Pereira, 2020). Estes governos perfazem a “nova direita”, que se caracteriza por possuir elementos do “neoliberalismo econômico e do neoconservadorismo social e político, que tem em comum a hostilidade a intervenção do Estado na proteção social” (Pereira, 2020, p. 78).

O contexto sócio histórico sob a égide neoliberal e seus corolários privatização, flexibilização, desregulamentação (Amaral; Costa, 2024) possibilitou a expedição da Portaria n. 3.588/2017 e da Lei n. 13.840/2019. Isso permitiu o retorno das práticas manicomiais, pois naturalizadas nos discursos governamentais tais práticas readquiriram sua condição de PPSM. Sob pena de nos tornar repetitivos, outra vez nosso argumento se escora no Artigo 5 da Portaria n. 3.588/2017 e sua determinação de inclusão do Hospital Psiquiátrico na RAPS.

Compreendemos que a Portaria n. 3.588/2017 utilizou as formas simbólicas (neste caso um Artigo de uma peça legal) para legitimar e naturalizar uma relação de poder sobre o corpo daquele que padece de transtornos mentais, conferindo a característica asilar como projeto terapêutico hegemônico. O viés ideológico contido nesta ação definiu o retorno da política da exclusão e da lógica manicomial (Conselho Federal de Psicologia, 2017, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Os Artigos 23-A e 26-A da Lei n. 13.840/2019 caminham na linha deste viés ideológico, essa norma e a Portaria n. 3.588/2017 redefiniram a RAPS, renovando o paradigma de cuidados de característica hospitalar/asilar. Esta operação nada mais é do que a consolidação do projeto burguês descrito por Foucault (1988, 2003). Assim, a ideologia que permeia o asilamento corresponde à estruturação da ordem burguesa, excluindo aquele que não é útil para a produção capitalista (Foucault, 1988, 2003). Essas normativas basicamente recuperam regulações do início do século passado, como o Decreto n. 1.132, que expedido no distante 1903, determinava a reclusão daquele que comprometia a ordem pública (subseção 3.1). A intertextualidade, tal qual caracterizada por Fairclough (2016), aponta como a Portaria n. 3.588/2017 e a Lei n. 13.840/2019 herdaram seus textos de documentos regidos pela lógica autoritária, repressiva e manicomial como os Decretos n. 1,132/1903, n. 4.294/1921, n. 24.559/1934, n. 891/1938 e n. 8.550/1946, para ficar nos exemplos mais notáveis.

Compreendemos que a ideologia que orienta a “Nova” Política Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2019) é essencialmente a atualização dos pressupostos higienistas que um dia foram os pilares da Liga Brasileira de Higiene Mental (subseção 3.1). Nessa “nova” política, o que se constata é sobretudo a visada de estabelecer ações que portam consigo controles disciplinares dos indivíduos, em especial deste extrato que se desvia do padrão normativo construído pela sociedade burguesa (Foucault, 2003).

Esta estruturação da ordem burguesa, conforme nos lembrou Foucault (2003), começa pelo corpo e, no caso de doentes mentais, com o controle de seus corpos delimitando seu espaço de existência. Neste aspecto, a direção do tratamento do usuário de drogas é emblemática. A Lei n. 11.343/2006 definia a Redução de Danos como estratégia terapêutica preponderante. Porém, após sancionada a Lei n. 13.840/2019, esta estratégia se altera para o modelo baseado no controle abstêmio.

O modelo pautado na abstinência e no confinamento em CT reproduz o padrão das instituições disciplinares, onde a vigilância e a punição são empregadas para o domínio dos corpos (Foucault, 2003). Ao analisar a dimensão da prática social relativa à

Lei n. 13.840/2019 Montenegro *et al.* (2020) corroboram com essa posição, destacando que as práticas de controle disciplinar adquiriram o protagonismo que outrora foi do modelo psicossocial comunitário.

*A prática social* produzida pelo documento é a reprodução de elementos ideológicos alinhados com a lógica asilar em detrimento da psicossocial, os quais são manifestados na internação involuntária de dependentes de drogas e na CT como instrumentos de dominação e controle (Montenegro *et al.*, 2020 p. 686).

O trecho caracteriza bem a dimensão da prática social. Ele relata a comutação do modelo psicossocial para o asilar e põe em evidência os componentes disciplinares (internação involuntária e CT) da nova política. No caso específico da política sobre drogas, a lei vigente expressa evidente intertextualidade (Fairclough, 2016) com os decretos expedidos em 1921 e 1938. Deste modo, a nova lei evoca a ideia de um sistema correcional, pautado na lógica do tratamento em regime de reclusão e que reafirma a tutela dos portadores de transtornos mentais (subseção 3.1)

Tal qual pontuado na seção 2, o discurso como prática ideológica naturaliza e constitui as significações do mundo conforme dinâmicas que abarcam relações de poder (Fairclough, 2016). Nessa linha de pensamento o discurso como prática política funda e sustenta relações de poder presentes nos diversos grupos em disputa (Fairclough, 2016). Essas premissas teóricas embasam nossa conjectura que os discursos governamentais presentes na Portaria n. 3.588/2017, a Lei n. 13.840/2019 e nas AD de Osmar Terra, visaram simbolizar as unidades de internação psiquiátrica como benéficas para a saúde pública, naturalizando práticas manicomialis e favorecendo grupos políticos e empresariais hegemônicos.

A realidade é que a “Nova” Política Nacional de Saúde Mental não é de fato um novo modelo, pois ela restabeleceu padrões de atuação que são oriundos dos Séculos XVII e XVIII, enxergando o internamento como resposta ao dever de assistência em saúde mental e como medida de segurança social contra a ameaça representada pelos portadores de transtornos mentais (Frayze-Pereira, 2008). Ao avaliar o cunho ideológico da Lei n. 13.840/2019 Montenegro *et al.* (2020) condensam as informações mais relevantes da prática social que enredou as PPSM, essas informações mostram como as práticas atuais são devedoras daquelas estabelecidas nos Séculos XVII e XVIII.

Observa-se, então, que a mudança discursiva expressa pela Lei nº 13.840 está alinhada com um sistema de crenças e conhecimento – e, portanto, ideológico – que, sob a justificativa de ser pautado por evidências científicas, privilegia uma

concepção proibicionista, quanto ao uso de drogas, asilar e moral, a respeito do tratamento, e autoritária, quanto ao modo de produção da política em detrimento de uma trajetória construída a partir da participação popular com ênfase no cuidado territorial e comunitário, considerando a cidadania e os direitos humanos (Montenegro *et al.*, 2020, p. 687).

Nessa história recente, quem perde é a luta antimanicomial, pela rescisão de muitas de suas conquistas e quem ganha é o projeto burguês que, mais uma vez, se consolida. A nova ordem das PPSM garantiu a exclusão de corpos improdutivos do meio social, na mesma medida em que se assegurou lucro para determinados grupos com alinhamento político via psiquiatrização dos problemas sociais (Cardoso, 2023). As políticas higienistas com foco na normatização da sociedade se fortaleceram reassumindo seu protagonismo nas PPSM.

Para finalizar a análise da prática social, observamos a questão da hegemonia (Fairclough, 2016). O conceito político de hegemonia tem utilidade na análise da ordem dos discursos, porque as hegemonias em organizações no nível societário são produzidas, reproduzidas no interior dos discursos (Fairclough, 2012, 2016). Fairclough (2012, p. 317) disserta que o “capitalismo global na sua forma neoliberal geralmente é construído como externo, imutável e inquestionável”, condição que nos leva ao conformismo, naturalizando relações históricas de dominação. Fairclough (2012, p. 317) ilustra este ponto a partir da célebre máxima de Margareth Thatcher sobre se submeter ao capitalismo: “não há alternativa”.

Neste tipo de artil discursivo são inseridas ideologias que naturalizam crenças que se tornam senso comum, assegurando posições hegemônicas (Fairclough, 2016). Traçamos aqui um breve paralelo dessa posição de Thatcher com a retórica que Terra emprega em seu AD07. Terra afirma que vivemos uma epidemia de drogas, “uma situação grave, violenta e **cujo único caminho** que temos para enfrentar” (AD07) seria a via repressiva. Notamos o intuito de universalização de uma perspectiva particular, porque Terra faz crer que existe apenas uma solução para a problemática das drogas.

Sobre o capitalismo, Fairclough (2012, p. 317) afirma existirem “alternativas exequíveis” para organizar as relações econômicas. O mesmo pode ser dito a respeito das drogas, mas o ex-Ministro buscou sustentar crenças dominantes que aproximam a questão a um problema de segurança pública e não a um problema de saúde pública. O modelo de tratamento comunitário para a dependência de drogas demonstrou ser uma alternativa exequível em termos terapêuticos. No entanto, os discursos hegemônicos buscaram retratá-lo como insuficiente para justificar as práticas de internação asilar.

Tal qual pontuamos na subseção 4.1, é dessa forma que se cristaliza a supremacia de uma ideia sobre outras, conferindo a essa ideia uma condição universal, natural, tornando suas práticas sociais como as únicas verdadeiras (Fairclough, 2016). Isso faz com que em uma determinada estruturação social com diversidade semiótica, uma se consolide como hegemônica (Fairclough, 2012). Essa hegemonia se ancora no senso comum legitimador para estabelecer/sustentar relações de dominação (Fairclough, 2012, 2016).

Os efeitos práticos deste postulado são sentidos nas agendas políticas, pois as representações hegemônicas dominam a agenda, enquanto são excluídos outros discursos que não possuem dominância (Fairclough, 2012). No caso deste estudo, isso fica representado pela dicotomia dos modelos hospitalocêntrico x comunitário. Como exposto na seção 3, o modelo hospitalocêntrico representa a agenda hegemônica das PPSM. Contudo, Fairclough (2012) explica que as representações hegemônicas estão suscetíveis a períodos de crise, nos quais podem surgir versões não dominantes, como no caso dos serviços de base comunitária. Mas como demonstrado na subseção 3.4, as práticas hegemônicas não tardaram em recuperar seu *status* de soberania.

Em conformidade com o exposto na subseção 4.1, a hegemonia é um modo de dominação estruturado a partir da aliança de determinados grupos que implicam na subordinação de outros (Fairclough, 2016). Considerando que o macro cenário social expunha “uma tendência de hegemonia do projeto privatista defendido pelo ideário neoliberal” (Pereira, 2020, p. 78). No caso das PPSM, esse projeto foi levado a cabo por uma aliança política que teve entre os seus atores mais relevantes o Ministério da Cidadania, a FPM liderada por Quirino Cordeiro Jr., o CFM, a ABP, a FBH, a FEBRACT e políticos que compõem a chamada bancada evangélica (Almeida, 2019; Cardoso, 2023; Prado; Wachelke, 2022).

No campo da assistência pública em saúde mental, essa aliança gerou o financiamento público para fomentar Hospitais Psiquiátricos e estabelecer convênios com Comunidades Terapêuticas. Essa operação reestruturou no aparato institucional manicomial, ao ampliar significativamente o número de leitos pagos com dinheiro público para internar indivíduos incompatíveis com o padrão social. Resumindo, a hegemonia no campo da saúde mental é a exclusão dos portadores de transtornos mentais do convívio social, além da obtenção de lucro por parte de grupos favorecidos (subseção 3.4).

De posse das informações reveladas pela análise, procedemos com algumas

ponderações terminais relativas aos seus achados. No tocante aos resultados da análise, Fairclough (2016) pondera que quem analisa não dispõe do controle absoluto dos resultados. Quando estes se tornam de domínio público, a utilização do material final escapa das mãos do pesquisador. Contudo, acreditamos que os resultados encontrados podem ser importantes para manter ativa a luta antimanicomial e a defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

Fairclough (2016) destacou a utilidade da ACD enquanto método de investigação das mudanças sociais e culturais. Com foco no problema, a ACD combina uma ponderação negativa, na forma de diagnóstico, bem como uma ponderação positiva, na medida em que se apresenta como um agente que ambiciona transformar o problema social abordado. Para desenvolver esse processo, Fairclough (2012) organiza esquematicamente algumas ações, dentre elas: i) enfatizar um problema social com aspecto semiótico; ii) refletir de maneira crítica sobre o problema social.

Vamos ao primeiro ponto. O fenômeno social com aspecto semiótico que abordamos são as práticas assistenciais em saúde mental. Na ponderação negativa, o diagnóstico passa por compreender que os efeitos do neoliberalismo engendram na política setorial de saúde o que Fairclough (2016, p. 265) qualificou como processo de “comoditização”. Nesse processo as instituições sociais, apesar de não terem por finalidade gerar mercadorias (no sentido econômico), acabam por organizar suas ações nos termos da produção/consumo (Fairclough, 2016).

No caso das PPSM, o processo de comoditização pode ser constatado ao se verificar a inclusão de hospitais psiquiátricos privados na RAPS e a habilitação jurídica para que o Estado firmasse convênios que, somente no ano de 2019, repassaram mais de 150 milhões de reais do Tesouro Nacional para organizações privadas do tipo CT (Brasil, 2019a). Esse processo, nos Governos Temer/Bolsonaro, representou o cumprimento da agenda neoliberal, terceirizando e mercantilizando a Proteção Social do povo brasileiro (Pereira, 2020).

Além desse processo de mercantilizar as políticas de saúde mental, a “Nova” política recuperou a hegemonia do campo através de uma agenda definida por Pereira (2020) como neoconservadora, representada pela ação de entidades de características manicomiais e sua capacidade de isolar o portador de transtornos mentais do resto da sociedade. Juntos, privatização e asilamento, traduzem a reedição da indústria da loucura, via financiamento público para um molde de tratamento baseado na reclusão prolongada, com capacidade de institucionalização dos indivíduos (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

A renovação da indústria da loucura é o fato que enfatizamos ao longo deste estudo. As novas legislações de saúde mental caminham nesse rumo, submetendo os portadores de transtornos mentais novamente a práticas asilares e segregatórias que tantos direitos violaram no Brasil (Amancio, 2012; Amarante, 2017). É sempre importante lembrar as mais de 60 mil covas em Barbacena que são testemunhas silenciosas dessas atrocidades (Amarante, 2017). Refletindo sobre esse panorama, acreditamos que os resultados desta pesquisa podem ajudar na luta antimanicomial ao denunciar a estratégia governamental de reestruturação manicomial.

Consoante com Fairclough (2016), o método crítico implica em revelar as causas ocultas ao fenômeno social analisado. Acrescentamos que Salles e Dellagnelo (2019) ressaltam a importância da utilização da ACD para examinar questões sociais contemporâneas, desnaturalizando crenças que são alicerces de relações de dominação. Ao revelar as intenções governamentais ocultas nas legislações das PPSM objetivamos desnudar a ideologia manicomial que está por trás de tais intenções. Segundo Fairclough (2016), este tipo de revelação pode fornecer recursos para os grupos que estão em desvantagem na prática social (caso dos portadores de transtornos mentais). Pensando sobre este ponto, temos a expectativa de que esse estudo possa ajudar em um ganho de consciência da sociedade em geral com relação aos esquemas governamentais para garantir interesses hegemônicos e subordinar os portadores de transtornos mentais.

Conforme nos ensina Fairclough (2016), é através da conscientização que se descortina a possibilidade dos indivíduos visualizarem mais claramente as coerções impostas pelos discursos que impactam suas vidas, bem como a de sua coletividade. Buscando essa conscientização, tornamos visível que o campo das PPSM foi historicamente dominado pela hegemonia do hospital psiquiátrico e seu projeto asilar (Foucault, 1988; Minas Gerais, 2007). E mostramos ser possível um discurso de resistência, como o da RPB, prover e desenvolver um modelo assistencial de qualidade e que não exclui para tratar (Amancio, 2012; Amarante, 2017; Desviat, 2015). Por fim, e mais importante, revelamos os aspectos contidos nos discursos oficiais que retrocederam a PNSM ao paradigma hospitalocêntrico (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Comprovando que “as correntes que aprisionam a loucura já não são feitas de ferro, mas sobretudo de palavras” (Frayze-Pereira, 2008, p. 100).

Compreendendo que os portadores de transtornos mentais se encontram em posição assimétrica de poder em relação aos agentes dominantes do campo da saúde mental, entendemos que o primeiro passo para resistir a mudança social que reconduziu

as PPSM ao paradigma manicomial, é dar visibilidade ao tema.

Sejam políticas públicas, políticas sociais, políticas governamentais e/ou políticas setoriais o fato incontestável é que sua visibilidade faz-se necessária, cada vez mais, para que a sociedade civil compreenda suas implicações e tenha condições de “acessar” suas pautas ofertadas à população em geral. Por isso, se não estiverem visíveis, transparentes, acessíveis, tornam-se com muita rapidez, opacas (Salgado, 2005, p. 2).

A partir dessa visibilidade desejamos democratizar informações para apontar como os discursos podem estabelecer a manter relações de dominação evitando a opacidade (Thompson, 2007) dessa manobra governamental. Essa visibilidade permite uma possível abertura para a mudança social num terreno de lutas em que se destacam abordagens hegemônicas e contra hegemônicas (Fairclough, 2016). Conforme dito, a hegemonia é acometida por períodos de crise, podendo ser contestada, porque uma ordem de discurso não é um sistema fechado, mas sujeito a interações reais (Fairclough, 2016).

Essa dissertação teve essa função, de se apresentar como um discurso de resistência ao projeto asilar, via exposição das motivações ocultas contidas na “Nova” Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2019). Por isso, consideramos ser essa uma pesquisa engajada, que se posiciona em defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais. Dessa maneira, ela responde ao chamado de Amarante (2017, p. 77), pois a “luta por uma sociedade sem manicômios, sem violência e sem exclusão é uma luta imediata e necessária sempre que o outro não for considerado na sua diferença e diversidade, sempre que não houver cidadania e dignidade”.

Assim, nossa pesquisa se apresentou como um agente opositor ao conservadorismo e ao cenário de redução dos recursos para as políticas públicas sociais, em especial àquelas destinadas aos portadores de transtorno mental. Uma oposição através do discurso, um discurso que faz coro com o Conselho Federal de Psicologia (2017) em defesa do SUS, do modelo de atenção psicossocial, lutando para desconstruir o sistema manicomial, seja ele o Hospital Psiquiátrico ou a Comunidade Terapêutica.

Entendemos ter sido possível deslindar a ideologia da “Nova” Política Nacional de Saúde Mental revelando seu caráter manicomial e mercantil. Essa ideologia nos mostra que o fenômeno dos transtornos mentais, tal qual postula Amarante (2017), não é uma problemática apenas médica, mas antes se situa nas articulações do discurso científico com a estrutura socioeconômica e política, em dado local, em certo momento histórico. É assim que, nos Governos Temer e Bolsonaro, o receituário neoliberal prescreveu o

Hospital Psiquiátrico e a Comunidade Terapêutica para assegurar o sucesso dos interesses burgueses hegemônicos.

Com isso, encerramos nossa análise, certos de que os objetivos traçados foram satisfatoriamente alcançados, uma vez que criticamente desvelamos a ideologia manicomial da “Nova” Política Nacional de Saúde Mental. É uma proposta que não possui nada de novo, muito pelo contrário, apenas porta as raízes disciplinares de séculos atrás, almejando reeditar o complexo industrial e asilar que subjogou os portadores de transtornos mentais ao longo da história de nosso país.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Não há luz no fim do manicômio; há luz com o fim do manicômio” (Amarante, 2017, p. 73).

Nosso trajeto se iniciou com a caracterização do conceito de ideologia, que remete ao emprego de formas simbólicas para estabelecer/sustentar relações de poder e dominação (Thompson, 2007). Na sequência, situamos o momento histórico no qual a ideologia manicomial se estabeleceu, sendo alicerçada pelo discurso da medicina e pelos dispositivos normativos legais ela segregou o doente mental do resto da sociedade (Foucault, 1988, 2003). O modelo manicomial elaborado na Europa foi também hegemônico ao longo desenvolvimento histórico do campo das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil (Amarante, 2017).

A resultante desse modelo foi o financiamento público da “indústria da loucura”, representada por cerca de 100.000 leitos psiquiátricos existentes no fim da década de 1980, dos quais um alto percentual era ocupado por pacientes em condições asilares (Minas Gerais, 2007). Essa estatística exprime a relação de dominação na qual os portadores de transtornos mentais estiveram submetidos no curso da história de nosso país. Por meio da Reforma Psiquiátrica Brasileira, este panorama foi contestado e finalmente repaginado com a consolidação do SUS e a promulgação da Lei n. 10.216/2001 (Amancio, 2012).

Chegamos no ano de 2017 totalizando 17.559 leitos em hospitais psiquiátricos, evidenciando um relativo sucesso dos ideais comungados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e um esvaziamento da lógica manicomial. Porém, é neste momento que um processo de descaracterização da Rede de Atenção Psicossocial entrou em curso quando a Nova Política Nacional de Saúde Mental é formulada a pelo Ministério da Saúde (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Essa nova política se caracterizou pela ação de um novo grupo dirigente político que, encarregado de uma agenda neoliberal, reestabeleceu as diretrizes hegemônicas ao reposicionar o Hospital Psiquiátrico no centro das Políticas Públicas de Saúde Mental (Pereira, 2020).

Sobre o terreno da nomeada nova política construímos nossos objetivos. Entendemos que estes foram satisfatoriamente alcançados através da interpretação pela Análise Crítica do Discurso. A pesquisa acerca das legislações que regulam as Políticas Públicas de Saúde Mental identificou pontos sensíveis nestas normas que alteraram substancialmente a Política Nacional de Saúde Mental. Enquanto que a pesquisa sobre o

discurso de Osmar Terra relativo ao papel das Comunidades Terapêuticas na assistência ao usuário/dependente de drogas reconheceu um artil discursivo que influenciou na reconfiguração da Política Nacional Sobre Drogas. Após a categorização dos documentos isolados para análise, foi possível desvendar a perspectiva ideológica contida na direção da “Nova” Política Nacional de Saúde Mental.

Nossa análise mostrou que, no macro cenário político, sob domínio da agenda neoliberal, os Governos Temer e Bolsonaro estavam pautados pela flexibilização (Amaral; Costa, 2024). No caso específico da saúde mental, esses Governos foram caracterizados pelo neoconservadorismo e pelo autoritarismo (Pereira, 2020). Esses denominadores (flexibilização, conservadorismo e autoritarismo) recolocaram no centro da cena das Políticas Públicas de Saúde Mental aspectos hegemônicos como a terceirização, mercantilização e institucionalização.

Metodologicamente, a ACD demonstrou-se adequada para desvendar os modos como o discurso atua como prática ideológica. A técnica formulada por Fairclough (2016) possibilitou tornar visível mecanismos que naturalizam relações de dominação, no caso deste estudo a dominação dos portadores de transtornos mentais. A partir da aplicação ACD ao *corpus* selecionado demonstramos que não houveram ajustes técnicos na Política Nacional de Saúde Mental, mas uma estratégia de reconfiguração das práticas assistenciais em saúde mental, recuperando o paradigma asilar historicamente dominante.

Na dimensão do texto, a análise evidenciou um conjunto de estratégias lexicais e retóricas utilizadas para naturalizar a assistência prestada pelo Hospital Psiquiátrico e pela Comunidade Terapêutica. Essas escolhas linguísticas foram centrais para justificar intervenções de caráter disciplinar e a assistência em unidades hospitalares.

Na dimensão da prática discursiva o destaque fica com a questão da intertextualidade (Fairclough, 2016). Partindo deste conceito identificamos a forma como as legislações da Nova Política Nacional de Saúde Mental herdaram seus textos de documentos que foram produzidos em momentos históricos anteriores, resgatando a hegemonia manicomial e o controle disciplinar. As legislações da nova política resgatam os termos dos decretos n. 1.132/1903 e n. 891/1938, almejando manter a ordem pública burguesa e o padrão normativo social, excluindo todo aquele que não se enquadra nesse projeto.

A dimensão da prática social desnudou a ideologia contida na Nova Política Nacional de Saúde Mental, aspecto central de nossa análise. Diverso do apregoado no Nota Técnica n. 11/2019, não estávamos em um estágio evolutivo do modelo assistencial

em saúde mental (Brasil, 2019), pelo contrário, a operação engendrada pela “nova” política foi tão somente o retorno maciço da ideologia manicomial (Cardoso, 2023; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Pereira, 2020). Isso porque, em termos práticos, a inclusão do Hospital Psiquiátrico e da Comunidade Terapêutica na RAPS, definiu um deslocamento das diretrizes do modelo psicossocial para modelos de maior controle disciplinar via institucionalização dos doentes mentais e mercantilização dos problemas psiquiátricos.

Nossa análise mostrou que o novo modelo assistencial representou um ataque a essência da Lei n. 10.216/2001 ao realizar uma defesa do Hospital Psiquiátrico e da Comunidade Terapêutica. É importante lembrar que a essência da referida lei é aquela eternizada pelo Encontro de Bauru (subseção 3.2), ou seja, a busca por uma sociedade sem manicômios. E a chamada “nova” política fere fundamentalmente este preceito, pois suas legislações descaracterizaram o modelo de tratamento em meio aberto e comunitário. Esse movimento traduz não só uma mudança normativa, mas um processo de reestruturação do aparato institucional manicomial com efeitos concretos sobre direitos os portadores de transtornos mentais. Essa operação é de fato um resgate da função dos hospitais de depositário social (Dias, 2012).

Outro ponto fundamental esclarecido pela análise foram os arranjos de poder e alianças políticas que redefiniram a Política Nacional de Saúde Mental. Conforme pontuado por Fairclough (2016), a hegemonia é constituída a partir da aliança entre determinados grupos de atores sociais e instituições com interesses convergentes. Foi assim que um grupo político dotado de uma agenda neoliberal se aliou a entidades importantes do campo como o Conselho Federal de Medicina e a Federação Brasileira de Hospitais para renovar o protagonismo do Hospital Psiquiátrico enquanto Política Pública (Cardoso, 2023; Pereira, 2020).

Além dessa, temos também a parceria estabelecida por Osmar Terra com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas e com parlamentares que defendem vieses religiosos como ferramentas de saúde pública (Prado; Wachelke, 2022). Essa parceria foi exitosa ao alterar as políticas destinadas ao tratamento de usuários/dependentes de drogas, inserindo práticas disciplinares e instituições totais no SISNAD (Conselho Federal de Psicologia, 2017, 2019; Foucault, 2003). Essas alianças atuaram de modo a promover a mercantilização da atenção em saúde mental, viabilizando financiamentos públicos a arranjos privados (hospitais psiquiátricos e CT) e reproduzindo mecanismos de exclusão.

Estes grupos hegemônicos redesenharam a RAPS de forma autoritária e unilateral,

uma vez que é possível contestar a legitimidade das mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, que conforme a análise revelou, sua construção normativa ocorreu de forma verticalizada, sem a devida transparência e participação de atores fundamentais do campo (Conselho Federal de Psicologia, 2019; Conselho Nacional de Saúde, 2019). Essa verticalidade processual comprometeu a legitimidade democrática das normas e fragilizou a construção plural das Políticas Públicas.

Sintetizando, os resultados desta pesquisa não apenas diagnosticam mudanças institucionais ideológicas que reabriram possibilidades de asilamento e mercantilização da assistência pública em saúde mental, como também oferecem um arcabouço metodológico analítico para pensar criticamente a atuação dos governos na execução das Políticas Públicas. Dessa maneira compreendemos ter realizado uma contribuição acadêmica relativa a lacuna em pesquisas identificada em nossa Introdução.

As limitações desta pesquisa tocam em especial a realização de um exame crítico mais extenso e aprofundado sobre cada um dos elementos presentes no *corpus* de análise. O número de documentos analisados implicou em um exame mais enxuto no que tange a interpretação via modelo tridimensional (Fairclough, 2016), o que nos leva a refletir sobre o tamanho de nossa amostra de discursos. Todavia, a articulação entre a Portaria n. 3.588, a Lei n. 13.840 e os AD de Osmar Terra se mostrou essencial para caracterizar a mudança de direção na Política Nacional de Saúde Mental.

Este projeto pode servir como um guia para pesquisas futuras no campo das Políticas Públicas de Saúde Mental, especialmente aos pesquisadores que desejarem explorar a ideologia pela ótica da Análise Crítica do Discurso, nos moldes que Fairclough (2012, 2016) propôs. Esperamos que outras pesquisas possam adotar essa mesma linha epistêmica para investigar as alterações nas Políticas Públicas de Saúde Mental, se aprofundando ainda mais no exame do objeto deste estudo, ou perscrutando novos elementos para análise que possam por ventura fortalecer as conclusões aqui alcançadas.

Além de pesquisas fundamentadas na ACD vislumbramos também uma série de pesquisas que podem se desdobrar a partir do conhecimento gerado por este trabalho. Listamos algumas: 1) estudos longitudinais sobre o número de internações em Hospital Psiquiátrico; 2) estudos longitudinais sobre internação em Comunidade Terapêutica; 3) estudos longitudinais sobre o financiamento público relativo a cada ponto de atenção em saúde da RAPS; 4) investigações sobre a efetividade e as condições de funcionamento das Comunidades Terapêuticas; 5) pesquisas correlacionais sobre a interação entre os CAPS e as internações psiquiátricas; 6) pesquisas que realizem um mapeamento dos

fluxos financeiros públicos destinados a unidades privadas de assistência psiquiátrica; 7) investigações qualitativas a partir de pesquisas de campo (estudos de casos, histórias de vida e pesquisa-ação) com usuários, familiares e trabalhadores da RAPS.

O cenário histórico das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil nos evoca a considerar o alerta feito por Adorno e Horkheimer, no Prefácio da obra *Dialética do Esclarecimento*, onde os autores consideram o porquê de ao invés de entrarmos em um estado verdadeiramente humano, estamos sendo tragados para novas espécies de barbárie (Adorno; Horkheimer, 1985). Por isso esse trabalho visa dar visibilidade a questão do assujeitamento dos portadores de transtornos mentais, que ao longo de suas existências estão constantemente frágeis ante a barbárie manicomial.

É preciso conferir cada vez mais relevância para os portadores de transtornos mentais, em especial aqueles foram historicamente submetidos às práticas de institucionalização psiquiátrica. Discutir este tema, é garantir espaço para os direitos dos daqueles que sofrem de patologias mentais, para que estes possam ser tratados com dignidade, respeitando sua dimensão cidadã, longe do aprisionamento e de uma vida marginal ao resto da sociedade.

Por isso esta pesquisa se conforma como uma resistência democrática e a uma defesa intransigente dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. A retomada de práticas manicomiais travestidas de “acolhimento” exige vigilância crítica, mobilização social e políticas públicas orientadas por evidências científicas, pautadas pelos direitos humanos e construídas de maneira plural, garantindo a participação de todos os atores envolvidos no processo.

Buscamos seguir as orientações de Fairclough (2012) ao dar atenção a uma problemática social. Ao refletir criticamente sobre esta, pretendemos iluminar um problema que não se encerre nas discussões acadêmicas, mas que possa dialogar com outros setores da sociedade visando a conscientização coletiva dos direitos dos portadores de transtornos mentais. Desse modo, emergiu o debate sobre a necessidade de garantia a estes pacientes de um lugar de existência para além dos limites estabelecidos pelo asilo, pelo manicômio, pelo hospital, pela comunidade terapêutica, enfim, garantir sua existência no seio comunitário.

Esperamos que esta análise funcione como subsídio para ações em defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais. Idealmente almejamos que esta dissertação extrapole os limites da academia e atinja tanto os movimentos sociais, como as instâncias políticas responsáveis pela assistência pública em saúde mental para

reconquistar e aprofundar o projeto psicossocial que coloca a dignidade, a liberdade e a cidadania no centro do cuidado.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

ALMEIDA, J. M. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Caderno de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 11, 2019.

AMANCIO, V. R. **Uma clínica para o CAPS: a clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2012.

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

AMARANTE, P. **Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil**. São Paulo: Zagodoni, 2021.

AMARANTE, P. **Por uma sociedade sem manicômios, sem violência e sem exclusão**. 2025. Disponível em: <https://www.pauloamarante.net/perfil.php>. Acesso em 15 jun. 2025.

AMARAL, A.S.; COSTA, T. M. T. Austeridade e financeirização: a construção do discurso reformista no campo previdenciário brasileiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, e-2023-0173, 2024.

ANDERSEN, H. C. **A Roupas nova do Rei**. [S. l.: s. n.], 1837. Disponível em: <https://encurtador.com.br/0J23J>. Acesso em: 12 jan. 2025.

ARBEX, D. **O Holocausto Brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca, 2019.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Decreto n. 1.132, de 22 de Dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 1903. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 22 abr. 2024.

BRASIL. Decreto n. 4.294, de 6 de Julho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1921. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-republicacao-92584-pl.html>. Acesso em: 22 abr. 2024.

BRASIL. Decreto n. 14.969, de 3 de Setembro de 1921. Aprova o regulamento para a

entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 set. 1921a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1910-1929/D14969.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D14969.htm). Acesso em: 22 abr. 2024.

BRASIL. Decreto n. 24.559, de 3 de Julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, assistência e proteção a pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 jul. 1934. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 10 jun. 2024.

BRASIL. Decreto n. 891, de 25 de Novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. *Coleção de leis anuais do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1938. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm). Acesso em 10 jun. 2024.

BRASIL. Lei Federal n. 10.216, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em 01 jun. 2023.

BRASIL. Portaria n. 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, [21 fev. 2002?]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Lei Federal n. 10.708, 31 de Julho 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm). Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria n. 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso: 02 jun. 2023.

BRASIL. Portaria n. 148, 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, [2 fev. 2012?]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html). Acesso em: 02 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/CGMAD. **Saúde Mental em Dados 11**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei da Câmara n. 37/2013**: Altera a Lei n. 11.343 de 23 de agosto de 2006. 2013. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/113035>. Acesso em 15 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Caminhos do cuidado**: caderno do aluno. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para atenção às pessoas com transtornos de espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria n. 3.588, de 21 de Dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n.6, de 28 de Setembro de 2017, para dispor da Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 11 jun. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Osmar Terra assume Ministério da Cidadania**. 2019. Disponível em: [Osmar Terra assume o Ministério da Cidadania — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome](#) Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Com incentivo do governo federal, comunidades terapêuticas oferecem tratamento a dependentes químicos**. 2019a. Disponível em: [Com incentivo do governo federal, comunidades terapêuticas oferecem tratamento a dependentes químicos — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome](#). Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Ministério da Cidadania discute no Senado projeto de lei sobre drogas**. 2019b. Disponível em: [Ministério da Cidadania discute no Senado projeto de lei sobre drogas — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome](#) Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Lei Federal n. 13.840, de 5 de Junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jun. 2019c. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113840.htm#:~:text=Altera%20as%20Leis%20nos%2011.343%2C%20de%2023%20de,para%20tratar%20do%20financiamento%20das%20pol%C3%ADticas%20sobre%20drogas](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113840.htm#:~:text=Altera%20as%20Leis%20nos%2011.343%2C%20de%2023%20de,para%20tratar%20do%20financiamento%20das%20pol%C3%ADticas%20sobre%20drogas). Acesso em: 09 set. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **“O Brasil finalmente tem uma política séria para o enfrentamento das drogas”, afirmou o Ministro Osmar Terra.** 2019d. Disponível em: ["O Brasil finalmente tem uma política séria para o enfrentamento das drogas", afirmou o ministro Osmar Terra — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.](#) Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Ministro discute prevenção às drogas em evento do Conselho Federal de Medicina.** 2019e. Disponível em: [Ministro discute prevenção às drogas em evento do Conselho Federal de Medicina — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.](#) Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Governo amplia vagas e regulamenta o tratamento de dependentes químicos em comunidades terapêuticas.** 2019f. Disponível em: [Governo amplia vagas e regulamenta o tratamento de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.](#) Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Ministro da Cidadania apresenta a senadores estratégias nas áreas de Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte.** 2019g. Disponível em: [Ministro da Cidadania apresenta a senadores estratégias nas áreas de Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.](#) Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Osmar Terra apresenta ações de prevenção às drogas em encontro com pastores.** 2019h. Disponível em: [Osmar Terra apresenta ações de prevenção às drogas em encontro com pastores — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.](#) Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Governo federal implementa nova política nacional sobre Drogas.** 2019i. Disponível em: [Governo federal implementa nova Política Nacional Sobre Drogas — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.](#) Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Frente Brasil contra as drogas formaliza apoio à nova política do governo federal.** 2019j. Disponível em: [Frente Brasil contra as Drogas formaliza apoio à nova política do governo federal — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.](#) Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Osmar Terra apresenta programas do Ministério da Cidadania.** 2019k. Disponível em: [Osmar Terra apresenta programas do Ministério da Cidadania — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.](#) Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 11, de 14 de fevereiro de 2019** - CGMAD/DAPES/SAS/MS. Apresenta esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2019l.

BRASIL. **Governo federal estreita relação com comunidades que acolhem dependentes químicos**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/governo-federal-estreita-relacao-com-comunidades-que-acolhem-dependentes-quimicos>. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. **Dia Nacional da Pessoa com Esquizofrenia: cercada de tabus, doença tem tratamento no SUS**. 2021. Disponível em: <https://acesse.one/vjpB4>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). **Saúde mental em dados**. 13. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. **O que é gov.br?** 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/sobre>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. **Acessar Comunidades Terapêuticas**. 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acesar-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 05 ago. 2025.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Do estado patrimonial ao gerencial. *In*: SACHES, I.; WILHEIM, J.; PINHEIRO, P. S. (org). **Brasil: um século de transformações**. São Paulo: Cia das Letras, 2001.

CABRAL, A. C. A. A análise do discurso como estratégia de pesquisa no campo da administração: uma visão global. **Contextus – Revista Contemporânea de Economia e Gestão**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 59-67, jul./dez., 2005.

CABRAL, S. B.; M. DAROSCI. A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, 3, 2019, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis, UFSC, 2019.

CALDAS-COULTHARD, C. R., SCILIAR-CABRAL, L. **Desvendando discursos: conceitos básicos**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2008.

CALSAVARA, V. J.; MARQUES, B. B. A reforma psiquiátrica brasileira e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical, Law and Bioethics**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 80-91, 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Osmar Terra: biografia**. 2025. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/deputados/73692/biografia>. Acesso em: 13 abr. 2025.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CARDOSO, Fernanda Lopes Coimbra. **Os discursos sobre as políticas públicas em saúde mental em um contexto neoliberal de ampliação do conservadorismo, entre 2015 a 2022**. 2023. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 28 de novembro, 2023.

CASEMIRO, P.; MOURA, R. **Crise de saúde mental: Brasil tem o maior número de afastamentos por ansiedade e depressão em 10 anos**. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/trabalho-e-carreira/noticia/2025/03/10/crise-de-saude-mental-brasil-tem-maior-numero-de-afastamentos-por-ansiedade-e-depressao-em-10-anos.ghtml>. Acesso em: 14 abr. 2025.

CASTANEDA, C. **A erva-do-diabo**. 3. ed. São Paulo: Bisordi, 1975.

CONFERÊNCIA REGIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA. **Declaração de Caracas**. 1990. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf). Acesso em: 20 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP repudia mudanças na política de saúde mental**. 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-repudia-mudancas-saude-mental/>. Acesso em: 13 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde**. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 13 jun. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação N. 005, de 15 de fevereiro de 2019**. Pleno de Conselho Nacional de Saúde. Trecentésima Décima Quarta Reunião Ordinária. Brasília, 14 e 15 de fevereiro de 2019.

CRUZ, N. F. O., GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18, n.3, p. 2-20, 2020.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 1-121, 2011.

- DESCARTES, R. **Discurso do método**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- DIAS, M. T. G. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 1024-1045, 2012.
- DICIO. **Epidemia**. 2025. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/epidemia/>. Acesso em: 22 jan. 2025.
- ECHEBARRENA, R. C. SILVA, P. R. F. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, out. 2020.
- EVANS-PRITCHARD, E.E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- FAIRCLOUGH, N. Análise Crítica do Discurso como Método em Pesquisa Social Científica. **Linha d'Água**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 307-329, 2012.
- FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. 2. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2016.
- FIGUEIREDO, G. **Ética e reforma da assistência psiquiátrica no Brasil**. 2004. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/etica-e-reforma-da-assistencia-psiQUIATRICA-no-brasil>. Acesso em: 09 jun. 2023.
- FIRMINO, H. **Nos porões da loucura**. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18. ed. São Paulo: Graal, 2003.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2022.
- FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é a loucura**. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- FRÓIS, M. F. P. Nos porões da loucura (1979): narrativas da imprensa escrita sobre o Hospital Colônia de Barbacena. **Temporalidades – Revista de História**, [s. l.], v. 16, n. 1, mar/out 2024.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **“Cadernos” de fevereiro destaca saúde mental dos brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.
- GASTÃO, W. S. C. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GEHRKE, M., BENETTI, M. A desinformação no Brasil durante a pandemia de Covid-19: temas, plataformas e atores. **Revista Fronteiras – estudos midiáticos**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 14-28, Unisinos, maio/ago. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de projetos social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n.1, p. 297-305, 2009.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. **Investigação Qualitativa em Educação**, [s. l.], v. 2, p. 243-247, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana em Saúde, 2011.

MENDONÇA, C. **Os pátios da ditadura – A saúde mental durante o regime militar**. 2022. Disponível em: <https://www.revistabadaro.com.br/2022/05/18/os-patios-da-ditadura-a-saude-mental-durante-o-regime-militar/>. Acesso em: 06 jun. 2024.

MICHAELIS DICIONÁRIO ONLINE. **Epidemia**. 2024. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/epidemia>. Acesso em: 20 jul. 2024.

MILIAUSKAS, C. R.; FAUS, D. P.; JUNKES, L.; RODRIGUES, R. B.; JUNGER, W. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica, em regiões metropolitanas do RJ, e SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 5, maio 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. 2. ed. Belo Horizonte: [s. n.], 2007.

MONTENEGRO, Y. F. L.; PAIXÃO, A. K. R.; SALES, N. C. M; BRILHANTE, A. V. M.; BRASIL, C. C. P. A análise de discurso crítica no estudo de políticas públicas de saúde: Exemplo a partir de mudanças na política sobre drogas no Brasil. **New Trends in Qualitative Research**, Oliveira de Azeméis, Portugal, v. 3, p. 678-690, 2020.

MONTENEGRO, Y. F. L.; BRILHANTE, A. V. M.; BRASIL, C. C. P. Análise dos discursos jornalísticos sobre a lei Nº 13.840 e as mudanças nas políticas sobre drogas. **New Trends in Qualitative Research**, Oliveira de Azeméis, Portugal, v. 8, p. 53-60, jun. 2021.

MONTENEGRO, Y. F. L.; PAIXÃO, A. K. R.; MARTINS, N. C. M; BRILHANTE, A. V. M.; BRASIL, C. C. P. A mudança discursiva na assistência ao usuário ou dependente de drogas: análise de discurso crítica de uma lei federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 5, p. 1713-1722, maio 2022.

MOREIRA, S. **As implicações das alterações na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas para o exercício profissional de Assistentes Sociais no Brasil**. 2019. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnicaLei13840-2019-.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2025.

NETO, F. K. Reforma Psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. **Mental**, Barbacena, v.1, n.1, p. 1-6, dez. 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; AMARAL, C. E. M.; BENEDETTO, S.; OLIVEIRA, B. D. C.; TREICHEL, C. A. S.; DELGADO, P. G. G. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, [s. l.], v. 42, n. 113, 2018.

ORIGEM DA PALAVRA. **Epidemia**. 2011. Disponível em: <https://origemdapalavra.com.br/palavras/epidemia/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

PEREIRA, S. L. B. A Política de Saúde Mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 26, n. 1, p. 72-87, 2020.

PESSOA, G. T. A. **Assistência Médica e Legal de Alienados**. 2019. Disponível em: <https://mapa.arquivonacional.gov.br/index.php/dicionario-primeira-republica/724-assistencia-medica-e-legal-de-alienados>. Acesso em 12 jul. 2025.

PRADO, A. M.; WACHELKE, J. Entendendo o Ministério da Cidadania em 2019: O discurso político por trás das práticas institucionais. **Psicologia Política**, [s. l.], v. 22, n. 53, p. 154-170, 2022.

REIS, L. N.; SIMPLICIO, J. C. R.; GHERADI-DONATO, E. C. S.; ZANETTI, A. C. G. Probabilidades de internação psiquiátrica de pacientes de um ambulatório de saúde mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Riberão Preto, v. 11, n. 2, 2015.

ROCHA, H. A.; REIS, I. A.; SANTOS, M. A. C.; MELO, A. P. S.; CHERCHIGLIA, M. L. Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 55, n. 14, 2021.

SALLES, H. K.; DELLAGNELO, E. H. L. A Análise Crítica do Discurso como alternativa teórico-metodológica para os Estudos Organizacionais: um exemplo da análise do significado representacional. **Organizações & Sociedade**, [s. l.], v. 26, n. 90, p. 414-434, jul./set. 2019.

SALGADO, G. B. Políticas públicas de saúde: uma análise crítica, *In*: MOTA, M. E. (org.). **Psicologia: interfaces com a educação e saúde**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2005.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JUNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 19, 2021.

SAUSSURE, F. **Curso de linguística geral**. São Paulo: Cultrix, 1970.

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBREMAN, M. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [s. l.], v. 31, n. 1, 2009.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul./dez. 2006.

THOMPSON. J. B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis: Vozes, 2007.

URIBE RIVERA, F. J. **Planejamento e gestão em saúde**: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report**: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022.