

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Natália Roós Deponti

**OS IMPACTOS DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NA  
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

Santa Maria, RS  
2023

Natália Roós Deponti

**OS IMPACTOS DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NA ATUAÇÃO DO  
PSICÓLOGO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Dorian Mônica Arpini

Santa Maria, RS  
2023

Deponti, Natália Roós  
OS IMPACTOS DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NA ATUAÇÃO  
DO PSICÓLOGO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL /  
Natália Roós Deponti.- 2023.  
106 p.; 30 cm

Orientadora: Dorian Mônica Arpini  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2023

1. Contrarreforma Psiquiátrica 2. Centro de Atenção  
Psicossocial 3. Psicólogo 4. Reforma Psiquiátrica I.  
Arpini, Dorian Mônica II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, NATÁLIA ROÓS DEPONTI, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**NATÁLIA ROÓS DEPONTI**

**OS IMPACTOS DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NA ATUAÇÃO DO  
PSICÓLOGO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Aprovada em, 26 de junho de 2023

---

**Dorian Mônica Arpini, Professora/Doutora (UFSM)**  
**(Presidente/ Orientador)**

---

**Jana Gonçalves Zappe, Professora/ Doutora (UFSM)**

---

**Félix Miguel Nascimento Guazina, Professor/Doutor (UFN)**

Santa Maria, RS  
2023

## AGRADECIMENTOS

Aos colegas Psicólogos e Psicólogas participantes deste estudo, pela disponibilidade e contribuições que tornaram esta pesquisa possível.

À minha Orientadora Mônica por acreditar no meu trabalho, ser paciente e me auxiliar em toda a construção do estudo.

À banca pela disponibilidade em ler e contribuir com este trabalho.

À minha mãe Eliane, a maior incentivadora e propulsora dos meus sonhos e desejos.

À minha irmã Camila e Vitor pelo auxílio e amparo.

Ao meu companheiro João Vítor, pelo acolhimento, incentivo e amor.

À Marcielle por me guiar e incentivar sempre.

À Patrícia, por me ajudar a viabilizar todo o processo do Mestrado.

Às integrantes do NEIAF, em especial à Camila, pelas contribuições, conselhos e ajuda.

Àquelas e Aqueles que me guiaram, deram força e discernimento durante todo esse percurso.

Muito obrigada!

## RESUMO

### TÍTULO: OS IMPACTOS DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

AUTORA: Natália Roós Deponti  
ORIENTADORA: Dorian Mônica Arpini

A Reforma Psiquiátrica Brasileira historicamente caracteriza-se como um movimento de luta contra o modelo manicomial de tratamento da loucura. Por meio de diversas mobilizações a Reforma possibilitou a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) focada no cuidado em liberdade, com dispositivos territoriais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, estudos apontam que sempre existiram forças contrárias à Reforma e a favor da lógica manicomial, nesse aspecto, observa-se que desde 2017 tais forças contrárias ganharam força e se configuraram como uma Contrarreforma Psiquiátrica. Dessa forma, torna-se importante compreender este movimento de retrocessos e os seus impactos nos dispositivos derivados da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, a presente pesquisa buscou investigar os impactos da Contrarreforma Psiquiátrica na atuação dos profissionais psicólogos e psicólogas que atuam nos CAPS, considerando que esta é uma profissão presente nos serviços substitutivos aos manicômios, desde o início da Reforma Psiquiátrica. Para tal, o estudo utilizou uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, utilizando a técnica de entrevistas semiestruturadas. Posteriormente os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática. Os resultados indicam que durante o período de 2017 e 2022 a lógica manicomial de tratamento da loucura voltou a ser investida e valorizada pelo governo do Brasil atuante neste período. Além disso, todos os Profissionais entrevistados durante a pesquisa têm a percepção acerca de um movimento de retrocessos, que impôs dificuldades à RAPS, e, conseqüentemente, aos CAPS. Ainda, além de identificarem os retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental os psicólogos indicam algumas conseqüências dos retrocessos em seu cotidiano de trabalho, como o aumento das institucionalizações psiquiátricas, fragmentação dos processos de trabalho, isolamento das equipes dentro dos espaços de trabalho, ambulatorização do cuidado, superinvestimento em comunidades terapêuticas, entre outros aspectos. Por fim, compreende-se a importância de um movimento ético-político para retomar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

**Palavras-chave:** Contrarreforma Psiquiátrica; Centro de Atenção Psicossocial; Psicólogo.

## ABSTRACT

**TITLE:** THE IMPACTS OF THE PSYCHIATRIC COUNTER-REFORM ON THE PERFORMANCE OF PSYCHOLOGISTS IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS

**AUTHOR:** Natália Roós Deonti

**ADVISOR:** Dorian Mônica Arpini

The Brazilian Psychiatric Reform is historically characterized as a movement to fight against the asylum model of treatment of madness. Through various mobilizations, the Reform enabled the creation of a Psychosocial Care Network (RAPS) focused on care in freedom, with territorial devices such as the Psychosocial Care Centers (CAPS). However, studies indicate that there have always been forces against the Reform and in favor of the asylum logic, in this regard, it is observed that since 2017 such opposing forces have gained strength and have been configured as a Psychiatric Counter-Reform. Thus, it becomes important to understand this movement of setbacks and their impacts on devices derived from the Psychiatric Reform. In this sense, the present research sought to investigate the impacts of the Psychiatric Counter-Reform on the performance of professional psychologists who work in CAPS, considering that this is a profession present in services replacing asylums, since the beginning of the Psychiatric Reform. For this purpose, the study used a qualitative approach, with an exploratory character, using the technique of semi-structured interviews. Subsequently, the data was analyzed using Thematic Content Analysis. The results indicate that during the period 2017 and 2022, the asylum logic of treating madness was once again invested and valued by the active Brazilian government in this period. In addition, all professionals interviewed during the survey have the perception of a setback movement, which imposed difficulties on the RAPS, and, consequently, on the CAPS. Still, in addition to identifying the setbacks in the National Mental Health Policy, psychologists indicate some consequences of the setbacks in their daily work, such as the increase in psychiatric institutionalizations, fragmentation of work processes, isolation of teams within workspaces, outpatient clinics care, overinvestment in therapeutic communities, among other aspects. Finally, the importance of an ethical-political movement to resume the premise of the Brazilian Psychiatric Reform is understood.

**Keywords:** Psychiatric Counter-Reform; Psychosocial Care Center; Psychologist.

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – Processo de composição do corpus do Estado da Arte.....	31
TABELA 2 – Caracterização dos Participantes da Pesquisa.....	41



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
2.1	A HISTÓRIA DA LOUCURA.....	14
2.2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	16
2.3	OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	22
2.4	A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA – ARTIGO DE ESTADO DA ARTE... 25	
<b>2.4.1</b>	<b>Resumo</b> .....	25
<b>2.4.2</b>	<b>Introdução</b> .....	25
<b>2.4.3</b>	<b>Percurso Metodológico</b> .....	29
<b>2.4.4</b>	<b>Resultados e Discussões</b> .....	31
<b>2.4.5</b>	<b>Considerações Finais</b> .....	35
<b>2.4.6</b>	<b>Referências</b> .....	36
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	39
3.1	DESENHO DO ESTUDO .....	39
3.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS.....	40
3.3	PARTICIPANTES.....	41
3.4	INSTRUMENTOS .....	42
3.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	42
3.6	RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA.....	43
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	45
4.1	ARTIGO 1 – A RELAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS DE SAÚDE MENTAL E A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA.....	45
<b>4.1.1</b>	<b>Resumo</b> .....	45
<b>4.1.2</b>	<b>Introdução</b> .....	45
<b>4.1.3</b>	<b>Percurso Metodológico</b> .....	49
4.1.3.1	Desenho do estudo.....	49
4.1.3.2	Participantes.....	49

4.1.3.3 Instrumentos e Procedimentos Realizados .....	50
4.1.3.4 Análise dos Dados .....	50
<b>4.1.4 Resultados e Discussões</b> .....	<b>51</b>
4.1.4.1 Primeira Categoria: O desinvestimento na Rede de Atenção Psicossocial: uma política de governo .....	51
4.1.4.2 Segunda Categoria: A internação psiquiátrica como consequência da Contrarreforma Psiquiátrica .....	53
4.1.4.3 Terceira Categoria: Comunidades Terapêuticas: uma derivação atualizada do velho .	56
4.1.4.4 Quarta Categoria: Alguns atravessamentos sociais que possibilitam uma Contrarreforma Psiquiátrica .....	59
<b>4.1.5 Considerações Finais</b> .....	<b>60</b>
<b>4.1.6 Referências</b> .....	<b>62</b>
4.2 ARTIGO 2 - CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA: OS ATRAVESSAMENTOS NO COTIDIANO DE TRABALHO DOS PSICÓLOGOS NOS CAPS .....	65
<b>4.2.1 Resumo</b> .....	<b>65</b>
<b>4.2.2 Introdução</b> .....	<b>66</b>
<b>4.2.3 Percurso Metodológico</b> .....	<b>69</b>
4.2.3.1 Desenho do estudo .....	69
4.2.3.2 Participantes .....	70
4.2.3.3 Instrumentos e Procedimentos Realizados .....	70
4.2.3.4 Análise dos Dados .....	71
<b>4.2.4 Resultados e Discussões</b> .....	<b>71</b>
4.2.4.1 Primeira Categoria: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): o único sobrevivente da Rede de Atenção Psicossocial .....	72
4.2.4.2 Segunda Categoria: A prática profissional como uma ferramenta de resistência .....	74
4.2.4.3 Terceira Categoria: Isolamento das equipes, fragilização dos processos de trabalho e ambulatorização do cuidado .....	77
<b>4.2.5 Considerações Finais</b> .....	<b>80</b>

<b>4.2.6</b>	<b>Referências .....</b>	<b>81</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>87</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>89</b>
	<b>APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO.....</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA.....</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>97</b>
	<b>ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE .....</b>	<b>98</b>
	<b>ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>99</b>
	<b>ANEXO D - TERMO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO .....</b>	<b>102</b>
	<b>ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>103</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa se trata de uma Dissertação de Mestrado intitulada “Os impactos da Contrarreforma Psiquiátrica na atuação do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial”. A mesma é composta por três artigos e organizada de acordo com o Manual de Dissertações e Teses (MDT) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, 2021).

Esta dissertação contém cinco capítulos. Assim, o primeiro capítulo diz respeito à introdução do estudo, aonde as motivações e importância da pesquisa são destacadas, bem como, a introdução da temática e o objetivo de pesquisa.

O segundo capítulo traz o referencial teórico que embasa este estudo. Contendo quatro subcapítulos que abordam, respectivamente, a história da loucura, a Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial e a Contrarreforma Psiquiátrica, sendo que este último é apresentado por meio de um artigo de Estado da Arte.

Já o terceiro capítulo apresenta o percurso metodológico da pesquisa, demonstrando o desenho do estudo, os procedimentos realizados, os participantes, instrumentos utilizados para a realização da pesquisa, os procedimentos de análise de dados, além dos riscos e benefícios presentes na realização do estudo.

O quarto capítulo apresenta os resultados e discussões da pesquisa, sendo composto por dois artigos. Para tal, o primeiro artigo busca compreender a relação entre as políticas governamentais de saúde mental e a Contrarreforma Psiquiátrica, por meio de quatro categorias. Já o segundo artigo, busca expor quais são os atravessamentos da Contrarreforma Psiquiátrica no cotidiano de trabalho dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial e é composto por três categorias. Por fim, o quinto capítulo apresenta as considerações finais desta pesquisa.

## 1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve o seu início no final da década de 1970, caracterizando-se como um movimento contrário às formas violentas de tratamento direcionadas às pessoas consideradas loucas nos manicômios do país, marcando assim, um importante avanço para o fim das práticas manicomiais. Desde então, uma série de avanços foram alcançados no âmbito do cuidado em liberdade, até a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Com ela, buscou-se qualificar o cuidado em saúde mental mediante um trabalho de rede, ligado ao território dos sujeitos e considerando-os como agentes de sua vida (FIGUEIRÊDO et al, 2014).

No entanto, apesar dos avanços nas práticas de desinstitucionalização da loucura, e das contradições e violações postas pelas dinâmicas de funcionamento dos manicômios, atualmente conhecidos como hospitais psiquiátricos, percebe-se um aumento nos investimentos públicos feitos nestes estabelecimentos desde o ano de 2017 até 2022, contrariando a lei nº 10.216/2001, denominada lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Nesse contexto, de acordo com Fagundes (2018), desde o início da Reforma Psiquiátrica ocorrem conflitos entre forças pró e contra a Reforma. Conforme a autora, as forças contra a reforma compõem um movimento chamado de Contrarreforma Psiquiátrica, identificado na agenda pública do Brasil, comprometendo o movimento da Reforma Psiquiátrica e a perspectiva do cuidado em liberdade.

Cabe ressaltar que o interesse da autora desta pesquisa pelo campo temático da Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Contrarreforma Psiquiátrica, é resultante de suas vivências na militância da Luta Antimanicomial brasileira ao longo dos últimos seis anos, onde pode-se perceber o lugar de segregação social ainda ocupado pela loucura. Desse modo, salienta-se a necessidade de elucidar este tema no meio acadêmico e social, considerando a sua relevância e importância política, visto que ao longo da história os sujeitos considerados loucos foram segregados, violentados e desumanizados por não se enquadrarem em determinadas normas sociais. E é nesse sentido que Cruz et al. (2017) afirmam que a relação entre o hoje e o ontem é de permanências, visto que o sujeito não consegue fazer rupturas significativas da história no presente, assim, é preciso que haja rememoração e reparação para haver emancipação. Dessa forma, pensamos que a temática da loucura e de suas formas de “tratamento” não foi e não será saturada, assim, é preciso que seja revista para que o passado manicomial não se (re)estabeleça no presente.

Ainda, como apontado anteriormente, identificam-se na conjuntura brasileira entre os anos de 2017 e 2022 uma série de retrocessos nas políticas públicas de saúde mental, fazendo

com que as práticas de cuidado caminhem em direção a práticas manicomial. Nessa conjuntura, consideramos o psicólogo um importante ator que compõe a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que o mesmo esteve, e ainda está presente nesse processo, atuando nos serviços substitutivos ao aparato manicomial. Além disso, a figura do psicólogo é importante ao se analisar a trajetória da Reforma e Contrarreforma, levando em conta o princípio fundamental de número I do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), onde o psicólogo deve basear o seu trabalho apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Sendo vedado ao mesmo, conforme do Art. 2º do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), praticar ou ser conivente com qualquer ato de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão. Portanto, cabe também à psicologia rememorar o lugar dos indivíduos considerados loucos na história e no presente, e não se alinhar a práticas e movimentos políticos que firam a integridade e dignidade dos mesmos.

Ademais, consideramos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como importantes serviços substitutivos aos manicômios, que contam com o psicólogo presente em sua equipe mínima de trabalho, desde a sua criação. Sendo serviços fundamentais para a efetivação do cuidado em território preconizado pela RAPS, além de, conseqüentemente, serem afetados pelos desmontes nas políticas públicas de saúde mental. Dessa forma, partimos do pressuposto de que a psicologia enquanto ciência e profissão, está inserida na produção cotidiana das relações sociais, produzindo respostas e posicionamentos frente às demandas apresentadas no campo da saúde mental, por meio do compromisso ético-político com a transformação do cuidado em saúde mental e com a denúncia de práticas que firam a integridade dos sujeitos (CFP, 2005). Portanto, entende-se a necessidade de compreender quais são os impactos da Contrarreforma Psiquiátrica nos processos de trabalho dos psicólogos nos CAPS.

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo geral compreender como os desmontes das políticas públicas direcionadas ao cuidado em saúde mental, ocasionados pela Contrarreforma Psiquiátrica, refletem nas práticas realizadas por psicólogos nos CAPS. Ademais, os objetivos específicos do estudo são: Conhecer a Contrarreforma Psiquiátrica e os seus desdobramentos; Compreender a percepção dos psicólogos atuantes nos CAPS acerca dos desmontes nas políticas de saúde mental; bem como, identificar como os desmontes se expressam na prática dentro dos serviços.

Para tal, a pesquisa foi realizada com os nove psicólogos atuantes nos quatro CAPS de um município da região central do Rio Grande do sul. Além disso, cabe enfatizar que este estudo está vinculado ao projeto guarda-chuva intitulado: Psicologia e Políticas Públicas, que é

composto por pesquisas que envolvem as temáticas da saúde pública e seus atravessamentos, e consiste em um dos temas de pesquisa do Núcleo de Estudos Infância, Adolescência e Família (NEIAF) - UFSM, do qual a pesquisadora faz parte.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA

Ao longo da história a loucura foi vista de diversas formas, de acordo com diferentes contextos práticos-discursivos. Conforme Foucault (1978), durante a Idade Média o sujeito considerado louco transitava pelas paisagens urbanas e era visto como uma figura mística, detentor da verdade e desprovido do medo de revelá-la. Já próximo ao fim da Idade Média e ao início do período da Renascença, por volta do século XV, a loucura perdeu o seu lugar misterioso e passou a ser vista pela sociedade como uma ameaça à ordem social. Neste período, na Europa, tiveram início as primeiras formas de segregação da loucura, efetivadas pela criação do "Nau dos Loucos, que se tratavam de barcos que levavam os loucos para longe das cidades (FOUCAULT, 1978).

Posteriormente, o século XVII marcou o início do grande enclausuramento dos sujeitos loucos por meio da criação dos Hospitais Gerais. Segundo Foucault (1978), até este período os hospitais operavam em uma lógica assistencialista, no intuito de oferecer abrigo aos pobres, desabrigados e doentes. No entanto, o Hospital Geral foi criado em benefício da ordem política e social, podendo ser considerado um dispositivo semi-jurídico sem vínculo médico, que deu um novo lugar social ao louco, o da exclusão. Nesse contexto, a loucura e a pobreza foram criminalizadas deixando de ser alvos da caridade e passando a ser penalizadas. Conforme Silveira e Simanke (2009), o internamento neste período foi utilizado como um dispositivo de exercício de poder na medida em que isolou os "excluídos sociais", sendo que, destes, apenas 10% foram internados por insanidade e os demais eram pobres, criminosos, mulheres viúvas, mães solteiras, ateus, prostitutas e crianças órfãs.

Contudo, no século XVIII durante a crise econômica da Europa, o internamento deixou de ser eficaz pois o Estado precisava de mão-de-obra barata. Dessa forma, houve uma falsa libertação dos loucos e pobres dos Hospitais Gerais. Assim, os sujeitos pobres foram inseridos no mercado de trabalho e os loucos por não se enquadrarem nas dinâmicas de produção, compra e venda exigidas pelo Estado foram reinternados, dessa vez, em hospitais direcionados exclusivamente ao estudo da loucura, onde a medicina passou a ser responsável pelo seu tratamento (VIEIRA, 2009). Nesse contexto, segundo Amarante (2015) o hospital dedicado ao tratamento da loucura, mais tarde conhecido como hospício/manicômio, tornou-se um laboratório de pesquisas que focava no adoecimento mental como um erro a ser resolvido, e não no sujeito com a experiência da doença, baseando-se na disciplina e ação moral sobre os



corpos loucos. Neste contexto, no final do século XIX a Psiquiatria se constituiu como uma disciplina da medicina, e por intermédio do médico francês Philippe Pinel, conquistou o estatuto de ciência. Desde então, a loucura passou a ser caracterizada como uma doença de domínio da medicina. Já a psicologia, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013) passou a atuar também por meio de práticas clínicas de cunho higienista, que caracterizam-se como práticas excludentes que visam “proteger” a coletividade de uma raça/grupo inferior (MANSANERA; SILVA, 2000). Nesse aspecto, Coelho e Filho (1999) afirma que ambas as ciências foram criadas a fim de agir sobre a mente dos sujeitos loucos, consertando-os e os tornando obedientes aos modos de produção capitalistas.

Em relação ao território brasileiro, Amarante (2015) aponta que a loucura passou a ser alvo de repressão no Brasil por volta do século XIX com a chegada da família real, quando Dom Pedro II criou o primeiro hospício do país na cidade do Rio de Janeiro, com o propósito de controle e higienização social, tendo como referência o modelo de tratamento da loucura originado na Europa. A partir desse momento, a exclusão tornou-se cada vez mais frequente e a história da loucura brasileira foi marcada pelo asilamento, segregação e violência.

De acordo com Arbex (2013), os manicômios/hospícios brasileiros promoveram uma série de violências contra os seus internos. Como foi o caso do Hospital Colônia de Barbacena, conhecido como o maior hospício do Brasil, o qual foi criado em 1903 e internou homossexuais, pobres, negros, militantes políticos, insanos e todos os sujeitos indesejáveis considerados ameaçadores à ordem pública. Estima-se que em cinco décadas o hospício de Barbacena assassinou cerca de sessenta mil pessoas, além de provocar o processo de mortificação do Eu (GOFFMAN, 2005) e retirar a autonomia de outras milhares por meio de condições de tratamento e sobrevivência desumanas. Dentro do hospício havia adultos e crianças nuas, com fome, sede e utilizando o esgoto como fonte de água. Além disso, mulheres internas foram vítimas de violência sexual, além de terem os seus bebês roubados e doados a famílias da cidade (ARBEX, 2013).

Ainda, uma série de procedimentos invasivos eram realizados nos internos com o pretexto de “tratamento”, a fim de intimidá-los e contê-los. Nesse contexto, Farias e Sonim (2014) apontam que, além de serem trancados em celas e espancados, por vezes os sujeitos loucos passavam pela “banhoterapia”, onde eram amarrados em cadeiras e colocados embaixo de uma ducha com água gelada até ficarem “calmos”. Com a mesma finalidade, em alguns casos o sujeito tinha todos os seus dentes arrancados de uma só vez para evitar mordidas, ou então, eram injetados parasitas da malária ou doses excessivas de insulina para causar coma e cessar com a agitação. Ademais, era utilizada a Eletroconvulsoterapia (ECT), também

conhecida como eletrochoque, utilizado como tratamento para depressão, mas também como forma de punição e contenção dos internos. O procedimento aplicava um choque com altas descargas elétricas na cabeça do paciente, que perdia a consciência, ou, até mesmo, em outros casos fazia-se a cirurgia de lobotomia, que sancionava as vias existentes entre os lobos frontais e o tálamo, buscando uma mudança de comportamento (ARBEX, 2013). Dessa forma, nota-se que os manicômios brasileiros e suas formas de segregar e silenciar a loucura foram palco de uma tragédia considerada por Brum (2013) um genocídio amparado pelo Estado com a conivência da sociedade.

## 2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

De acordo com Lancetti e Amarante (2006) as críticas ao aparato manicomial tiveram início após a segunda guerra mundial, quando se estabeleceu um paralelo entre as violências que ocorreram nos campos de concentração nazistas e o que acontecia dentro dos manicômios. Dessa forma, buscando romper com as formas cruéis de “tratamento” efetuadas nestes espaços, tiveram início as primeiras reformas psiquiátricas do mundo na Europa. As reformas se caracterizavam como movimentos contrários às formas tradicionais de tratamento da loucura, visavam à desinstitucionalização dos internos, bem como, substituir o aparato hospitalar do manicômio por serviços de ordem substitutiva que respeitassem a subjetividade dos sujeitos. No Brasil, o início da Reforma Psiquiátrica se deu em 1978 pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), também inspirado nos movimentos iniciados na Europa buscando denunciar as violações sobre as “pessoas loucas”. Neste contexto, Amarante (2015) indica que neste mesmo ano foi criada a primeira associação de familiares de pessoas em estado de sofrimento psíquico do país, passo importante no sentido da reivindicação de direitos na esfera do cuidado em saúde mental. Além das associações, o Conselho Federal de Psicologia (2013) destaca que partir da década de 1980 a psicologia se inseriu nas lutas por garantia e promoção de direitos sociais, se inserindo ativamente no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) em busca de uma reorientação das práticas de cuidado em saúde mental. Desde então, o psicólogo tem o compromisso ético-político de produzir questionamento a respeito do discurso médico e da visão reducionista da experiência da loucura, pautando o seu fazer nos valores da igualdade de direitos e no respeito às subjetividades (CFP, 2013).

Nos anos seguintes a RPB foi tomando forma em meio à Reforma Sanitária Brasileira e ao processo de redemocratização do país pós Ditadura Militar. Para Lancetti e Amarante (2006) a democratização do Brasil e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) balançaram as

estruturas dos hospitais psiquiátricos por meio de críticas sanitaristas. Nesta mesma direção, Nunes (2009) afirma que a RPB para além das influências internacionais, teve a sua base calcada no movimento brasileiro político-ideológico sanitarista que visava a transformação social. Neste contexto, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 concretizou o SUS sendo palco ativo do controle social, resultando na realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental no ano seguinte. Ainda em 1987, por meio da mobilização desta Conferência, aconteceu em Bauru (SP) o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, no qual trabalhadores, familiares e usuários se uniram formando o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLAM) e decretaram o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”. Como resultado de toda a mobilização desses anos, em 1987 criou-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, em São Paulo. Além do CAPS, foram implantados os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas sociais e associações para acolher egressos de hospitais psiquiátricos por meio de uma lógica mais comunitária (BRASIL, 2005).

Neste cenário de avanço dos processos de desinstitucionalização, Paulo Delgado, deputado do Partido dos Trabalhadores (PT), apresentou em 1989 o projeto de lei 3657/89 que propunha a extinção progressiva dos manicômios, a proibição da criação de novos serviços deste tipo, bem como, a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (CONGRESSO NACIONAL, 1989). Este projeto abriu espaço para a luta da RPB dentro do campo legislativo, e segundo Arbex (2013) ficou conhecido como o primeiro projeto de desinstitucionalização da América Latina, sendo aprovado em 1990. Conforme Delgado (2020), o parlamento da época tinha raízes conservadoras o que dificultou a tramitação do projeto de lei, nesse sentido começaram a ser propostas leis estaduais por governos progressistas, e na medida em que estas foram aprovadas, criou-se um solo favorável para a aprovação da lei federal e, conseqüentemente, para a Reforma. Dessa forma, com algumas alterações no texto original, o projeto tornou-se lei apenas em 2001 sob o nº 10.216, ficando conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, ela dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, além do redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental do país (BRASIL, 2001).

Desse modo, é possível observar que o movimento da RPB ganhou força nesse período na medida em que caminhou em direção alheia aos manicômios. Assim, nos anos seguintes uma série de estratégias e dispositivos de base comunitária foram criados, com o intuito de ofertar um cuidado oposto ao realizado pelo aparato manicomial. Para garantir a continuidade desse projeto voltado ao cuidado em liberdade, foram criadas as portarias ministeriais nº 189/91 e nº

224/92. A portaria nº 189/91 foi a responsável por incluir atividades grupais e oficinas terapêuticas dentro dos hospitais psiquiátricos, além de incluir o atendimento dos pacientes por equipes multiprofissionais nos NAPS e CAPS como forma de tratamento. Ademais, a portaria incluiu as visitas domiciliares por profissionais de nível superior destes serviços aos pacientes, e estabeleceu uma dinâmica de supervisão, controle e avaliação de todas as instituições que prestassem atendimento a demandas de saúde mental (BRASIL, 1991). Já a portaria de nº 224/92 ocupou-se de organizar os serviços de saúde mental conforme os princípios e diretrizes do SUS, além de estabelecer normas de funcionamento aos CAPS e NAPS considerando-os como possíveis portas de entrada para demandas de saúde mental. Os demais níveis de assistência também passaram a ser considerados e indicados para a continuidade do cuidado após internações psiquiátricas, como é o caso da Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório. Além disso, essa portaria proibiu a existência de espaços restritivos (celas) dentro de hospitais psiquiátricos e instaurou a obrigatoriedade dos registros dos procedimentos e diagnósticos realizados, dando o prazo de um ano, após a sua publicação, para os serviços realizarem as devidas adequações. Ademais, este documento foi de extrema relevância na medida em que também enfatizou a importância da participação social na formulação das políticas públicas de saúde mental (BRASIL, 1992).

Nessa conjuntura o Brasil iniciou os anos 2000 reformulando o modelo de assistência em saúde mental, que antes era centrado unicamente na figura do manicômio, e a partir das conquistas da Reforma redirecionou o cuidado da loucura para uma gama de serviços substitutivos vinculados ao território de vida das pessoas, abrindo assim, espaço para uma lógica de respeito à liberdade e cessando com a violação de direitos. No entanto, além dos CAPS, que neste momento já existiam em suas diferentes modalidades (BRASIL, 2000), foi necessária a criação de serviços que acolhessem as pessoas que passaram por internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos e que estavam nesse momento em processo de desinstitucionalização em decorrência da redução e fechamento de leitos psiquiátricos, mas não tinham autonomia e uma rede de amparo para voltar à sociedade. Portanto, por meio da portaria nº 106/GM/MS de fevereiro de 2000, criaram-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), serviços de assistência substitutiva às internações com duração de 2 anos ou mais. Dessa forma, visando a reabilitação psicossocial, geração de autonomia e reintegração social, estes caracterizaram-se como casas e moradias localizadas na comunidade, longe do território hospitalar (BRASIL, 2000).

Já o ano de 2001 foi marcado pela aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216) e pela realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como lema “Cuidar

sim. Excluir Não.”. A partir destes marcos o Ministério da Saúde inaugurou a Política Nacional de Saúde Mental, criando linhas exclusivas de financiamento para os serviços substitutivos ao manicômio, além de investir em novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005). Posteriormente, com a redução de leitos se fez necessário implementar maior assistência às pessoas egressas de internações de longa permanência, para tal, no ano de 2003 foi aprovada a lei nº 10.708, também conhecida como lei “De Volta para Casa”. Esta prevê um auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações de 2 ou mais anos de duração, também com o intuito de reintegração social e autonomia financeira (BRASIL, 2003).

Mesmo com a criação de diversos serviços de cunho territorial, foi somente em 2011 que se instituiu uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088, sendo a mesma responsável por ofertar uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. A RAPS foi pensada para articular serviços dos diferentes níveis de atenção, de baixa, média e alta complexidade (AMARANTE, 2015). Dentro da atenção de baixa complexidade, ou então atenção primária, fazem parte da Rede as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipe de Consultório na Rua, NASF e os Centros de Convivência e Cultura. Já no nível secundário, de média complexidade de atenção, estão os CAPS em todas as suas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPSi, CAPS AD, CAPS III e CAPS AD III. Por fim, no nível terciário, estão os serviços de alta complexidade, como o Samu, Sala de estabilização e UPA 24h. Além destes a Rede conta com serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório, como as Unidades de Acolhimento (UA) e serviços de Atenção em Regime Residencial. Dentro do campo da Atenção Hospitalar, estão as Enfermarias Especializadas em Hospital Geral e o Serviço Hospitalar de Referência para atenção de pessoas com transtornos mentais e em estado de sofrimento decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas. No que se refere às estratégias de desinstitucionalização propostas pela portaria da RAPS, estão os já existentes Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa, além disso, estão indicadas estratégias de reabilitação psicossocial como iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2011).

Além desses importantes equipamentos de cuidado, a RAPS conta com algumas ferramentas teórico-práticas e dispositivos voltados para o cuidado em liberdade, como é o caso do Acompanhamento Terapêutico (AT), que conforme Palombini e Rocha (2017) leva o cuidado clínico e a loucura até a rua rompendo estigmas e explorando outras formas de habitá-la. Nesta mesma direção, Simoni e Cabral (2018) apontam o Guia da Gestão Autônoma da

Medicação (GAM) como outra ferramenta desinstitucionalizante importante, visto que permite ao paciente usuário de medicação avaliar a sua relação com a mesma e produzir autonomia no seu tratamento, o que é extremamente relevante, pois de acordo com Neto e Guazina (2017), o sistema capitalista privilegia práticas de cuidado medicalizantes que banalizam diagnósticos de adoecimento psíquico, bem como, normatizam as formas de ser e viver dos sujeitos.

Para Machado (2021), a RPB pode ser considerada um dos movimentos de transformação na área da saúde mais significativos do país nas últimas décadas. Dessa forma, é inegável a importância política deste movimento, na medida em que ele aponta as contradições presentes no modelo asilar e fundamenta a criação de uma série de serviços e estratégias visando o protagonismo, a produção de cidadania, autonomia e respeito à subjetividade das pessoas em estado de sofrimento psíquico. O novo paradigma proposto pela Reforma se posicionou contra o isolamento e a interdição da loucura e buscou compreendê-la de forma singular, por meio de uma rede de atenção multidisciplinar não punitivista ligada ao território de vida das pessoas. É nesse sentido que Mezza e Torrente (2020) afirmam que a RAPS oferta um cuidado que visa dar suporte para o reconhecimento e autorrealização das pessoas com sofrimento psíquico, às incluindo nos padrões de igualdade social.

Em suma, Campos (2019) aponta que uma RAPS bem articulada com o devido suporte de serviços comunitários, reduz o número de internações psiquiátricas. Em consonância, Nunes (2009) afirma que os serviços de saúde mental provenientes da reforma psiquiátrica são os principais acolhedores do sofrimento dos sujeitos e ressignificadores do adoecimento. Já Simoni e Cabral (2018), indicam que é possível produzir olhares não manicomial de cuidado sobre a loucura desde o acolhimento na Atenção Básica, por meio de uma escuta qualificada que avalie situações de risco e acolha as demandas trazidas. No entanto, mesmo com estudos apontando para a efetividade dos dispositivos de base territorial antimanicomial, Cea (2019) afirma que apesar do comprometimento e implicação, as reformas psiquiátricas não tiveram força suficiente para modificar completamente o sistema manicomial enraizado no tratamento da loucura, o que requer um exercício constante de reflexão sobre as práticas de cuidado efetuadas até a atualidade.

Neste contexto, Desinstitute e Weber (2021) expõem que no período de 2002 e 2020 foram reduzidos 37.464 leitos do SUS em Hospitais Psiquiátricos, sendo fechado 48 serviços deste cunho. No entanto, nove hospitais indicados para o descredenciamento pelo PNASH/Psiquiatria no ano de 2016, ainda estavam funcionando em 2020. Ainda, segundo Desinstitute e Weber (2021) no ano de 2020 o Brasil contava com 2.785 CAPS, 1.927 leitos para internação em 303 Serviços Hospitalares de Referência, 72 Unidades de Acolhimento,

4.520 pessoas beneficiadas pelo Programa de Volta para Casa, 783 Serviços Residenciais Terapêuticos e 144 Consultório de Rua. No entanto, mesmo com estes serviços substitutivos de base territorial, ainda existiam 112 Hospitais Psiquiátricos com 13.929 leitos além de Comunidades Terapêuticas e Clínicas Privadas de Internação Psiquiátrica.

Apesar do inegável avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira nas últimas décadas, e de estudos apontando para a efetividade dos dispositivos de base comunitária antimanicomial, o Brasil ainda conta com Hospitais Psiquiátricos que realizam o internamento de sujeitos com transtornos mentais, além destes, investe-se em Comunidades Terapêuticas que tem em sua base a lógica manicomial do isolamento e repressão de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesse sentido, Arbex (2013) aponta que a loucura ainda é utilizada para justificar a violação dos direitos de pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, em dezembro de 2018 o Conselho Federal de Psicologia (CFP), juntamente com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), com o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e com o Ministério Público do Trabalho (MPT) realizaram uma inspeção em 40 Hospitais Psiquiátricos brasileiros. O relatório identificou por meio do relato de pessoas internas, profissionais e de fotografias dos locais, a real situação destas instituições, que surpreendentemente mostram-se semelhantes aos antigos manicômios. Em suma, foram encontradas pessoas nuas pelos pátios dos hospitais e pessoas se alimentando no chão. Além disso, verificou-se a falta de higiene dos internos, estruturas físicas insalubres, como, banheiros sem porta, fezes espalhadas pelo chão, falta de papel higiênico e compartimentos coletivos para guardar escovas de dentes. Além destas violações, foram identificados sujeitos internos com feridas expostas gravemente infeccionadas. Ademais, em algumas instituições foram encontradas camisas-de-forças e objetos de contenção utilizados para a punição dos internos (CFP, 2020). Dessa forma, compreende-se que mesmo com a expansão e efetividade dos dispositivos de base territorial, ainda se mantém dispositivos asilares que historicamente violaram direitos básicos de pessoas em estado de sofrimento.

Ademais, cabe salientar a dificuldade em analisar a expansão da RAPS, pois desde 2015 o Ministério da Saúde interrompeu a publicação dos dados acerca da Política de Saúde Mental do país (CAMPOS, 2019), dessa forma, os dados referentes aos anos de 2021 e 2022 em relação aos números de serviços da RAPS existentes no território brasileiro expostos nas plataformas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES) e no DATASUS apresentam inconsistência e contradições, visto que demonstram um número reduzido de estabelecimentos de saúde em relação aos números expostos em pesquisas e publicações científicas.

### 2.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial foram os primeiros serviços de base territorial substitutivos aos manicômios implementados pelo novo paradigma proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os mesmos foram instituídos e regulamentados pelas portarias ministeriais de nº 189/91 e nº 224/92 (AMARANTE, 2015). No entanto, foi por meio da portaria nº 336 de 2002 que estes serviços foram ampliados e ganharam diferentes modalidades, no intuito de atender as demandas considerando a singularidade de cada sujeito, além do porte e abrangência de cada território. Nesse sentido, criou-se a modalidade de CAPS I, responsável pela atenção psicossocial de pessoas com transtornos mentais de municípios com uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes, devendo funcionar durante os cinco dias úteis da semana, realizando atendimentos individuais, atendimentos grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias e atendimento familiar. Para tal, estipulou-se uma equipe mínima para este serviço, contando com 1 Médico com formação em Saúde Mental, 1 Enfermeiro, 1 Psicólogo, 1 Assistente Social, 1 Terapeuta Ocupacional ou Pedagogo, além de 4 profissionais de nível médio, podendo ser um Técnico em Enfermagem, Técnico Administrativo, Técnico Educacional ou Artesão (BRASIL, 2002).

Outra modalidade proposta foi a dos CAPS II, estes, direcionados para cidades com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, podendo comportar um terceiro turno de funcionamento noturno, além de contar com 1 Médico Psiquiatra, 1 Enfermeiro com formação em Saúde Mental, 6 profissionais de nível médio, e os demais profissionais de nível superior já estipulados para o CAPS I, incluindo o psicólogo. Além destas, criou-se a modalidade do CAPS III, com funcionamento de 24h, incluindo finais de semana, em territórios com uma população superior a 200.000 habitantes. Estes devem contar com 2 Médicos Psiquiatras, 1 Enfermeiro com formação em Saúde Mental, 5 profissionais de nível superior, 8 de nível médio havendo revezamento em plantões noturnos. Já para atender às demandas de saúde mental de crianças e de adolescentes, criaram-se os CAPS i II em municípios com mais de 200.000 habitantes, incluindo 1 Médico neurologista ou pediatra com formação em Saúde Mental, além da equipe mínima prevista para os demais serviços.

Por fim, a portaria nº 336 investiu na modalidade de CAPS AD II em municípios com população acima de 200.000 habitantes, buscando atender pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, estes, além da equipe mínima dos outros CAPS, contam com 1 médico clínico geral, para realizar triagem e avaliação de ocorrências clínicas (BRASIL, 2002). Posteriormente no campo dos transtornos decorrentes do uso abusivo de



substâncias, criaram-se as modalidades de CAPS AD III, com funcionamento de 24h em 7 dias da semana, destinados à atender adultos, crianças e adolescentes, por meio de atividades de reabilitação social estimulando o protagonismo de usuários e familiares, com um trabalho multidisciplinar da equipe mínima anteriormente estipulada nos CAPS já existentes, com o diferencial da presença de leitos de acolhimento noturno (BRASIL, 2012). Ademais, a portaria nº 336 definiu que os CAPS e NAPS se enquadrassem no formato de uma destas modalidades de CAPS, e que atuassem diariamente de acordo com a lógica do território no qual estavam inseridos.

Conforme o Ministério da Saúde os CAPS podem ser definidos como:

Instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 9).

Nesta direção, Amarante (2015) afirma que os CAPS atuam no território não só geográfico, mas também no território de vida dos sujeitos, buscando na sociedade recursos já existentes que ampliem as possibilidades de cuidado, além da articulação com os demais serviços existentes na Rede de Atenção Psicossocial. Dessa forma, os CAPS gerenciam projetos singulares de cuidado às pessoas que apresentam estado de sofrimento intenso/severo, incluindo transtornos ocasionados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. O processo de trabalho se dá a partir do acolhimento e da escuta do usuário no serviço, posteriormente, caso o mesmo não possa ser atendido pelo CAPS, é direcionado para outro ponto de cuidado da Rede. Já nos casos em que se compreende a necessidade de vinculação com o serviço, cria-se um Projeto Terapêutico Singular (PTS), de forma multidisciplinar conjunta com o usuário buscando as melhores estratégias de cuidado para o mesmo (BRASIL, 2004), dessa forma, para Viero (2021), o PTS mesmo não fazendo parte das práticas realizadas por algumas equipes de saúde, configura uma indispensável estratégia de construção coletiva de intervenções frente às demandas dos usuários. Além disso, os CAPS podem dar apoio aos serviços da Atenção Básica por meio do Apoio Matricial, fornecendo orientações às equipes, atendendo em conjunto casos complexos de saúde mental e realizando ações de educação permanente (BRASIL, 2004).

No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o CAPS não deve ser um lugar de permanência “eterna” dos usuários. E é neste sentido que Delgado (2020) afirma que quando cria-se novos serviços de cuidado, cria-se também novas formas de

institucionalização. Portanto, este fenômeno deve ser observado e problematizado, pois conforme estudo realizado pela Fiocruz e pela Fundação Calouste Gulbenkian (2015), alguns serviços substitutivos reproduzem práticas engessadas, onde profissionais têm o seu fazer atravessado por técnicas moralistas, disciplinares em vistas da manutenção do controle, próprias de uma lógica herdada dos manicômios. Nesta mesma direção, Pereira e Rosa (2012) apontam que os serviços substitutivos podem reproduzir uma lógica manicomial em seu cotidiano, por meio de um trabalho prioritariamente hospitalar e medicamentoso regido por um paradigma curativo-assistencialista influenciado pelo corporativismo médico e pela indústria farmacêutica. Já Campos (2019), aponta que os serviços de base comunitária apresentam certa fragilidade institucional, seja pelo financiamento inadequado, burocratização do acesso e excesso de tutela com os usuários. Dessa forma, se faz necessário expandir pesquisas na área e adequar a formação dos profissionais em direção aos preceitos da RPB.

Neste contexto, considerando que a psicologia está historicamente vinculada ao campo da RPB (SALES E DIMENSTEIN, 2009), e que o psicólogo está inserido por meio da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) na equipe mínima de todas as diferentes modalidades de CAPS desde a sua criação, cabe problematizar o seu fazer dentro destes serviços, a fim de garantir que a profissão não reproduza práticas manicomiais, dessa forma, o psicólogo é um ator fundamental na produção de resistências antimanicomiais no campo. Nesta perspectiva, Cantele et al. (2012) indica que muitas vezes a formação em psicologia é voltada para uma atuação clínica tradicional, o que leva os profissionais a se sentirem despreparados para atuar na lógica dos CAPS e os desafia a reinventar e ressignificar a sua prática. Para tal, o Conselho Federal de Psicologia (2013) aponta que a produção científica não é neutra, dessa forma os referenciais nos quais os psicólogos embasam suas práticas dizem de um projeto de sociedade, e devem ser orientados pelas diretrizes da RPB. Dessa forma o fazer da psicologia deve ser ético, inclusivo, libertário e caminhar em direção à construção de cidadania e emancipação da pessoa com transtornos mentais, recusando referências de ordem manicomializantes. Ademais, o Conselho aponta como práticas referentes aos psicólogos nos CAPS: o acolhimento, psicoterapias individuais e grupais, discussões de casos em equipe multidisciplinar, atendimento a crises, oficinas e atividade direcionadas à reinserção social, todas pautadas nos preceitos éticos da RPB (CFP, 2013). Nesta mesma linha, Cantele e Arpini (2017) apontam a escuta especializada como um dos principais dispositivos de cuidado do núcleo da psicologia, atribuindo ao psicólogo um lugar de importante contribuição na equipe de saúde do serviço.

Já no que diz respeito à atual conjuntura brasileira, vale ressaltar que mesmo os CAPS se mostrando dispositivos altamente efetivos para um cuidado emancipatório, Desinstitute e

Weber (2021) revelam que a partir de 2017 houve uma diminuição na implantação de CAPS, sendo, posteriormente, 2018 o ano com menos serviços CAPS habilitados historicamente, além de, neste mesmo ano o Ministério da Saúde suspender temporariamente o financiamento e custeio desses serviços. Nesse sentido, Delgado (2020) afirma que é preciso lutar pela existência dos CAPS, para que os equipamentos novos predominem os velhos fazendo com que o manicômio se torne de fato desnecessário e desapareça.

## 2.4 A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA – ARTIGO DE ESTADO DA ARTE

Com vistas a atender os objetivos do estudo, a autora realizou um Estado da Arte acerca do tema “Contrarreforma Psiquiátrica” a fim de explorar o que se tem produzido cientificamente a respeito do tema. Dessa forma, os resultados da pesquisa serão apresentados nesta sessão em formato de artigo.

### 2.4.1 Resumo

Por meio da revisão do estado da arte, este estudo buscou mapear e analisar artigos acadêmicos sobre a Contrarreforma Psiquiátrica. A busca foi realizada nas bases de dados SciELO, LILACS, Index Psicologia e PePSIC, no período de 2017 a 2021, com os seguintes descritores: reforma psiquiátrica e política de saúde *and* saúde mental. Os artigos selecionados apontam para a importância do processo de Reforma Psiquiátrica nas mudanças em Saúde Mental no Brasil, e destacam que a Contrarreforma Psiquiátrica (des)configura a RPB. Identificou-se ainda, que os autores apontam preocupações em relação a esses retrocessos e sinalizam a importância de movimentos coletivos de resistência. Por fim, destaca-se que devido aos poucos artigos encontrados, considera-se importante que outros estudos sobre esta questão sejam realizados.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Política de saúde. Saúde mental.

### 2.4.2 Introdução

Mesmo com as contradições e violações postas pelas dinâmicas de tratamento efetuadas nos manicômios/hospícios/hospitais psiquiátricos, desde 2017, houve por parte dos últimos governos um reinvestimento nestes estabelecimentos. Neste contexto, Fagundes (2018) afirma

que desde o início do processo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) se consolidou como um campo de disputas entre forças que lutam a seu favor e outras que se posicionam contra ao seu paradigma. Chamaremos aqui de acordo com Lima (2019), de Contrarreforma Psiquiátrica, este movimento que em sua contrapartida, caminha em direção ao tratamento manicomial da loucura.

Nesse sentido, Onocko-Campos (2019) explica que o processo da RPB sempre foi marcado por disputas ideológicas com o setor da psiquiatria, sendo este o principal interessado no retorno dos investimentos nas instituições asilares. Assim, Desinstitute e Weber (2021) apontam que de 2001 a 2015 o cenário brasileiro era de ampliação e conquistas significativas para o movimento da Reforma Psiquiátrica, mesmo apresentando desafios no processo de transição do modelo hospitalocêntrico para o de cuidado de base territorial. No entanto, os autores indicam que a partir do ano de 2016 este processo foi interrompido com a instauração de uma “Nova Política de Saúde Mental” que passou a caminhar em direção oposta à lei RPB visando apoiar instituições de modelo asilar com recursos públicos. Neste cenário, desde 2016 os dados federais acerca da saúde mental não foram mais apresentados pelo Ministério da Saúde, o que implica na dificuldade de analisar as reais perdas no campo.

A Contrarreforma Psiquiátrica tem uma raiz corporativa, lucrativa, com bases higienistas, proibicionistas e segregadoras, além de contar, muitas vezes, com o aparato do governo para se estabelecer, por meio da publicação e revogação de portarias e decretos que alteram as diretrizes e normas da RPB (FAGUNDES, 2018). Neste cenário, Pereira e Rosa (2012) entendem que as políticas de governo mudam constantemente pois estão à frente de interesses individuais e de financiadores de campanhas políticas, e nesta mesma direção Nunes (2009) afirma que toda lei e pronunciamento político é envolto por jogos de interesses, com acordos e compromissos firmados previamente, mas que por vezes ficam explícitos. Além disso, a autora aponta que os textos das políticas públicas são importantes analisadores das políticas atuais e do conceito de loucura hegemônico.

Dessa forma, para visualizarmos a consolidação e os impactos gerados pela Contrarreforma Psiquiátrica, se faz necessária uma observação do contexto político, econômico e social, além de uma breve análise das políticas públicas implementadas no campo da Saúde Mental e da Saúde Pública desde o ano de 2016, após o golpe sofrido pela democracia brasileira e a partir da ascensão dos governos de direita no país.

Inicialmente, os retrocessos na área das políticas públicas de saúde ganharam força em 2016, no Governo de Michel Temer, com a publicação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) prevendo o congelamento dos investimentos em saúde até o ano de 2036 (BRASIL, 2016).

A publicação deste documento pode ser considerada um marco para o início dos desmontes nas políticas públicas de Saúde Mental, na medida em que tal desinvestimento afetou indiretamente o financiamento dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e, conseqüentemente, refletiu no cuidado ofertado às pessoas com sofrimento psíquico. Posteriormente, diretamente no campo das políticas de saúde mental, em dezembro de 2017 ainda neste Governo, foi publicada a Resolução nº 32 que incluiu a modalidade de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) e os hospitais psiquiátricos como serviços componentes da RAPS (BRASIL, 2017a). Poucos dias após o lançamento deste documento, foi publicada a Portaria nº 3.588 consolidando as AMENT's, Unidade Ambulatoriais Especializadas, o retorno dos Hospitais Psiquiátricos Especializados na Rede, e criando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) AD IV, estes direcionados para cidades com mais de 500.000 habitantes, podendo realizar assistência em casos de urgência/emergência, e até mesmo internações em leitos de observação (BRASIL, 2017b).

Neste cenário de modificações nas políticas, Desinstitute e Weber (2021) apontam que a criação de dispositivos como as AMENT e os CAPS AD IV demonstram um movimento de retorno ao paradigma manicomial, na medida em que estes serviços, respectivamente, apresentam-se com o formato dos antigos ambulatórios psiquiátricos e tem características hospitalares. Dessa forma, ambos documentos são contraditórios com os preceitos da RPB, na medida em que inserem o hospital psiquiátrico na rede de serviços substitutiva aos manicômios e fazem oposição à lógica comunitária.

Dando prosseguimento ao fortalecimento da Contrarreforma Psiquiátrica, em agosto de 2018 foi publicada a Portaria nº 2.434 que aumentou significativamente o valor pago pelo Governo em diárias para internação acima de 90 dias em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2018). Nesta perspectiva, Delgado (2020), afirma que o aumento dos recursos para internação em hospitais psiquiátricos reinaugura o manicômio. Posteriormente, em fevereiro de 2019, foi lançada uma nota técnica nº 11/2019 responsável pelos esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre drogas. Esta nota reafirmou o lugar do hospital psiquiátrico, das AMENT's, dos CAPS AD IV e das comunidades terapêuticas na RAPS, afirmando que todos os serviços da Rede são igualmente importantes, e que não se deve mais falar em uma rede substitutiva (BRASIL, 2019a). Além disso, a partir desse documento o Ministério da Saúde passou a investir na compra de equipamentos de Eletroconvulsoterapia (ECT) e os mesmos passaram a integrar a relação nacional de equipamentos e materiais permanentes para o SUS. Para Pitta e Guljor (2019), nada justifica o financiamento generalizado nos equipamentos de ECT, visto que este deve ser utilizado em

raras ocasiões, e não há consenso científico sobre tal prática. Ademais, afirma-se nesta nota que não há evidências de que os hospitais psiquiátricos devam ser fechados em nenhum lugar do mundo, o que faz com que o governo não mais incentive o seu fechamento. Dessa forma, fica nítido o apoio do governo federal à Contrarreforma Psiquiátrica, na medida em que se incentiva o não fechamento e a ampliação de serviços asilares. Nessa perspectiva, Desinstitute e Weber (2021, p. 64), afirmam que:

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo de Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública.

Nesta conjuntura, a Contrarreforma também afeta o campo de cuidado às pessoas em estado de sofrimento decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesse âmbito, foi publicado o Decreto nº 9.761, em abril de 2019, que invalida a política de redução de danos direcionada ao cuidado em liberdade e passa a investir em comunidades terapêuticas regidas por ações proibicionistas e moralistas baseadas no isolamento e na abstinência (BRASIL, 2019b). Nesse contexto, Desinstitute e Weber (2021) assinalam que há um super-investimento em comunidades terapêuticas nos últimos anos, mesmo com uma gama de denúncias de violações de direitos envolvendo as dinâmicas de funcionamento destas instituições, o que é extremamente preocupante, pois mesmo não sendo financiadas com recursos direcionados à saúde, esses serviços buscam a inserção no SUS e recebem investimentos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). Além disso, os autores apontam que desde 2016, a implantação de unidades de acolhimento (UA) diminuíram significativamente, sendo habilitado apenas um destes serviços no ano de 2018, o que pode ser relacionado ao crescente investimentos nas comunidades terapêuticas.

Já em 2020, pode-se observar o avanço da Contrarreforma Psiquiátrica a partir do momento em que a Associação Brasileira de Psiquiatria, juntamente com a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional de Médicos, a Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual e a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, publicaram um documento com as “Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil”, no qual requerem um lugar central para a psiquiatria nos serviços da RAPS, além de indicarem os CAPS como “serviços de eficácia não demonstrada”, contrariando os princípios da RPB e declarando de forma explícita o alinhamento com a Contrarreforma (ABP, 2020). Posteriormente, em dezembro de 2020, representantes do Ministério da Saúde

apresentaram ao Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) uma proposta de revogação de diversas portarias e dispositivos que sustentam a RAPS, o documento foi popularmente chamado de “Revogação”, e propunha a extinção de serviços como os CAPS AD, Serviços Residenciais Terapêuticos, Equipes de Consultório na Rua, além de pôr fim ao Programa de Volta para Casa e impedir o atendimento psiquiátrico nas demais modalidades de CAPS. Logo após o vazamento deste documento e sua repercussão negativa, o Governo Federal manifestou-se dizendo que esta informação foi uma “Fake News”, no entanto, deixou à desejar maiores explicações acerca do documento (CALVI, 2020).

Assim, mesmo com o “apagão” de algumas dessas notas e portarias dos sites do ministério da saúde, é inegável que o Brasil vivenciou um esvaziamento em suas políticas públicas de Saúde Mental. Nesse contexto, Lima (2019) afirma que a ameaça de retorno dos manicômios é só a ponta do *iceberg* de uma lógica manicomial instaurada na sociedade brasileira. Em consonância, Desinstitute e Weber (2021) explicam que a mudança de paradigma da Política Nacional de Saúde Mental, remonta o passado colocando o hospital psiquiátrico no centro do cuidado, de maneira vertical e impositiva, desconsiderando a participação social e ignorando os relatórios de inspeção que apontam para as violações efetuadas nos hospitais psiquiátricos e nas comunidades terapêuticas.

Dito isso, entende-se a importância de refletir acerca da Contrarreforma Psiquiátrica, com o intuito de compreender como esta vem sendo percebida e caracterizada dentro do campo das pesquisas científicas. Dessa forma, a partir de uma revisão do estado da arte, buscou-se mapear e analisar artigos acadêmicos sobre a Contrarreforma Psiquiátrica, no período de 2017 a 2021.

### **2.4.3 Percurso Metodológico**

Segundo Ferreira (2002), as pesquisas de estado da arte são de caráter bibliográfico e trazem como desafio mapear e discutir acerca de um tema, englobando diferentes campos de conhecimento tendo em vista compreender que dimensões vêm sendo destacadas e consideradas. Para a autora, o que move o pesquisador nessa metodologia de pesquisa é o não conhecimento da totalidade de estudos e pesquisas sobre um determinado tema.

Dessa forma, o percurso metodológico para a revisão do estado da arte acerca da Contrarreforma Psiquiátrica teve início com a escolha dos descritores a serem utilizados na pesquisa nas bases de dados. O termo “Contrarreforma Psiquiátrica” não consta como descritor previsto nas Terminologias em Psicologia (BVS), nem na base de Descritores em Ciências da

Saúde (DeCS), portanto utilizou-se descritores que envolvem a temática da pesquisa, sendo estes “Reforma Psiquiátrica” e “Política de Saúde *and* Saúde Mental”. A pesquisa foi realizada nas bases de dados SciElo, LILACS - BVS, Index Psicologia - Periódicos e PePSIC, com o recorte temporal de publicações realizadas de 2017 até 2021, no intuito de acessar apenas produções publicadas após o início do processo de Contrarreforma Psiquiátrica. O ano de 2021 foi delimitado como corte, em função de que esta pesquisa foi realizada no início do ano de 2022. Além disso, foram considerados artigos empíricos e teóricos em português.

A partir da busca do descritor “Reforma Psiquiátrica” na base de dados SciElo, foram encontrados 111 artigos. A pesquisadora leu o resumo de todos e descartou os artigos que não tratavam diretamente da temática em questão, restando assim, 11 artigos. Destes, após a leitura completa dos textos, seis deles foram descartados por não abordarem diretamente a temática central do estudo, e cinco foram selecionados para compor este estudo. Na sequência, foi realizada a pesquisa do descritor “Política de Saúde *and* Saúde Mental” nesta mesma plataforma, sendo encontrados 95 artigos, dos quais restaram três após a leitura dos resumos, no entanto, os mesmos foram descartados após a leitura completa dos textos por não tratarem do tema em questão.

Posteriormente, o mesmo processo foi realizado na base de dados LILACS, sendo que a utilização do descritor “Reforma Psiquiátrica” resultou em 222 artigos, dos quais restaram três após leitura dos resumos e descarte das duplicações de artigos já selecionados na base SciElo. Em seguida, realizou-se a pesquisa do termo “Política de Saúde *and* Saúde Mental”, resultando em 88 artigos, dos quais 82 foram descartados por distanciamento temático e seis foram descartados por duplicação. Em uma terceira etapa, o mesmo processo foi repetido na base Index Psicologia, onde o descritor “Reforma Psiquiátrica” resultou em 54 artigos, mas todos foram descartados por não se enquadrarem na temática do estudo. Ademais, os 29 artigos encontrados nesta plataforma por meio do descritor “Política de Saúde *and* Saúde Mental”, também foram descartados pelo mesmo motivo. Por fim, a base de dados PePSIC, mesmo sendo especificamente ligada ao campo da Psicologia, não apresentou artigos referentes a nenhum dos dois descritores no recorte temporal desejado.

Nesse sentido, após a leitura completa dos textos, foram selecionados oito artigos que tratavam especificamente da temática da Contrarreforma Psiquiátrica, sendo que por meio destes foi realizada uma leitura crítica, buscando identificar o reconhecimento e os marcos iniciais do processo de Contrarreforma Psiquiátrica, além das preocupações com relação ao avanço e contradições presentes neste processo, e quais interesses e atores o forjaram. Por fim,



para ilustrar de maneira objetiva e sucinta as etapas do processo de busca e seleção dos estudos, foi elaborada uma tabela, apresentada a seguir.

**Tabela 1:** Processo de composição do corpus do Estado da Arte.

Descritores	Base de dados e nº de artigos	de	Artigos selecionados após leitura do resumo	Artigos selecionados do	Artigos descartados por duplicação	Artigos selecionados após leitura completa
Reforma Psiquiátrica	SciELO 111		11		0	5
Política de Saúde and Saúde Mental	SciELO 95		10		7	0
Reforma Psiquiátrica	LILACS - BVS 222		16		11	3
Política de Saúde and Saúde Mental	LILACS - BVS 88		6		6	0
Reforma Psiquiátrica	Index Psicologia 54		0		0	0
Política de Saúde and Saúde Mental	Index Psicologia 29		0		0	0
Reforma Psiquiátrica	PePSIC 0		0		0	0
Política de Saúde and Saúde Mental	PePSIC 0		0		0	0

Fonte: elaborada pela autora.

#### 2.4.4 Resultados e Discussões

A literatura analisada aponta, com unanimidade, para a importância do processo de Reforma Psiquiátrica nas mudanças da assistência em Saúde Mental no Brasil. Nesse sentido, são enfatizados todos os processos históricos que levaram à crítica do modelo asilar e à proposta de uma rede de cuidados oposta ao mesmo. Neste contexto, os autores apresentam aspectos relativos a Contrarreforma Psiquiátrica, como um movimento que visa a desconfiguração da RPB.

No que diz respeito ao reconhecimento do processo da Contrarreforma que se encontrava em curso no Brasil, Delgado (2019), não se refere especificamente ao termo “Contrarreforma Psiquiátrica”, mas utiliza de expressões como “desmonte” e “desconstrução” para designar o movimento contrário à Reforma Psiquiátrica que, conforme o autor, ganhou forças entre os anos de 2016 e 2019, por meio de uma agenda neoliberal do Governo. Nesta mesma perspectiva, Oliveira e Szapiro (2020) também não utilizam a terminologia “Contrarreforma Psiquiátrica”, mas se referem a presença de “um processo de desmonte” ou então, “uma onda conservadora” intensificada por uma agenda neoliberal que ataca a RPB. Já Sampaio e Júnior (2021) não mencionam uma Contrarreforma, mas apontam para mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, que se contrapõem aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além disso, Nunes, Junior, Portugal e Torrenté (2019), são diretivos ao afirmar que as Contrarreformas são movimentos sociopolíticos e culturais, que buscam reverter transformações realizadas pelas Reformas, podendo ocasionar o reaparecimento do manicômio ou de sua função como centralizadora do cuidado. Nesta mesma direção, Costa e Faria (2021) utilizam o termo Contrarreforma Psiquiátrica, assim como Souza e Medrado (2021), ao se referirem ao movimento que “golpeou” a Reforma Psiquiátrica. Ademais, de acordo com Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), o processo de desmonte das conquistas da Reforma Psiquiátrica pode ser chamado de Contrarreforma Psiquiátrica, processo este que é descrito por Silva et. al (2020) como uma “maré contra reformista”.

Em relação aos marcos iniciais que configuram uma Contrarreforma Psiquiátrica, Silva, Silva, Filho, Nery e Vilela (2020), bem como, Costa e Faria (2021), indicam a aprovação das novas diretrizes para a Política Nacional de Saúde Mental em dezembro de 2017 e o seu reforço com a publicação da Nota Técnica 11/2019. Em consonância, Oliveira e Szapiro (2020), apontam que uma “segunda reforma” foi instituída por meio desta Nota Técnica. Ainda, Souza e Medrado (2021) e Delgado (2019), consideram que a Contrarreforma ganhou força após o golpe à democracia brasileira no ano de 2016, tendo a sua expansão dentro do novo governo neoliberal conservador quando o mesmo publicou a Portaria nº 3.588/17, retomando modelos fragmentados de assistência à saúde mental. Na mesma direção, Sampaio e Júnior (2020) e Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), apontam que a trajetória das políticas de assistência à Saúde Mental passaram a caminhar em direção oposta à RPB a partir de 2016, quando grupos ultra liberais e conservadores assumiram a gestão do país e desconfiguraram a RAPS por meio da Resolução nº 32 (BRASIL, 2017a) e da Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017b), portaria esta que também é citada por Nunes et. al (2019) como uma das primeiras ações da Contrarreforma.

Além disso, todos os autores dos artigos selecionados apresentaram preocupações em relação ao avanço da Contrarreforma Psiquiátrica, pois conforme Souza e Medrado (2021), a Contrarreforma visa tensionar até conseguir reverter as transformações realizadas pela Reforma. Nesta linha, Costa e Faria (2021) destacam a força e o poder que este movimento ganhou durante a conjuntura aqui apresentada. Nesse aspecto, Delgado (2019), Silva et al. (2020) e Oliveira e Szapiro (2020) demonstram preocupações relacionadas diretamente com a publicação da Nota Técnica 11/2019, com a ampliação do financiamento à hospitais psiquiátricos, redução do cadastramento de serviços CAPS, ampliação e financiamento de comunidade terapêuticas, restauração da centralidade do hospital psiquiátrico, recriação do hospital-dia e dos ambulatórios de especialidade, bem como, com os reinvestimentos na eletroconvulsoterapia. Já Sampaio e Júnior (2020) além de apontar a preocupação com o investimento nos equipamentos de ect, coloca em pauta as comunidades terapêuticas como estratégias problemáticas focadas na internação e no proibicionismo. Ainda, nesse sentido, Cruz; Gonçalves e Delgado (2020), assinalam o descabimento da internação de crianças e adolescentes citada na nota técnica 11/2019, e inferem que tal documento vai contra determinações feitas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS), não tendo argumentos teórico-científicos para se sustentar. Já Nunes et. al (2019) apontam para o fato de que “a Nova Política de Saúde Mental” imposta desconsidera os principais ideais propostos pela Reforma Psiquiátrica.

No que diz respeito aos interesses e atores envolvidos em forjar uma Contrarreforma Psiquiátrica, Costa e Faria (2021) ressaltam que a base de todos os retrocessos propostos pelos dois últimos Governos Federais que estiveram em vigor no país até final de 2022, estava na permanência e na força do aparato manicomial e de toda a lógica que o sustenta. Nesse contexto, os autores indicam que as ações da Contrarreforma foram conduzidas por representantes da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), representantes de Comunidades Terapêuticas e instituições religiosas, fato que vai contra o princípio da participação popular. Ainda, nesta perspectiva, Oliveira e Szapiro (2020) afirmam que a ABP sempre teve uma relação conflituosa com a RPB e nunca aceitou a sua plena efetivação. Em consonância Delgado (2019), Souza e Medrado (2021), bem como, Sampaio e Júnior (2021), atribuem o fortalecimento e expansão da Contrarreforma Psiquiátrica ao Governo Federal neoliberal de Michel Temer e Jair Messias Bolsonaro, e a sua composição formada por grupos conservadores. Já Nunes et. al (2019) apontam que os atores da Contrarreforma são sujeitos contrários aos ideais do SUS. Em contrapartida, Silva et. al (2020), não citam atores vinculados ao processo de Contrarreforma, mas apontam para o comprometimento causado na RPB pelas mudanças realizadas na Política

Nacional de Saúde Mental. No entanto, em contrapartida, os estudos também reconhecem a ação de movimentos Contra-Contrarreforma na medida em que Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), expõe que a nota técnica 11/2019 foi questionada e problematizada por diferentes entidades e organizações que manifestaram-se contra a mesma, como a Defensoria Pública da União (DPU), o Conselho Profissional de Psicologia, Conselho Profissional de Enfermagem, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e até mesmo o Ministério Público.

Além disso, vale ressaltar que os autores referiram algumas contradições presentes na Contrarreforma que merecem atenção, como salientado por Nunes et al. (2019), a Contrarreforma ganha força por meio de “armadilhas” utilizando-se de conceitos e estratégias da RPB para criar uma “nova reforma psiquiátrica”, que não passa de um resgate do antigo modelo manicomial. Já Costa e Faria (2021) reforçam esta proposição afirmando que a Contrarreforma se esconde por meio de terminologias embasadas em um suposto saber científico. Como exemplo de tal estratégia, Cruz et al. (2020) indicaram a criação da modalidade de CAPS AD IV, que leva o nome de um dispositivo de base territorial, mas que na verdade se configura disfarçadamente como um projeto de um “pequeno hospital psiquiátrico”. Já para Souza e Medrado (2021), a contradição está presente no incentivo à centralização do hospital, contrariando a saúde integral prevista pelo SUS. Em concordância, Sampaio e Júnior (2021) apontam que as mudanças nas políticas de saúde mental contrariam os princípios organizativos da RPB. Outro aspecto em destaque, apontado por Oliveira Szapiro (2020), Delgado (2019) e Silva et. al (2020), é o incentivo e a criação de Comunidades Terapêuticas, sendo que as mesmas podem representar um retrocesso no âmbito do cuidado a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, visto que estas instituições representam um modelo privatista manicomial.

Assim, Nunes et al. (2019) apontaram para os indícios inegáveis de que há uma Contrarreforma Psiquiátrica em curso no Brasil, sendo eles: 1) as mudanças impositivas, sem consulta popular, realizadas na Política Nacional de Saúde Mental; 2) a introdução do Hospital Psiquiátrico na RAPS, indo contra o princípio da desinstitucionalização e 3) o financiamento de serviços privados, como as comunidades terapêuticas, visando “lucrar com a loucura”.

Ademais, Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), destacaram que a nota técnica 11/2019 foi apagada após ser alvo de repúdio popular, mas que, no entanto, ela foi responsável apenas pelos esclarecimentos em relação à “nova política”, pois as mudanças de fato foram instituídas pelos decretos e portarias citados anteriormente, sendo que estes não foram alvos de revogação. Nesse sentido, é de consenso de todos os autores estudados a necessidade de se opor a estes desmontes. Para tal, Delgado (2019) afirmou que deve-se resistir aos desmontes por meio de uma

consciência do momento político conduzido pelos últimos dois governos. Nesta mesma direção Costa e Faria (2021) reforçaram a importância de se opor a discursos contrarreformistas e à lógica manicomial, além de apontarem para a necessidade de radicalizar a RPB, voltando às suas raízes. Para tal, citam-se estratégias que envolvem a mobilização e articulação popular, como sugere Silva et al (2020), uma ação conjunta de todos os setores da sociedade visando o debate e a defesa dos direitos dentro do campo da RPB. Dessa forma, Sampaio e Júnior (2020) afirmam que mesmo que a Reforma Psiquiátrica não seja um processo totalmente linear, é preciso defendê-la e enfrentar os desafios que estão sendo postos.

#### **2.4.5 Considerações Finais**

Foi possível observar por meio desta revisão do estado da arte, a presença de uma Contrarreforma Psiquiátrica na agenda pública dos dois últimos governos brasileiros. Conforme indicado pelos autores, estes retrocessos estão em significativa expansão há pelo menos cinco anos, no entanto, chama a atenção o fato de que só foram encontrados oito artigos acerca da temática, sendo que destes apenas quatro fazem menção especificamente ao termo Contrarreforma Psiquiátrica. Ainda, cabe assinalar, que em todos os artigos que compuseram este estudo, os autores apontaram para a problemática do financiamento e ampliação das comunidades terapêuticas como novos manicômios.

Além disso, os artigos destacam a relevância da Reforma Psiquiátrica no avanço das políticas de cuidado em Saúde Mental no Brasil, e salientam que a Contrarreforma Psiquiátrica (des)configura a RPB. Identificaram ainda, preocupações em relação a esses retrocessos e sinalizaram a importância de movimentos que defendam e façam resistência aos mesmos. Por fim, destaca-se que devido aos poucos artigos encontrados, considera-se importante que outros estudos sobre esta questão sejam realizados.

Por fim, compreendemos que os artigos analisados demonstram uma reflexão crítica e o compromisso ético-político dos psicólogos esperado pela profissão, bem como, o respeito às técnicas de atuação na RPB propostas pelo Conselho Federal de Psicologia. No entanto, considera-se importante que outros campos profissionais, entidades e organizações também reflitam e se posicionem em relação a essa temática, tendo em vista a necessidade de uma mobilização popular em defesa do cuidado em liberdade e dos pressupostos que construíram a base da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

## 2.4.6 Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2020. Disponível em:

[http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/e0f082\\_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf](http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/e0f082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf). Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais

Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm) . Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), 2017a. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html) Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências, 2017b. Disponível

em: [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). Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 2.434, de 15 de agosto de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos, 2018. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434\\_20\\_08\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html) Acesso em: 29 out. 2022.

BRASIL. **Nota Técnica no 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, 2019a. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 13 nov. 2022.

BRASIL. **Decreto no 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas, 2019b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm). Acesso em: 13 nov. 2022.

CALVI, P. **Comissão de Direitos Humanos e Minorias**. Não é fake news: parlamentares e sociedade civil criticam “revogação” de portarias da política de saúde mental do Ministério da Saúde. Brasília: Câmara de Deputados, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3IhbJqN> Acesso em: 20 dez. 2022.

COSTA, P. H. da; FARIA, N. C. “E agora José?” Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileira na encruzilhada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, e310412, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310412>. Acesso em: 15 jan. 2022.

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**. v. 18, n. 3, e00285117, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212> Acesso em: 21 jan. 2022.

DELGADO, P. G. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, spe 3, p. 21-28, Outubro, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303> Acesso em: 20 jan. 2022.

DESINSTITUTE; WEBER, R. (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

FAGUNDES, S. Política e Gestão com Pensamento Estratégico no Campo da Saúde Mental. In PAULON, S.; OLIVEIRA, C.; FAGUNDES, S. **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: ALRGS, 2018. p. 18-42. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179261/001068911.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 20 nov. 2022.

FERREIRA, N. S. de A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 79, p.257-272, ago. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/vPsychSBW4xJT48FfrdCtqfp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2022.

LIMA, R. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29 n.1, e290101, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dR8q4LDwM9zpXtSyvq9nr7f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de jan. 2022.

NUNES, K.. **Reforma Psiquiátrica no Brasil: um estudo sobre a trajetória de Betim, MG**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

NUNES, M. de O.; JUNIOR, J. M. de L.; PORTUGAL, C. M.; TORRENTÉ, M. de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019> Acesso em: 20 jan. 2022.

OLIVEIRA, E.; SZAPIRO, A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 3, p. 15-20, Outubro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MBbTXqFD5grtZ953Cy7xBsm/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 22 jan. 2022.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n. 11, novembro, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156119>. Acesso em: 15 jan. 2022.

PEREIRA, E.; ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3dwFcFy75PwBZrGcKyYdnKz/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 jan. 2022.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, Salvador, n. 246, jan./abr., p.6-14, 2019. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/525/424> Acesso em: 10 nov. 2022.

SAMPAIO, M. L.; JÚNIOR, J. P. B. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00313145. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313> Acesso em 15 nov. 2022.

SILVA, T. A. S.; SILVA, A. S.; FILHO, I. E. M.; NERY, A. A.; VILELA, A. B. A. (Re)Visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. **av.enferm.**, Bogotá, v. 38, n. 3, p. 380-386, Dec. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v38n3/0121-4500-aven-38-03-380.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SOUZA, R.; MEDRADO, A. C. C. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 164-177, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112813> Acesso em 20 jan. 2022.



### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho teve como objetivo compreender como os desmontes das políticas públicas direcionadas ao cuidado em saúde mental, ocasionados pelo Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica, refletem nas práticas psicológicas realizadas por psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para tal, utilizou-se de uma abordagem de pesquisa qualitativa, considerando que a mesma explora a relação dinâmica entre os sujeitos e a realidade, que não pode ser quantificada, ou seja, transcrita em números. Ainda, conforme Minayo (2009), a pesquisa qualitativa engloba o mundo dos significados, crenças, valores e atitudes, considerando não só o agir dos sujeitos, mas também os seus pensamentos e interpretações a respeito da realidade em que vivem. Dessa forma, pode-se afirmar que este método de pesquisa facilita na compreensão da relação estabelecida entre os sujeitos e uma situação e/ou contexto social específico (BAUER E GASKELL, 2002).

Já no que se refere à perspectiva epistemológica da pesquisa, foi adotada a hermenêutico-dialética pois conforme Cardoso et al. (2015), a mesma possibilita a compreensão das contradições da realidade por meio de um estudo aprofundado que considera a totalidade histórica dos fenômenos. Ademais, de acordo com Gil (2002), esta é uma pesquisa exploratória, pois visa o aprimoramento de ideias, bem como, promover uma maior familiaridade com o problema para torná-lo mais explícito e/ou construir hipóteses.

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada em quatro CAPS de uma cidade localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul. Os CAPS foram escolhidos como campo de pesquisa de acordo com os objetivos do estudo, por se tratarem de serviços substitutivos que sofrem os impactos do sucateamento ocasionado pela Contrarreforma Psiquiátrica, e que lidam diretamente com as demandas de saúde mental da população. Quanto aos participantes, em um primeiro momento, no projeto desta pesquisa, estipulou-se que seriam convidados a participar psicólogos trabalhadores dos CAPS do município, que iniciaram a sua atuação profissional no serviço anteriormente ao ano de 2017, ano em se identificam os primeiros retrocessos que configuram o movimento de Contrarreforma Psiquiátrica. No entanto, após o levantamento realizado pela pesquisadora, identificou-se que o município conta com apenas dois profissionais que se encaixam nesse requisito, portanto, optou-se por abranger o público-alvo do estudo entrevistando todos os profissionais psicólogos atuantes nos CAPS da cidade, independente do

ano de inserção no serviço, a fim de atingir um número de participantes suficiente para a proposta do estudo. Dessa forma, foram convidados a participar da pesquisa todos os psicólogos trabalhadores dos CAPS deste município, levando em conta que a psicologia está inserida nos serviços substitutivos desde o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que torna essencial compreender como esta prática vem sendo afetada pelas mudanças nas políticas públicas que a orientam.

O município conta atualmente com quatro serviços CAPS. Destes, um se enquadra na modalidade de CAPS II, responsável por atender pessoas com Transtornos Mentais Graves e conta com três profissionais psicólogos em sua equipe. Além deste, há no município um CAPS Infantil II, direcionado ao cuidado de Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais, que conta com dois psicólogos, sendo que cada um destes profissionais trabalha apenas 22 horas semanais no serviço. Por fim, a cidade tem dois CAPS AD's, voltados para o atendimento de pessoas com Transtornos decorrentes do uso abusivo de Álcool e outras Drogas, os quais acolhem demandas de diferentes partes do território do município, incluindo dois psicólogos na equipe de cada um dos serviços. Totalizando assim, nove psicólogos.

Vale ressaltar que, todos esses CAPS contam com uma equipe mínima, composta por profissionais da psicologia, enfermagem, assistência social, psiquiatria, além de profissionais de nível médio, administrativo, residentes multiprofissionais e estagiários de cursos da área da saúde vinculados às instituições de ensino superior da cidade.

### 3.2 PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Inicialmente o projeto foi apresentado ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) do município, tendo em vista que o estudo dependia da aprovação deste órgão para a sua realização. Nesse sentido, com o aceite do NEPES, o projeto foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal na qual a pesquisadora está vinculada, via registro na Plataforma Brasil. Após a aprovação nos respectivos órgãos, deu-se início a parte empírica do estudo.

Em um primeiro momento realizou-se uma pesquisa no site da secretaria municipal de saúde a fim de mapear quantos profissionais psicólogos trabalhavam em cada CAPS do município. Posteriormente, a pesquisadora foi pessoalmente até cada um dos serviços para apresentar a proposta do estudo e convidar os possíveis participantes. No entanto, neste contato não foi possível encontrar os profissionais, pois os mesmos estavam em trabalho de campo no território. Além disso, mesmo com a apresentação dos documentos de autorização do estudo, a

pesquisadora sentiu que a equipe dos serviços mostrou certo receio em passar os contatos telefônicos e de e-mail dos psicólogos, para uma tentativa de contato posterior.

Assim, a pesquisadora realizou várias tentativas de contato com os convidados por meio de ligações para os telefones dos CAPS, o que gradativamente resultou no contato com todos os profissionais no período de dois meses, sendo estes agosto e setembro do ano de 2022. Dessa forma, apesar das dificuldades iniciais no contato com os profissionais, que possuem uma rotina densa de trabalho, foi possível marcar as entrevistas individualmente, sendo que todos os convidados aceitaram participar da pesquisa.

### 3.3 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa os nove profissionais psicólogos que compõem as equipes dos quatro Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade central do Rio Grande do Sul. A tabela abaixo apresenta os dados característicos dos participantes, e foi construída por meio do preenchimento de um Formulário de Caracterização.

**Tabela 2: Caracterização dos Participantes da Pesquisa.**

<b>Tipo de CAPS</b>	<b>Forma de ingresso no serviço</b>	<b>Outras formações na área da saúde</b>	<b>Motivação para ingressar no CAPS</b>
CAPS II	Concurso Público	Mestrado em Saúde	Foi direcionada ao serviço <sup>1</sup>
CAPS AD	Concurso Público	Especialização, Mestrado e Doutorado em andamento	Identificação com o campo
CAPS AD	Concurso Público	Não	Financeira
CAPS AD	Concurso Público	Pós-graduação em educação na saúde	Foi direcionada ao serviço, mas gosta
CAPS II	Concurso Público	Residência Multiprofis. e Capacitações	Foi direcionado ao serviço, mas tem motivação
CAPS II	Concurso Público	Mestrado em Psicologia da Saúde	Queria muito trabalhar em um CAPS

<sup>1</sup> Profissionais que foram aprovados em concurso público para o cargo de psicólogo da secretaria de saúde do município e após a nomeação foram direcionados aos CAPS.

CAPS AD	Concurso Público	Residência Multiprofis.	Foi direcionada ao serviço, mas se identifica com o trabalho
CAPS Infantil	Concurso Público	Mestrado, Residência e Especialização	Se identifica com o trabalho na Saúde Mental
CAPS Infantil	Concurso Público	Especialização e Capacitação	Interesse no trabalho com a infância

Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.4 INSTRUMENTOS

No sentido de alcançar os objetivos do estudo, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente com cada profissional psicólogo dos quatro serviços CAPS, pois conforme Minayo e Costa (2018), a entrevista caracteriza-se como a ferramenta mais usada dentro do método qualitativo empírico. A pesquisadora utilizou um roteiro com questões pré-estabelecidas, além de questões abertas que oportunizaram uma reflexão livre e espontânea aos entrevistados, permitindo que os mesmos falassem além do que lhe foi perguntado, conforme os desdobramentos da entrevista (MINAYO E COSTA, 2018). Para possibilitar o desenvolvimento da entrevista, a mesma foi elaborada com base nos eixos: “Desmontes nas políticas públicas de saúde mental”; “Movimento da Contrarreforma Psiquiátrica e os seus desdobramentos”; e “Prática profissional e Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica”. Os eixos foram elaborados a fim de responder os objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram agendadas previamente, tiveram em média uma hora de duração e foram realizadas nos respectivos serviços onde cada psicólogo atua. Antes de iniciar as entrevistas, foram apresentados os objetivos da pesquisa aos participantes e foram assinadas as duas vias do TCLE, além de ser disponibilizado um espaço para sanar qualquer possível dúvida a respeito do estudo, o que segundo Bauer e Gaskell (2002), garante que os cuidados éticos da pesquisa sejam assegurados. Posteriormente foram preenchidos os Formulários de Caracterização do participante e no início da entrevista o gravador de voz foi ligado com a autorização do profissional, a fim de registrar os dados trazidos pelo mesmo. Desse modo, após a realização das entrevistas, estas foram transcritas para a sua posterior análise.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para realizar a análise e discussão dos dados, utilizou-se do método de Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2011) configura-se como um conjunto de técnicas de análise

de comunicações que visam obter formas sistemáticas e objetivas de descrever os conteúdos apresentados nas mensagens. A Análise de Conteúdo é dividida em três fases fundamentais, sendo: a pré-análise; a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

Dentro desta modalidade de análise, a técnica utilizada foi a de Análise de Conteúdo Temática, que foi iniciada a partir de uma primeira aproximação com as entrevistas no momento de transcrição, e, logo após, a pesquisadora fez uma leitura compreensiva buscando uma visão do conjunto das entrevistas e assinalando os pontos significativos. Posteriormente, cada entrevista foi novamente analisada e discutida juntamente com a orientadora do estudo, a fim de identificar particularidades e formas de classificação dos dados obtidos. Assim, com a análise do conjunto das nove entrevistas, foram observados os temas mais recorrentes, e por meio destes, foram criadas as tabelas de Eixos Temáticos que formaram as categorias exploradas nos artigos.

Durante o processo de categorização dos dados obtidos, foi realizada a descrição dos achados nas análises, e em cima destes foram lançadas hipóteses que posteriormente foram interpretadas e sustentadas teoricamente (GOMES, 2009), em busca dos núcleos de sentidos dos conteúdos apresentados, para a elaboração dos artigos que compõem esta pesquisa (MINAYO, 2009).

Além disso, cabe ressaltar que no decorrer da apresentação dos resultados deste estudo, os participantes foram identificados por números, de acordo com a ordem em que as entrevistas aconteceram, como, por exemplo, “Profissional 1”, a fim de manter o anonimato dos participantes.

### 3.6 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

A presente pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2016). Todos os cuidados e medidas éticas necessárias para a realização da pesquisa foram seguidos rigorosamente. Dessa forma, em um momento inicial o Termo de Autorização Institucional (APÊNDICE 3) foi devidamente assinado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Município, autorizando o contato com os serviços e possíveis participantes.

Já no que diz respeito às entrevistas, a pesquisadora apresentou aos participantes o objetivo da pesquisa, bem como, as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) que foram lidas e assinadas pelos participantes, de maneira que, uma via ficou com o mesmo e a outra com a pesquisadora. Ainda, foi comunicado ao entrevistado que o

mesmo poderia solicitar esclarecimentos em relação ao estudo, e que poderia interromper a entrevista a qualquer momento se achasse necessário. Já no que diz respeito à confidencialidade dos dados obtidos nas entrevistas, asseguramos que estes serão mantidos em anonimato, em caráter de confidencialidade no Departamento de Psicologia, localizado na Av. Roraima, nº 1000, prédio 74C, 2º andar, sala 3212 A, Santa Maria – RS, CEP: 97105-900, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Professora Orientadora Dr.<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini. Após este período, os dados serão destruídos.

Em relação aos riscos da participação na pesquisa, estes não foram diferentes aos riscos presentes em uma conversa informal, como cansaço ao responder aspectos da entrevista ou, até mesmo, constrangimento ao expor a sua prática profissional. Quanto aos benefícios, estes se apresentam no próprio momento da entrevista, considerando que a mesma proporcionou um espaço para que os profissionais pudessem refletir acerca da sua prática e dos processos de trabalho da psicologia no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além disso, os resultados da pesquisa contribuíram para a elaboração de conhecimento científico referente aos retrocessos no campo das políticas públicas de saúde mental no Brasil, por meio dos artigos científicos resultantes do estudo e submetidos para a publicação em revistas científicas da área.

Por fim, no que compete à devolução dos resultados, além da divulgação dos artigos na comunidade científica, pretende-se realizar uma devolução para os participantes no formato de seminário, de acordo com a disponibilidade dos mesmos e da secretaria municipal de saúde. Além disso, os resultados do estudo serão apresentados no evento Diálogos entre Universidade e Rede, realizado pelo Núcleo de Estudos Infância Adolescência e Família, afim de atingir uma forma ampla de divulgação dos resultados.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação das discussões e dos resultados obtidos neste estudo serão apresentados por meio de dois artigos e de suas respectivas categorias.

### 4.1 ARTIGO 1 – A RELAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS DE SAÚDE MENTAL E A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA

#### 4.1.1 Resumo

Este artigo busca investigar de que forma os profissionais psicólogos que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) percebem as mudanças efetuadas na Política Nacional de Saúde Mental entre os anos de 2017 e 2022. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, realizada nos quatro CAPS de um município do estado do Rio Grande do Sul. Os resultados indicam que os profissionais embora não reconheçam o termo Contrarreforma Psiquiátrica, identificaram uma “onda” de retrocessos na Política de Atenção em Saúde Mental, com uma fragilização da Rede de Atenção Psicossocial, ênfase na internação psiquiátrica e nas comunidades terapêuticas. Tais retrocessos, não podem ser analisados separados da conjuntura política que assolou o país nos anos 2017 a 2022, período no qual as políticas públicas foram duramente afetadas. Por fim, entende-se a importância de um movimento ético-político para retomar os pressupostos da reforma psiquiátrica e realinhar as práticas psicossociais na direção do cuidado em liberdade.

**Palavras chave:** Reforma Psiquiátrica; Política de Saúde Mental; Contrarreforma Psiquiátrica.

#### 4.1.2 Introdução

De acordo com Amarante (2015), a loucura passou a ser alvo de repressão no Brasil por volta do século XIX com a chegada da família real, quando Dom Pedro II criou o primeiro hospício do país na cidade do Rio de Janeiro, com o propósito de controle e higienização social, tendo como referência o modelo de tratamento da loucura originado na Europa. A partir desse momento, a exclusão tornou-se cada vez mais frequente e a história da loucura brasileira foi marcada pelo asilamento, segregação e violência.

De acordo com Arbex (2013), os manicômios/hospícios brasileiros promoveram uma série de violências contra os seus internos. Como foi o caso do Hospital Colônia de Barbacena, conhecido como o maior hospício do Brasil, o qual foi criado em 1903 e nele foram internados homossexuais, pobres, negros, militantes políticos, insanos e todos os sujeitos indesejáveis considerados ameaçadores à ordem pública. Estima-se que em cinco décadas o hospício de Barbacena assassinou cerca de sessenta mil pessoas, além de provocar o processo de mortificação do Eu, aspecto descrito por Goffman (2005), como efeito da dinâmica das relações das instituições totais. Houve ainda a retirada da autonomia de outros milhares de internos por meio de condições de tratamento e sobrevivência desumanas. Dentro do hospício havia adultos e crianças nuas, com fome, sede e utilizando o esgoto como fonte de água. Além disso, mulheres internas foram vítimas de violência sexual, além de terem os seus bebês roubados e doados a famílias da cidade (ARBEX, 2013).

Ainda, uma série de procedimentos invasivos eram realizados nos internos com o pretexto de “tratamento”, a fim de intimidá-los e contê-los. Nesse contexto, Farias e Sonim (2014) apontam que, além de serem trancados em celas e espancados, por vezes os sujeitos loucos passavam pela “banhoterapia”, onde eram amarrados em cadeiras e colocados embaixo de uma ducha com água gelada até ficarem “calmos”. Com a mesma finalidade, em alguns casos o sujeito tinha todos os seus dentes arrancados de uma só vez para evitar mordidas, ou então, eram injetados parasitas da malária ou doses excessivas de insulina para causar coma e cessar com a agitação. Ademais, era utilizada a Eletroconvulsoterapia (ECT), também conhecida como eletrochoque, utilizado como tratamento para depressão, mas também como forma de punição e contenção dos internos. O procedimento aplicava um choque com altas descargas elétricas na cabeça do paciente, que perdia a consciência, ou, até mesmo, em outros casos fazia-se a cirurgia de lobotomia, que sancionava as vias existentes entre os lobos frontais e o tálamo, buscando uma mudança de comportamento (ARBEX, 2013). Dessa forma, os manicômios brasileiros e suas formas de segregar e silenciar a loucura foram palco de uma tragédia considerada por Brum (2013), como um genocídio amparado pelo Estado com a conivência da sociedade.

A fim de enfrentar essa situação, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) teve o seu início no final da década de 1970, caracterizando-se como um movimento contrário às formas violentas de tratamento direcionadas às pessoas consideradas loucas nos manicômios do país, marcando assim, um importante avanço para o fim das práticas manicomialis. Desde então, uma série de avanços foram alcançados no âmbito do cuidado em liberdade, como a desinstitucionalização de pacientes internos em hospitais psiquiátricos, até a criação de uma



Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Com ela, buscou-se qualificar o cuidado em saúde mental mediante um trabalho de rede, ligado ao território dos sujeitos e considerando-os como agentes de sua vida (FIGUEIRÊDO et al, 2014).

De acordo com Lancetti e Amarante (2006), as críticas ao aparato manicomial tiveram início após a segunda guerra mundial, quando se estabeleceu um paralelo entre as violências que ocorreram nos campos de concentração nazistas e o que acontecia dentro dos manicômios. Dessa forma, buscando romper com as formas cruéis de “tratamento” efetuadas nestes espaços, tiveram início as primeiras reformas psiquiátricas do mundo na Europa. As reformas se caracterizavam como movimentos contrários às formas tradicionais de tratamento da loucura, visavam à desinstitucionalização dos internos, bem como, substituir o aparato hospitalar do manicômio por serviços de ordem substitutiva que respeitassem a subjetividade dos sujeitos. No Brasil, o início da Reforma Psiquiátrica se deu em 1978 pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), também inspirado nos movimentos iniciados na Europa buscando denunciar as violações que acometiam as pessoas dentro das instituições. Neste contexto, Amarante (2015) indica que neste mesmo ano foi criada a primeira associação de familiares de pessoas em estado de sofrimento psíquico do país, passo importante no sentido da reivindicação de direitos na esfera do cuidado em saúde mental. Além das associações, o Conselho Federal de Psicologia (2013) destaca que partir da década de 1980 a psicologia se inseriu nas lutas por garantia e promoção de direitos sociais, se inserindo ativamente no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira em busca de uma reorientação das práticas de cuidado em saúde mental. Desde então, o psicólogo tem o compromisso ético-político de produzir questionamentos a respeito do discurso médico e da visão reducionista da experiência da loucura, pautando o seu fazer nos valores da igualdade de direitos e no respeito às subjetividades (CFP, 2013).

Nos anos seguintes a RPB foi tomando forma em meio à Reforma Sanitária Brasileira e ao processo de redemocratização do país pós Ditadura Militar. Para Lancetti e Amarante (2006), a democratização do Brasil e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) balançaram as estruturas dos hospitais psiquiátricos por meio de críticas sanitaristas. Nesta mesma direção, Nunes (2009) afirma que a RPB para além das influências internacionais, teve a sua base calcada no movimento político-ideológico sanitarista que visava a transformação social. Neste contexto, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 concretizou o SUS, sendo palco ativo do controle social. No ano seguinte aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Ainda em 1987, por meio da mobilização desta Conferência, aconteceu em Bauru (SP) o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, no qual trabalhadores, familiares e usuários se uniram formando o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLAM) e

decretaram o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”. Como resultado de toda essa mobilização, em 1987 criou-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, em São Paulo. Além do CAPS, foram implantados os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas sociais e associações para acolher egressos de hospitais psiquiátricos por meio de uma lógica mais comunitária (BRASIL, 2005).

Neste cenário de avanço dos processos de desinstitucionalização, Paulo Delgado, deputado do Partido dos Trabalhadores, apresentou em 1989 o projeto de lei 3657/89 que propunha a extinção progressiva dos manicômios, a proibição da criação de novos serviços deste tipo, bem como, a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (CONGRESSO NACIONAL, 1989). Este projeto abriu espaço para a luta da RPB dentro do campo legislativo, o qual segundo Arbex (2013) ficou conhecido como o primeiro projeto de desinstitucionalização da América Latina, sendo aprovado em 1990. Conforme Delgado (2020), o parlamento da época tinha raízes conservadoras o que dificultou a tramitação do projeto de lei, nesse sentido começaram a ser propostas leis estaduais por governos progressistas, e na medida em que estas foram sendo aprovadas, criou-se um solo favorável para a aprovação da lei federal e, conseqüentemente, para a Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, com algumas alterações no texto original, o projeto tornou-se lei em 2001 sob o nº 10.216, ficando conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, ela dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, além do redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental do país (BRASIL, 2001).

Desse modo, é possível observar que o movimento da RPB ganhou força nesse período na medida em que caminhou em direção alheia aos manicômios. Assim, nos anos seguintes uma série de estratégias e dispositivos de base comunitária foram criados formando uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o intuito de ofertar um cuidado oposto ao realizado pelo aparato manicomial, para gradativamente substituí-lo. Dessa forma a RAPS (BRASIL, 2011), foi pensada para ser composta pelos CAPS, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias da Saúde da Família (ESF), Programa de Volta para Casa (PVC), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Consultório na Rua, Unidade de Acolhimento, Leito de Internação em Hospital Geral, Estratégias de Geração de Renda e serviços de atendimento à Urgência e Emergência, todos unidos e articulados em prol do cuidado em liberdade, considerando o território de vida dos sujeitos.

No entanto, apesar dos avanços nas práticas de desinstitucionalização da loucura, e das contradições e violações postas pelas dinâmicas de funcionamento dos manicômios, atualmente conhecidos como hospitais psiquiátricos, percebeu-se um aumento nos investimentos públicos

feitos nestes estabelecimentos desde o ano de 2017, contrariando a lei 10.216/2001, denominada lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Conforme Fagundes (2018), desde o início da Reforma Psiquiátrica ocorrem conflitos entre forças pró e contra a Reforma. Segundo a autora, as forças contra a Reforma compõem um movimento chamado de Contrarreforma Psiquiátrica, que marcou a agenda pública do Brasil entre os anos de 2017 e 2022, comprometendo o movimento da Reforma Psiquiátrica e a perspectiva do cuidado em liberdade.

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo compreender de que forma os Profissionais psicólogos atuantes em Centros de Atenção Psicossocial percebem as políticas governamentais de saúde mental postas na agenda pública entre os anos de 2017 e 2022, e se as relacionam com um movimento de Contrarreforma Psiquiátrica.

### **4.1.3 Percurso Metodológico**

#### 4.1.3.1 Desenho do estudo

Para alcançar os objetivos desta pesquisa utilizou-se de uma abordagem de pesquisa qualitativa, considerando que a mesma explora a relação dinâmica entre os sujeitos e a realidade, que não pode ser quantificada, ou seja, transcrita em números. Ainda, conforme Minayo (2009), a pesquisa qualitativa engloba o mundo dos significados, crenças, valores e atitudes, considerando não só o agir dos sujeitos, mas também os seus pensamentos e interpretações a respeito da realidade em que vivem. Dessa forma, pode-se afirmar que este método de pesquisa facilita na compreensão da relação estabelecida entre os sujeitos e uma situação e/ou contexto social específico (BAUER E GASKELL, 2002). Ademais, de acordo com Gil (2002), esta é uma pesquisa exploratória, pois visa o aprimoramento de ideias, bem como, promover uma maior familiaridade com o problema para torná-lo mais explícito e/ou construir hipóteses.

#### 4.1.3.2 Participantes

A presente pesquisa foi realizada em quatro Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul. Os CAPS foram escolhidos como campo de pesquisa de acordo com os objetivos do estudo, por se tratarem de serviços substitutivos que sofrem os impactos do sucateamento ocasionado pela Contrarreforma Psiquiátrica, e que lidam diretamente com as demandas de saúde mental da população. Quanto

aos participantes, foram convidados a participar da pesquisa todos os psicólogos trabalhadores dos CAPS deste município, levando em conta que a psicologia está inserida nos serviços substitutivos desde o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que torna essencial compreender como as práticas nesses serviços vem sendo afetadas pelas mudanças nas políticas públicas que a orientam. Dessa forma, participaram da pesquisa os nove profissionais psicólogos que compõem as equipes dos quatro CAPS.

#### 4.1.3.3 Instrumentos e Procedimentos Realizados

Após a aprovação da pesquisa no Núcleo de Educação Permanente em Saúde, vinculado à Secretaria de Saúde do Município onde o estudo foi realizado e no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal a qual o estudo está vinculado, a pesquisadora foi pessoalmente até cada um dos serviços para apresentar a proposta do estudo e convidar os possíveis participantes.

No sentido de alcançar os objetivos do estudo, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, realizadas individualmente com cada profissional psicólogo dos quatro serviços CAPS. Conforme Minayo e Costa (2018), a entrevista caracteriza-se como a ferramenta mais usada dentro do método qualitativo empírico. A pesquisadora utilizou um roteiro com questões pré-estabelecidas, além de questões abertas que oportunizaram uma reflexão livre e espontânea aos entrevistados, permitindo que os mesmos falassem além do que lhe foi perguntado, conforme os desdobramentos da entrevista (MINAYO E COSTA, 2018).

As entrevistas foram agendadas previamente, tiveram em média uma hora de duração e foram realizadas nos respectivos serviços onde cada psicólogo atua. Antes de iniciar as entrevistas, foram apresentados os objetivos da pesquisa aos participantes e foram assinadas as duas vias do TCLE, além de ser disponibilizado um espaço para sanar qualquer possível dúvida a respeito do estudo. Assim, o gravador de voz foi ligado com a autorização do Profissional. Desse modo, após a realização das entrevistas, estas foram transcritas para a sua posterior análise.

#### 4.1.3.4 Análise dos Dados

Quanto à análise dos dados, a técnica utilizada foi a de Análise de Conteúdo Temática, que foi iniciada a partir de uma primeira aproximação com as entrevistas no momento de transcrição, e, logo após, a pesquisadora fez uma leitura compreensiva buscando uma visão do

conjunto das entrevistas e assinalando os pontos significativos. Posteriormente, cada entrevista foi novamente analisada e discutida juntamente com a orientadora do estudo, a fim de identificar particularidades e formas de classificação dos dados obtidos. Assim, com a análise do conjunto das nove entrevistas, foram observados os temas mais recorrentes, e por meio destes, foram criadas as tabelas de Eixos Temáticos que formaram as categorias exploradas neste artigo.

Durante o processo de categorização do material obtido, foi realizada a descrição dos achados nas análises, e em cima destes foram lançadas hipóteses que posteriormente foram interpretadas e sustentadas teoricamente (GOMES, 2009), em busca dos núcleos de sentidos dos conteúdos apresentados para a elaboração dos artigos (MINAYO, 2009). Além disso, cabe ressaltar que no decorrer da apresentação dos resultados deste estudo, os participantes foram identificados por números, de acordo com a ordem em que as entrevistas aconteceram, como, por exemplo, “Profissional 1”, a fim de manter o anonimato dos participantes.

#### **4.1.4 Resultados e Discussões**

A apresentação dos Resultados e Discussões do artigo serão apresentadas por meio de quatro categorias, a primeira com foco no “Desinvestimento na Rede de Atenção Psicossocial: uma política de governo”, a segunda tratará de “A internação psiquiátrica como consequência da Contrarreforma Psiquiátrica”, já a terceira categoria se deterá nas “Comunidades Terapêuticas: uma derivação atualizada do velho”, por fim, a quarta categoria buscará apresentar “Alguns atravessamentos sociais que possibilitam uma Contrarreforma Psiquiátrica”.

##### **4.1.4.1 Primeira Categoria: O desinvestimento na Rede de Atenção Psicossocial: uma política de governo**

A história da loucura como já mencionamos esteve atrelada a exclusão, o isolamento e o aprisionamento. De acordo com Desinstitute e Weber (2021), é importante compreender a forma como a loucura foi vista e tratada no decorrer dos anos, pois no ano de 2016 instaurou-se uma “Nova” política de saúde mental no Brasil alheia à Lei da Reforma Psiquiátrica, que tornou os serviços e ações de saúde mental objetos de negociações em benefício de instituições asilares, constituindo assim, um movimento de retrocesso.

Neste contexto, em 2016 após o golpe fantasiado de impeachment, foi lançada a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) congelando os investimentos em saúde (BRASIL, 2016), ação

esta que já dava indícios de como a saúde pública do Brasil seria tratada por governantes de direita. Nesta mesma direção, no campo da Saúde Mental não foi diferente, desde 2017 uma série de Decretos, Notas Técnicas e Revogações de normas já existentes abalaram a estrutura da Reforma Psiquiátrica, que ainda estava em crescente construção no Brasil. Tal movimento de retrocessos no cuidado em saúde mental, reconhecemos de acordo com Lima (2019), como um movimento de Contrarreforma Psiquiátrica. O qual foi sutilmente tomando forma e ganhando forças dentro da agenda pública do Governo Federal entre os anos de 2017 e 2022. Pode-se citar como marcas desse movimento, o retorno do Hospital Psiquiátrico à Rede de dispositivos de cuidado em saúde mental, além do incentivo e financiamento à Eletroconvulsoterapia, entre outras práticas e ideias ultrapassadas acerca do que é o cuidado psíquico, validadas por tal governo e nem sempre validadas pela ciência (PITTA E GULJOR, 2019).

Apesar de sua dimensão sutil, pode-se identificar que a Contrarreforma Psiquiátrica parece ser sentida no cotidiano de trabalho de psicólogos que atuam nos CAPS. Mesmo que, muitas vezes o movimento não seja reconhecido por tal nomenclatura, ele dá indícios de sua existência aos trabalhadores, fato que pode ser explicitado na seguinte afirmação de um Profissional entrevistado: *"Se a gente for olhar como está o país, em relação às políticas, às mudanças que vão acontecendo, a gente se assusta um pouco"*. (Profissional 1)

Tal afirmação pode sugerir a percepção dos Profissionais acerca dos retrocessos nas políticas que orientam o seu trabalho como algo negativo, e até mesmo assustador. Nesta mesma direção, outro Profissional comenta em relação às mudanças na política Nacional de Saúde Mental: *"Não tem como não falar de política em si, política partidária. Eu acho que o nosso governo [de Jair Messias Bolsonaro] tem uma outra visão de saúde mental e acho que isso vai ao encontro dessa questão hospitalocêntrica que a gente tinha anteriormente."* (Profissional 7).

Desse modo, pode-se identificar que os profissionais atuantes nos CAPS atrelam os retrocessos nas Políticas de Saúde Mental à vieses ideológicos de direita do Governo do presidente Jair Messias Bolsonaro, que retomam uma perspectiva vinculada ao modelo manicomial. Fato que vai de encontro à fala do seguinte Profissional: *"Mudam os governantes, muda quem vai conduzir o país, estado e o município e acho que isso é uma das grandes interferências no desmonte das políticas, de como elas eram."* (Profissional 8)

Portanto, entende-se que o direcionamento da forma de tratamento dada pelos governos varia de acordo com a sua ideologia política, tornando a sociedade refém de interesses partidários, o que não deveria ocorrer, pois de acordo com Desinstitute e Weber (2021), a

Política Nacional de Saúde Mental deve ser compreendida como uma política de Estado, e não de governo. Ou seja, não deveria sofrer ação dos interesses ideológicos de um grupo, mas sim, do desejo e benefício do cuidado da população.

Nesse sentido, entende-se que entre os anos de 2017 e 2022, prezou-se pelo desinvestimento de dispositivos atrelados à Rede de Atenção Psicossocial, fato que atravessou negativamente o trabalho no CAPS: *“O ministério da Saúde sumiu, mal paga o que tem que pagar, e no cotidiano não aumenta os recursos do serviço.”* (Profissional 2)

*“Desde que eu entrei [no CAPS] eu tenho sentido que tem diminuído cada vez mais o investimento e a importância que é dada, apesar de viver o momento em que a saúde mental está muito em destaque.”* (Profissional 8)

Dessa maneira, considerando as falas anteriores, pode-se inferir que há um reconhecimento da precarização dos CAPS, na medida em que os profissionais referem a abstenção do Ministério da Saúde e a diminuição dos recursos financeiros direcionados para estes serviços. Tal carência de investimentos na RAPS acarreta uma série de problemáticas, entre as quais gostaríamos de destacar o aumento de institucionalizações em instituições asilares, como se pode observar na fala de outro Profissional: *“Diante da carência de outros setores, também acabam aumentando os pedidos de institucionalização de pacientes.”* (Profissional 5)

Assim, nota-se uma dinâmica que tem favorecido o modelo manicomial de “tratamento” em saúde mental, contrariando o que está previsto pela Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Nesse cenário, Desinstitute e Weber (2021) apontam que o crescente financiamento federal em Comunidades Terapêuticas (CT) acarretaria um desfinanciamento nos demais serviços da Rede. Tal dado deixa evidente a prioridade em se investir na institucionalização em detrimento das ferramentas de cuidado de base comunitária, aspecto que será objeto de reflexão na categoria a seguir.

#### 4.1.4.2 Segunda Categoria: A internação psiquiátrica como consequência da Contrarreforma Psiquiátrica

*Que outra coisa é se não violência a força que incita uma sociedade a afastar e excluir os elementos que não fazem parte de seu jogo? (BASAGLIA, 1985, p. 127).*

Na conjuntura analisada neste trabalho, percebe-se que a institucionalização de pessoas em estado de sofrimento psíquico é, mais uma vez, incentivada e valorizada. Portanto, se torna relevante olharmos para os hospitais psiquiátricos e para suas dinâmicas de funcionamento.

Nesse sentido, de acordo com Cardoso et. al (2020), a relação entre as instituições asilares e a violência é tão antiga quanto a psiquiatria. Para os autores, estas instituições atuam na ausência de contratualidade com os usuários, com os direitos humanos e a cidadania. Nesta mesma direção, Braga (2019) caracteriza o hospital psiquiátrico como uma instituição da violência. Dessa forma, podemos entender o próprio isolamento/segregação como expressões disso que os autores definem como violento. Ainda, nessa linha, Arbex (2013) problematiza o enclausuramento dos sujeitos na estrutura precária dos hospitais psiquiátricos. Ou seja, entre outros aspectos que se constituem problemáticos, o sujeito tem a sua autonomia e liberdade tolhidas nesses espaços, e isso configura uma agressão. Além disso, de acordo com Amarante (2015) a loucura sofre ação direta da institucionalização e se (re)produz por meio dela. No entanto, apesar da constatação da dimensão agressiva da internação psiquiátrica, pode-se observar por meio do relato dos psicólogos entrevistados, que esta prática vem sendo cada vez mais solicitada nos CAPS: *“A gente vê que cresce muito o pedido de internação compulsória.”* (Profissional 3)

*“Tem muita gente procurando internação compulsória no município. [...] Eu não sei te dizer em números, mas a sensação que a gente tem é que tá mais fácil realizar internações.”* (Profissional 1)

Além do aumento das internações psiquiátricas ser contraditório em relação à Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), nota-se a dificuldade em dimensionar em números a real proporção deste processo de institucionalização, pois conforme Desinstitute e Weber (2021) não há mecanismos de monitoramento das internações por parte do Ministério da Saúde, ou qualquer outro tipo de censo que demonstre quem são as pessoas institucionalizadas e os motivos de tais internações. Ao mesmo tempo, dentro dos CAPS os Profissionais percebem uma maior facilidade para viabilizar a internação de seus usuários, o que fica claro a partir da seguinte colocação: *“Hoje em dia qualquer profissional pode ter a senha e acesso ao sistema para solicitar uma internação.”* (Profissional 1)

Considerando esses dados, questiona-se, qual seria a real intenção de ampliar o acesso a esta prática. Nesta linha, Delgado (2020) é incisivo ao afirmar que a medicina brasileira “adora” internar, caracterizando-a como uma prática carceral. Além das possíveis críticas em relação aos profissionais médicos no que diz respeito a internação, os psicólogos entrevistados referem que os próprios usuários e familiares também veem na institucionalização uma saída viável de tratamento: *“Aqui pelo CAPS mesmo, às vezes a gente percebe um movimento muito grande no sentido de internação, internação e internação.”* (Profissional 7)



Nesse sentido, os Profissionais parecem compreender o aumento das internações como uma consequência do desinvestimento nos CAPS e nos demais serviços da RAPS: *“Aqui não tem CAPS III, aí não tem lugar para internar as pessoas quando precisa, aí acaba indo para o hospital.”* (Profissional 2)

Os CAPS III e CAPS AD III são serviços pensados para proporcionar uma atenção contínua aos usuários de saúde mental, funcionando 24h por dia, além de finais de semana e feriados, oferecendo acolhimento noturno e um máximo de 12 leitos para observação e monitoramento em casos de necessidade (BRASIL, 2011). Logo, a existência destas modalidades de serviços consequentemente evitaria a institucionalização de pessoas em hospitais psiquiátricos, clínicas psiquiátricas da rede privada e Comunidades Terapêuticas. Dessa forma, entende-se que os Profissionais psicólogos dos CAPS deparam-se cotidianamente com um cenário precarizado dos serviços da rede e muitas vezes se veem sem opções, fato este que parece os colocar em um lugar de contradição pessoal que gera angústia, pois muitas vezes precisam atuar na contramão do modelo de cuidado que está preconizado pela Reforma Psiquiátrica, por não terem acesso à alguns dispositivos e ferramentas previstas para a RAPS, o que fica claro nas seguintes afirmações: *“A gente acaba atuando meio que contra a reforma, na medida em que, nós profissionais, solicitamos instituições de longa permanência para os pacientes.”* (Profissional 5)

*“Ao invés da gente trabalhar uma prevenção na atenção básica, a gente trabalha muito mais com a internação, com as especializadas, e para mim isso é um retrocesso, né? [...] Até em questão de verbas, eu acho que hoje as internações são muito mais investidas.”* (Profissional 9).

No que diz respeito a este último aspecto apresentado na fala do Profissional 9, vale ressaltar que o maior investimento em instituições derivadas do manicômio é preocupante, pois de acordo com o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (2018), há cerca de 45 anos atrás o Brasil contava com 90 mil leitos psiquiátricos, sendo destes 80% em hospitais privados e conveniados, e o restante do SUS. Conforme o Conselho, as internações realizadas nestes leitos ocasionaram mortes e uma cronificação do cuidado em saúde mental, em contrapartida também geraram um lucro exorbitante aos proprietários dessas instituições, o que foi nomeado na época como a "indústria da loucura". Nesta mesma direção, chama a atenção que em 2017 a Portaria Nº 3.588 (BRASIL, 2017), aumentou o valor da diária paga pelo governo às internações em unidades psiquiátricas, além de ampliar de 15% para 20% o número de leitos disponíveis nessas instituições. Ademais, essa portaria também instituiu que os leitos psiquiátricos desocupados pela alta de internações de longa permanência, não fossem mais desativados, como previsto na

legislação anterior (BRASIL, 2017). Dessa forma, podemos olhar para o aumento das internações, também a partir de uma outra perspectiva que engloba o ganho financeiro de uma "indústria" interessada na institucionalização da loucura, método que já teria sido desinvestido por lei (BRASIL 2001).

Nesse contexto, cabe ressaltar que, de acordo com um relatório realizado pelo Ministério da Saúde para O Globo<sup>2</sup>, em 2023 o Brasil conta com 198 Hospitais Psiquiátricos em atividade, somando cerca de 13 mil leitos (BANDEIRA, 2023). De acordo com Bandeira (2023), os leitos existentes encontram-se em situações precárias e vêm sendo tema de preocupação do atual governo. A situação precária de tais instituições foi apontada anteriormente em 2018 por meio do Relatório de Inspeção aos Hospitais Psiquiátricos, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia juntamente com outras Entidades e Organizações. Nesse Relatório expõe-se um retrato atual dos velhos manicômios, demonstrando uma série de violações efetuadas nos internos (CFP, 2020). Portanto, mesmo com a apresentação de imagens e relatos duros do que é o cotidiano de um hospital psiquiátrico, o movimento de Contrarreforma Psiquiátrica ainda assim potencializou os investimentos nesse aparato.

Dessa maneira, nos deparamos com um cenário contraditório que nos faz questionar o porquê de se investir em uma estrutura historicamente violenta que não vem mostrando uma qualificação em termos de cuidado humanizado. Nessa perspectiva, Pitta e Guljor (2019) colocam a institucionalização psiquiátrica em questão, na medida em que afirmam que alguns aspectos da vida são permanentes, e nesse sentido o sujeito após a institucionalização tem de se haver com a realidade em seu território, ou seja, não seria melhor realizar um cuidado aproximado com o seu contexto de vida? Seguindo nossa análise e buscando avançar nossa compreensão, a próxima categoria, se debruça sobre as Comunidades Terapêuticas.

#### 4.1.4.3 Terceira Categoria: Comunidades Terapêuticas: uma derivação atualizada do velho

Conforme Quintas e Tavares (2020), a atenção a usuários com problemas decorrentes do uso abusivo de Álcool e outras Drogas (AD) é dividida por meio de duas abordagens. Assim, uma abordagem é vinculada aos CAPS AD, tendo o seu foco direcionado ao cuidado em liberdade. E a outra é centrada nas internações em Comunidades Terapêuticas, orientadas pela segregação e abstinência, tendo muitas vezes um viés religioso. Uma Inspeção Nacional

---

<sup>2</sup> Durante o Governo de Jair Messias Bolsonaro nenhuma informação em relação ao número de Hospitais Psiquiátricos, e demais dispositivos da RAPS foi publicada, bem como, houve um apagão de dados de Saúde Mental dos portais públicos de prestação de informação (DESINSTITUTE E WEBER, 2021).

realizada em Comunidades Terapêuticas no ano de 2017, apontou para o caráter asilar destas instituições, para violações à liberdade religiosa e sexual dos internos e internações sem prazo definido (CFP, 2018). Entretanto, apesar dessas denúncias, pode-se observar por meio das entrevistas que mesmo com a existência dos CAPS AD, as Comunidades Terapêuticas vêm ganhando espaço no campo AD: *“No dia a dia a gente vê muito fácil a tentativa de usar o CAPS AD como guichê para internação em comunidade terapêutica.”* (Profissional 2)

*“Sentimos muito mais nos últimos dois anos pessoas pedindo atestado médico para ir para uma comunidade terapêutica, que a gente não sabe nem que comunidade é, onde fica e existe todo um fluxo de cuidado que as pessoas desconhecem/ignoram porque querem uma solução mágica/pronta, que é o que as comunidades terapêuticas de alguma forma ofertam.”* (Profissional 4)

Dessa forma, percebemos mais uma vez a internação sendo vista como saída para resolver os problemas que envolvem saúde mental. Mesmo que, de acordo com o Relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas, a base do “tratamento” oferecido por essas instituições está no isolamento de seus internos. Conforme o Relatório, em sua maioria as Comunidades estão localizadas em lugares de difícil acesso, cercadas por muros e em alguns casos possuem até vigilantes (CFP, 2018). Todos esses aspectos vão na contramão da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que institui que o tratamento do usuário de saúde mental deve priorizar a integração do sujeito com a família, trabalho e comunidade (BRASIL, 2001). Além disso, também foram identificados casos de violação de correspondência, retenção de documentos e do acesso a contas bancárias, casos de castigos e punições por meio de tortura, privação de alimentação, isolamento por longos períodos, “laborterapia” (trabalho forçado sem remuneração), além de contenção mecânica e química, através de sedação com medicamentos (CFP, 2018).

Neste contexto, compreendemos que a Contrarreforma Psiquiátrica tem um papel substancial na fragilização do cuidado em liberdade na esfera AD e na potencialização das Comunidades Terapêuticas, que aqui podemos caracterizar como instituições derivadas do manicômio, em razão das suas dinâmicas estruturais de funcionamento. Dentro desse contexto, ressaltamos o Decreto Nº 9.761 publicado em 2019, que aprovou uma “Nova Política” Nacional Sobre Drogas (BRASIL, 2019), que passou a desconsiderar a lógica da Redução de Danos (RD), que de acordo com Dias et. al (2014) é uma vertente de cuidado à pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outra drogas, que busca minimizar os riscos de danos ocasionados pelo consumo de drogas em pessoas que não tem condições de cessar o uso. Além disso, nota-se que em nenhum momento este Decreto fala sobre os CAPS AD. Em contrapartida, a Nova Política passa a

incentivar a promoção e manutenção da abstinência como forma de tratamento, além de apoiar e financiar o trabalho das Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2019). Não obstante, os Profissionais psicólogos conseguem perceber a fragilização dos CAPS AD potencializada pela Contrarreforma: *“A reforma psiquiátrica foi planejada para pessoas com transtornos mentais graves, não para a questão AD. [...] Quando a Contrarreforma veio, só veio para dar mais visibilidade para coisas que sempre aconteceram com a gente.”* (Profissional 2)

Em relação a este aspecto destacado na fala acima, Lancetti (2015, p. 45) aponta:

Os trabalhadores de saúde mental aprenderam a tratar de pessoas graves como, por exemplo, esquizofrênicos, mas se viram e se veem atropelados pela pressão política, midiática, pelos setores da psiquiatria refratária aos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira e por grupos de pessoas bem-intencionadas por “resolverem” o problema dos “drogados”.

Assim, entendemos que o movimento de Contrarreforma ampliou as lacunas já existentes no campo de cuidado às pessoas que fazem uso abusivo de drogas. Lacunas estas, que explicitam a maneira como a sociedade lida com a questão das drogas. De acordo com Lancetti (2015), a guerra às drogas e a necessidade social desesperada de cessar o “problema” do uso a qualquer custo, tratando de maneira simplista processos extremamente complexos é chamada de “contrafissura”, e por meio dela o foco é direcionado à droga, e não ao sujeito usuário. Para o autor, a contrafissura é um dos agentes causadores do aumento da criação de Comunidades Terapêuticas e da lógica proibicionista (LANCETTI, 2015).

Com relação aos investimentos financeiros em benefício das abordagens proibicionistas de “tratamento”, Desinstitute e Weber (2021) apontam que, mesmo em um momento de contingências de “gastos” em saúde, as Comunidades Terapêuticas vêm recebendo recursos públicos por meio do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), o que também foi destacado pelos Profissionais entrevistados: *“Há um boom de investimento em Comunidades Terapêuticas, ou seja, ao mesmo tempo que acontece tudo isso de destruição e de desinvestimento dos CAPS, acontece um superinvestimento [nas comunidades terapêuticas].”* (Profissional 6)

Ainda dentro desse escopo, de acordo com relatório realizado por Conectas Direitos Humanos e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP (2021), os dados acerca do financiamento público das Comunidades Terapêuticas são de difícil acesso, sendo que o montante investido nesses dispositivos entre os anos de 2017 e 2020 foi de R\$300 milhões. Além disso, o relatório aponta que as evidências acerca da efetividade do tratamento ofertado pelas Comunidades Terapêuticas brasileiras são escassas. Ademais, em inspeção o Conselho Federal de Psicologia (2018) também constatou a fragilidade da equipe de trabalho dessas

instituições, que são formadas prioritariamente por “voluntários” sem vínculo empregatício formal, e contam com poucos profissionais formados na área da saúde e aptos ao cuidado em saúde mental, o que por si só denotaria o pouco investimento na perspectiva do tratamento. Assim parece claro que tais equipamentos não primam pela efetividade do cuidado e pelos pressupostos da RPB.

#### 4.1.4.4 Quarta Categoria: Alguns atravessamentos sociais que possibilitam uma Contrarreforma Psiquiátrica

*Somos as instituições, as regras, os princípios, as normas, as ordens e as organizações; já que não podemos reconhecer que fazemos parte do mundo da ameaça e da prevaricação pelo qual o doente se sente esmagado, tampouco somos capazes de entender que a crise do doente é a nossa crise... (BASAGLIA, 1985, p. 127).*

Nesta última categoria, pretendemos expor brevemente alguns fatores que pensamos contribuir com esse contexto favorável para o fortalecimento do Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica, bem como, das práticas asilares de tratamento em saúde mental no Brasil. Nessa perspectiva, Lima (2019) aponta que o retorno dos manicômios expõe apenas a ponta do iceberg de uma cultura manicomial resistente no Brasil, o que também é exposto pelos Profissionais nas entrevistas: “*A sociedade não conseguiu lidar com esse movimento da Reforma, porque é muito mais fácil tu esconder o louco, tu apartar a pessoa usuária com transtorno mental da sociedade.*” (Profissional 1)

Por esse ângulo, percebe-se uma ideia enraizada que estigmatiza os sujeitos em estado de sofrimento psíquico e os direciona para um lugar afastado dos ditos “sujeitos normais”. Dessa forma, Braga (2019) afirma que a desinstitucionalização não deve ficar restrita ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas que é preciso avançar no desmonte de todos os mecanismos que seguem uma lógica manicomial de controle e objetificação dos sujeitos loucos, sendo que, muitas vezes, tais mecanismos estão internalizados na prática profissional daqueles que trabalham com a loucura. Nesta mesma direção, os Profissionais novamente destacam essa expectativa social de segregar os sujeitos em sofrimento: “*É sempre uma luta de forças. Inclusive as forças manicomiais, que são de um desejo hegemônico de exclusão da diferença.*” (Profissional 2)

Para explicar como operam essas “forças manicomiais”, Basaglia (1985 p. 125) salienta que a relação da instituição asilar com o “louco”, mesmo que dita terapêutica, não tem nada a ver com a doença, pois trata-se de uma relação de poder institucional. Nesse sentido, para o

autor, o diagnóstico psiquiátrico pode ser caracterizado como um juízo de valor, uma rotulação que estigmatiza e tira o valor social do indivíduo. Portanto, para Campos (2019), o combate ao estigma é necessário para uma diminuição da mortalidade de pessoas com transtornos mentais. Além do estigma causador do desejo social de segregar a loucura, os Profissionais destacam questões relativas à falta de Assistência Social no âmbito da moradia e alimentação no país, como intensificadoras das internações em hospitais psiquiátricos, e conseqüentemente, da Contrarreforma: *“O empobrecimento do país é algo que acaba fortalecendo o manicômio, porque as pessoas não têm como se manter e fazer tratamento. E aí quando não se tem isso, surgem essas instituições asilares e vão tapar um buraco muito mais da assistência social do que de tratamento de saúde mental, e isso é não certo porque esses lugares não fazem um projeto terapêutico de emancipação, sabe?! [...] O manicômio ou a longa permanência sempre é a saída mais “fácil” para proteger a sociedade e a pessoa, porque aí tu mantém ela viva né?! Tem cama, tem remédio, tem comida e é isso, tá viva!”* (Profissional 6)

Além da “facilidade” implícita no ato de internar para cessar com todo(s) o(s) problema(s) do louco, outro fator considerado pelos Profissionais como intensificador da Contrarreforma é o lugar que a saúde mental ocupa socialmente: *“Eu sempre penso que a saúde mental é o lixo da Saúde. Lixo bem pejorativamente mesmo, né?! A saúde mental é sempre meio que deixada de lado, ou classificada como algo que não é tão importante.”* (Profissional 9)

Portanto, podemos considerar a falta de olhares direcionados à Política de Saúde Mental, bem como, a desvalorização social dada ao cuidado em saúde mental como agentes que também possibilitam uma Contrarreforma Psiquiátrica, e que a mesma precarize as estratégias de cuidado pensadas para a RAPS (BRASIL, 2011), direcionando as formas de tratamento de acordo com o que é mais vantajoso para os seus atores.

#### **4.1.5 Considerações Finais**

Dessa forma, os resultados deste estudo, permitem compreender que durante o período de 2017 e 2022 o modelo manicomial de tratamento da loucura voltou a ser investido e valorizado pelo governo do Brasil. Para tal, a Rede de serviços derivada da Lei da Reforma Psiquiátrica passou a ser desinvestida e enfraquecida. Neste contexto, percebemos que ambos os processos são ocasionados pela Contrarreforma Psiquiátrica.

Assim, ressaltamos que apesar de alguns Profissionais não conhecerem ou usarem o termo “Contrarreforma Psiquiátrica”, todos os Profissionais entrevistados têm a percepção acerca de um movimento de retrocessos, que impôs dificuldades à RAPS neste período, bem

como, intensificou as internações psiquiátricas e as suas dinâmicas de trabalho. Deste modo, pode-se identificar que os Profissionais percebem o aumento da valorização das internações psiquiátricas como uma consequência desse “movimento de retrocessos” que esteve vinculado às políticas de Governo. Ademais, os Profissionais não naturalizam esse processo, na medida em que, em suas falas todos buscaram problematizar a institucionalização dos usuários.

Ainda, em relação às internações psiquiátricas evidenciou-se a dificuldade de dimensionar esta prática em números, em razão da falta de divulgação de dados nesse âmbito. Nesse sentido, parece importante que o Ministério da Saúde elabore novos mecanismos de avaliação e monitoramento das internações psiquiátricas, a fim de compreender quem são as pessoas que estão sendo internadas nos hospitais psiquiátricos, os motivos da institucionalização e se existem outras vias de cuidado que podem evitar essa prática.

Em relação ao cuidado direcionado às pessoas que fazem uso abusivo de Álcool e Outras Drogas, os Profissionais também apontaram uma série de insuficiências no CAPS AD e nas estratégias de cuidado em liberdade, que levariam os usuários a internações em Comunidades Terapêuticas, que aparentam ser uma nova versão dos manicômios, dada a sua dimensão violenta de funcionamento. Ainda, os entrevistados salientam que as Comunidades Terapêuticas receberam maior incentivo financeiro do que os CAPS neste período. Dessa forma, pode-se considerar que a falta de investimento nos CAPS AD e outras ferramentas de cuidado em liberdade para esse público veio a fortalecer as Comunidades Terapêuticas, um exemplo disso é o fato de o CAPS AD não estar previsto na “Nova” Política Nacional sobre Drogas. Portanto, somos levadas a crer que a Contrarreforma Psiquiátrica se fortalece e se expressa na debilidade dos dispositivos substitutivos.

Outro ponto importante apresentado pelos Profissionais, se refere a dificuldade da sociedade lidar com a loucura e o estigma que é gerado a partir disso. Portanto, mostra-se essencial que sejam criadas novas Políticas no campo da Saúde Mental, no sentido de ampliar a sua visibilidade e reconhecimento, a fim de romper com o estigma que o sujeito em estado de sofrimento psíquico é condenado a carregar. Ademais, entendemos que uma sociedade que legitima uma Contrarreforma é conveniente e/ou indiferente a ela.

Por fim, ressaltamos que com a mudança de Governo resultante das eleições presidenciais ocorridas em outubro 2022, com posse em janeiro de 2023, espera-se que mudanças radicais sejam postas em prática na Política Nacional de Saúde Mental, no sentido de romper com o movimento da Contrarreforma Psiquiátrica, contornar as suas consequências, bem como, investir e incentivar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, retomando seus pressupostos. Nesse sentido, para estudos futuros sugere-se novas pesquisas que possam ser

realizadas no sentido de acompanhar e entender os desafios e o alinhamento da Política de Saúde Mental no país. Como limitação deste estudo, considera-se o fato de ter sido realizado em apenas um município de uma região do sul do Brasil, de modo que tendo em vista a pluralidade da realidade brasileira, outros estudos em diferentes regiões poderiam contribuir para uma maior amplitude desta realidade aqui retratada, dando mais visibilidade ao problema, dada a sua relevância.

#### 4.1.6 Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial; 2013.

BANDEIRA, K. Criticados por especialistas e alvo de denúncias, hospitais psiquiátricos ainda têm 13 mil leitos no país. **O Globo**, 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2023/02/criticados-por-especialistas-e-alvo-de-denuncias-hospitais-psiquiatricos-ainda-tem-13-mil-leitos-no-pais.ghtml>. Acesso em: 28 mar. de 2023.

BASAGLIA, F. (1985). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal.

BAUER, M. GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRAGA, C. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 198-213, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pnKZnGdZWfWYm56pc8WcdVt/?lang=pt>. Acesso em: 10 de mar. de 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.2016**, 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] República Federativa do Brasil, 06 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 04 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde .DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : **15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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 (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] União, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 22 jan. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm) . Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências, 2017b. Disponível em: [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). Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. **Decreto no 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas, 2019b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm). Acesso em: 13 abr. 2023.

BRUM, E. Os loucos somos nós. In: ARBEX, D. **O Holocausto Brasileiro**. São Paulo. Geração Editorial. 2013.

CAMPOS, R. Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 35, nº 11, Novembro, 2019. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/907/saude-mental-no-brasil-avancos-retrocessos-e-desafios>. Acesso em: 15 jan. 2023.

CARDOSO, A. *et al.* Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe1, p. 1105-1119, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/r8Ksc6S3R96v9m6n7b6jjWH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2023.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS E CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE PLANEJAMENTO. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo, 2021. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 02 de abr. de 2023.

CONGRESSO NACIONAL. **Projeto de lei no 3.675/89**, de 27 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 15 dez. 2022.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde**: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios. Minas Gerais,

2018. Disponível em: <http://ces.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/cartilha-conselho-estadual-saude-3.pdf>. Acesso em: 04 de abr. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, *et al.* **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasil, 2018. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcgclefindmkaj/https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas\\_web.pdf](chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcgclefindmkaj/https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf). Acesso em: 10 de mar. de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, *et al.* **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional** - 2018. Brasil: CFP, 2020. Disponível em: <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/03/relatc393rio-nacional-hp-versc3a3o-revisada.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

DELGADO, P. G. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, spe 3, p. 21-28, Outubro, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303> Acesso em: 24 jan. 2023.

DESINSTITUTE; WEBER, R. (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: [s.n.], 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 25 fev. 2023.

DIAS, A. *et al.* Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 147-158, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6pVn96fF4WHzTkktfZTVWfC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2023.

FAGUNDES, S. Política e Gestão com Pensamento Estratégico no Campo da Saúde Mental. p.18-41. In: PAULON, S.; OLIVEIRA, C.; FAGUNDES, Sa. **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: ALRGS, 2018.

FARIAS, W.; SONIM, D. **O capa-branca: de funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil**. São Paulo: Terceiro Nome; 2014.

FIGUEIRÊDO, M. *et al.* Entre loucos e manicômios: História da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**. Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1797>. Acesso em: 15 fev. 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, E. ([1961] 2005). **Manicômios, prisões e conventos**. 2 reimpr. da 7 ed. de 2001. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, R. Análise e Interpretação de dados em Pesquisa Qualitativa. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

LANCETTI, A. AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: **Tratado de saúde coletiva**. p. 615-634, 2006.

Lancetti A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Editora Hucitec; 2015.

LIMA, R. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29 n.1, e290101, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dR8q4LDwM9zpXtSyvq9nr7f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2023.

MINAYO. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M. COSTA, A. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, v. 40, n. 40, p. 139-153, 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em: 23 abr. 2023.

NUNES, K. **Reforma Psiquiátrica no Brasil: um estudo sobre a trajetória de Betim, MG**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, Salvador, n. 246, jan./abr., p.6-14, 2019. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/525/424> Acesso em: 10 abr. 2023.

QUINTAS, A.; TAVARES, P. Entre Caps AD e Comunidades Terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um Caps AD. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 198-209, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PmFFH7ShrGpr7h8R5h93x9P/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2023.

## 4.2 ARTIGO 2 - CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA: OS ATRAVESSAMENTOS NO COTIDIANO DE TRABALHO DOS PSICÓLOGOS NOS CAPS

### 4.2.1 Resumo

Entre os anos de 2017 e 2022 a Política Nacional de Saúde Mental do Brasil e seus dispositivos sofreram com os desmontes ocasionados por uma Contrarreforma Psiquiátrica. Nesse sentido, este artigo busca compreender as percepções dos psicólogos atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), acerca dos efeitos desses retrocessos em seu cotidiano de trabalho. Para tal, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, com nove psicólogos que atuam em quatro Centros de Atenção Psicossocial de

um município do estado do Rio Grande do Sul. Os resultados apontam que os profissionais identificam reflexos dos desmontes em seu cotidiano de trabalho, como é o caso da centralização do cuidado nos CAPS, o isolamento das equipes de trabalho, a fragmentação das práticas, bem como, a ambulatorização do cuidado em saúde mental. Contudo, os profissionais mencionaram estar atentos em suas práticas no sentido de buscar manter a perspectiva psicossocial preconizada pela portaria dos CAPS. Por fim, espera-se que a mudança de governo possa trazer novos rumos às políticas de saúde mental, fortalecendo os serviços e a Rede de Atenção em Saúde Mental, garantindo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

**Palavras-chave:** Centros de Atenção Psicossocial; Psicólogo; Contrarreforma Psiquiátrica.

#### **4.2.2 Introdução**

Por meio da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) iniciada em 1970, uma série de estratégias e dispositivos de base comunitária foram criados com o intuito de ofertar um cuidado em saúde mental oposto ao realizado pelos manicômios. Para garantir a efetivação desse projeto voltado ao cuidado em liberdade, foram criadas uma série de portarias ministeriais no sentido de organizar os serviços de saúde mental conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os demais níveis de assistência também passaram a ser considerados e indicados para o cuidado em saúde mental, como é o caso da Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório.

Nessa conjuntura, o Brasil iniciou os anos 2000 com a aprovação da Lei n. 10.216 (BRASIL, 2001), que consolida a Reforma Psiquiátrica, mudando o modelo de assistência em saúde mental, que antes era centrado unicamente na figura do manicômio, e a partir das conquistas da Reforma redirecionou o cuidado da loucura para uma gama de serviços substitutivos vinculados ao território de vida das pessoas, abrindo assim, espaço para uma lógica de respeito à liberdade, buscando cessar com a violação de direitos. Neste contexto, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades (BRASIL, 2000).

Além dos CAPS, foram criados diversos serviços de cunho territorial, mas foi somente em 2011 que se instituiu uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088, a fim de ofertar uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos para as pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. A RAPS foi pensada para articular serviços dos diferentes níveis de atenção, de

baixa, média e alta complexidade (AMARANTE, 2015). Dentro da atenção de baixa complexidade (atenção primária), fazem parte da Rede as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipe de Consultório na Rua, NASF e os Centros de Convivência e Cultura. Já no nível secundário, de média complexidade de atenção, estão os CAPS em todas as suas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPSi, CAPS AD, CAPS III e CAPS AD III. Por fim, no nível terciário, estão os serviços de alta complexidade, como o Samu, Sala de estabilização e UPA 24h. Além destes, a Rede conta com serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório, como as Unidades de Acolhimento (UA) e serviços de Atenção em Regime Residencial.

Dentro do campo da Atenção Hospitalar, estão as Enfermarias Especializadas em Hospital Geral e o Serviço Hospitalar de Referência para atenção de pessoas com transtornos mentais e em estado de sofrimento decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas. No que se refere às estratégias de desinstitucionalização propostas pela portaria da RAPS, estão os já existentes Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa, além disso, estão indicadas estratégias de reabilitação psicossocial como iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2011).

Neste artigo, especificamente, nos debruçamos sobre os Centros de Atenção Psicossocial, visto que estes foram os primeiros serviços de base territorial substitutivos aos manicômios implementados pelo novo paradigma proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os mesmos foram instituídos e regulamentados pelas portarias ministeriais de nº 189/91 e nº 224/92 (AMARANTE, 2015). No entanto, foi por meio da portaria nº 336 de 2002 que estes serviços foram ampliados e ganharam diferentes modalidades, no intuito de atender as demandas considerando a singularidade de cada sujeito, além do porte e abrangência de cada território (BRASIL, 2002). Nesse sentido, criou-se a modalidade de CAPS I, responsável pela atenção psicossocial de pessoas com transtornos mentais de municípios com uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes, devendo funcionar durante os cinco dias úteis da semana, realizando atendimentos individuais, atendimentos grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias e atendimento familiar. Para tal, estipulou-se uma equipe mínima para este serviço, contando com 1 Médico com formação em Saúde Mental, 1 Enfermeiro, 1 Psicólogo, 1 Assistente Social, 1 Terapeuta Ocupacional ou Pedagogo, além de 4 profissionais de nível médio, podendo ser um Técnico em Enfermagem, Técnico Administrativo, Técnico Educacional ou Artesão (BRASIL, 2002).

Outra modalidade proposta foi a dos CAPS II, estes, direcionados para cidades com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, podendo comportar um terceiro turno de funcionamento noturno, além de contar com 1 Médico Psiquiatra, 1 Enfermeiro com formação

em Saúde Mental, 6 profissionais de nível médio, e os demais profissionais de nível superior já estipulados para o CAPS I, incluindo o psicólogo. Além destas modalidades, criou-se a modalidade do CAPS III, com funcionamento de 24h, incluindo finais de semana, em territórios com uma população superior a 200.000 habitantes. Estes devem contar com 2 Médicos Psiquiatras, 1 Enfermeiro com formação em Saúde Mental, 5 profissionais de nível superior, 8 de nível médio havendo revezamento em plantões noturnos. Já para atender às demandas de saúde mental de crianças e de adolescentes, criaram-se os CAPS I e II em municípios com mais de 200.000 habitantes, incluindo 1 Médico neurologista ou pediatra com formação em Saúde Mental, além da equipe mínima prevista para os demais serviços.

Por fim, a portaria nº 336 investiu na modalidade de CAPS AD II em municípios com população acima de 200.000 habitantes, buscando atender pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Estes, além da equipe mínima dos outros CAPS, contam com 1 médico clínico geral, para realizar triagem e avaliação de ocorrências clínicas (BRASIL, 2002). Posteriormente no campo dos transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias, criaram-se as modalidades de CAPS AD III, com funcionamento de 24h em 7 dias da semana, destinados à atender adultos, crianças e adolescentes, por meio de atividades de reabilitação social estimulando o protagonismo de usuários e familiares, com um trabalho multidisciplinar da equipe mínima anteriormente estipulada nos CAPS já existentes, com o diferencial da presença de leitos de acolhimento noturno (BRASIL, 2012).

Conforme o Ministério da Saúde os CAPS podem ser definidos como:

Instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 9).

Nesta direção, Amarante (2015) afirma que os CAPS atuam no território não só geográfico, mas também no território de vida dos sujeitos, buscando na sociedade recursos já existentes que ampliem as possibilidades de cuidado, além da articulação com os demais serviços existentes na Rede de Atenção Psicossocial. Dessa forma, os CAPS gerenciam projetos singulares de cuidado às pessoas que apresentam estado de sofrimento intenso/severo, incluindo transtornos ocasionados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. O processo de trabalho se dá a partir do acolhimento e da escuta do usuário no serviço, posteriormente, caso o mesmo não possa ser atendido pelo CAPS, é direcionado para outro ponto de cuidado da Rede. Já nos casos

em que se compreende a necessidade de vinculação com o serviço, cria-se um Projeto Terapêutico Singular (PTS), de forma multidisciplinar conjunta com o usuário buscando as melhores estratégias de cuidado para o mesmo (BRASIL, 2004). Além disso, os CAPS podem dar apoio aos serviços da Atenção Básica por meio do Apoio Matricial, fornecendo orientações às equipes, atendendo em conjunto casos complexos de saúde mental e realizando ações de educação permanente (BRASIL, 2004).

No entanto mesmo que o CAPS e o demais serviços da RAPS substitutivos ao aparato manicomial demonstrem a sua eficácia e importância (NUNES, 2009), uma série de desmontes foram direcionados à Política Nacional de Saúde Mental entre os anos de 2017 e 2022, o que de acordo com Lima (2019) configura um movimento de Contrarreforma Psiquiátrica, que tem como consequência uma precarização dos serviços de base territorial.

Neste contexto, salientamos que a psicologia está historicamente vinculada ao campo da RPB (SALES E DIMENSTEIN, 2009), e que o psicólogo está inserido por meio da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) na equipe mínima de todas as diferentes modalidades de CAPS desde a sua criação. Nesta direção, Cantele e Arpini (2017), em estudo realizado com profissionais que atuam nos CAPS, colocam que estes atribuem ao psicólogo um lugar de importante contribuição na equipe de saúde do serviço e suas práticas. Cabendo a ele realizar acolhimentos, psicoterapias individuais e grupais, discussões de casos em equipe multidisciplinar, atendimento a crises, oficinas e atividades direcionadas à reinserção social, todas pautadas nos preceitos éticos da RPB (CFP, 2013). Dessa forma, o objetivo deste artigo foi compreender as percepções de psicólogos que atuam em CAPS acerca dos efeitos dos retrocessos nas políticas de saúde mental em seu cotidiano de trabalho, tendo em vista que tais mudanças nas políticas estão na contramão dos preceitos da RPB.

### **4.2.3 Percurso Metodológico**

#### **4.2.3.1 Desenho do estudo**

Para alcançar os objetivos desta pesquisa utilizou-se de uma abordagem de pesquisa qualitativa, considerando que a mesma explora a relação dinâmica entre os sujeitos e a realidade, que não pode ser quantificada, ou seja, transcrita em números. Ainda, conforme Minayo (2009), a pesquisa qualitativa engloba o mundo dos significados, crenças, valores e atitudes, considerando não só o agir dos sujeitos, mas também os seus pensamentos e interpretações a respeito da realidade em que vivem. Dessa forma, pode-se afirmar que este

método de pesquisa facilita na compreensão da relação estabelecida entre os sujeitos e uma situação e/ou contexto social específico (BAUER E GASKELL, 2002). Ademais, de acordo com Gil (2002), esta é uma pesquisa exploratória, pois visa o aprimoramento de ideias, bem como, promover uma maior familiaridade com o problema para torná-lo mais explícito e/ou construir hipóteses, em um determinado contexto sócio-histórico.

#### 4.2.3.2 Participantes

A presente pesquisa foi realizada nos quatro CAPS em funcionamento, de uma cidade localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul. Os CAPS foram escolhidos como campo de pesquisa de acordo com os objetivos do estudo, por se tratarem de serviços substitutivos que sofrem os impactos do sucateamento ocasionado pela Contrarreforma Psiquiátrica, e que lidam diretamente com as demandas de saúde mental da população. Quanto aos participantes, foram convidados a participar da pesquisa todos os psicólogos trabalhadores dos CAPS deste município, levando em conta que a psicologia está inserida nos serviços substitutivos desde o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que torna essencial compreender como esta prática vem sendo afetada pelas mudanças nas políticas públicas que a orientam. Dessa forma, participaram da pesquisa os nove profissionais psicólogos que compõem as equipes dos quatro CAPS.

#### 4.2.3.3 Instrumentos e Procedimentos Realizados

Após a aprovação da pesquisa no Núcleo de Educação Permanente em Saúde e no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal a qual o estudo está vinculado, a pesquisadora foi pessoalmente até cada um dos serviços para apresentar a proposta do estudo e convidar os possíveis participantes. No sentido de alcançar os objetivos do estudo, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, realizadas individualmente com cada profissional psicólogo, pois conforme Minayo e Costa (2018), a entrevista caracteriza-se como a ferramenta mais usada dentro do método qualitativo empírico. A pesquisadora utilizou um roteiro com questões pré-estabelecidas, além de questões abertas que oportunizaram uma reflexão livre e espontânea aos entrevistados, permitindo que os mesmos falassem além do que lhe foi perguntado, conforme os desdobramentos da entrevista (MINAYO E COSTA, 2018). Para tal, o roteiro foi criado a partir de três eixos, sendo eles “em relação aos desmontes nas políticas



públicas de saúde mental”; “em relação ao movimento de Contrarreforma Psiquiátrica e os seus desdobramentos” e “prática profissional e movimento de Contrarreforma Psiquiátrica”.

Ademais, as entrevistas foram agendadas previamente, tiveram em média uma hora de duração e foram realizadas nos respectivos serviços onde cada psicólogo atua. Antes de iniciar as entrevistas, foram apresentados os objetivos da pesquisa aos participantes e foram assinadas as duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), além de ser disponibilizado um espaço para sanar qualquer possível dúvida a respeito do estudo. Após, o gravador de voz foi acionado com a autorização do Profissional, a fim de registrar com maior fidedignidade às informações trazidas pelos mesmos. Desse modo, após a realização das entrevistas, estas foram transcritas para a sua posterior análise.

#### 4.2.3.4 Análise dos Dados

Quanto à análise dos dados, a técnica utilizada foi a de Análise de Conteúdo Temática (GOMES, 2009; MINAYO, 2009), que foi iniciada a partir de uma primeira aproximação com as entrevistas no momento de transcrição, e, logo após, a pesquisadora fez uma leitura compreensiva buscando uma visão do conjunto das entrevistas e assinalando os pontos significativos. Posteriormente, cada entrevista foi novamente analisada e discutida juntamente com a orientadora do estudo, a fim de identificar particularidades e formas de classificação das informações obtidas. Assim, com a análise do conjunto das nove entrevistas, foram observados os temas mais recorrentes, e por meio destes, foram criadas as tabelas de Eixos Temáticos que deram origem às categorias apresentadas neste artigo.

Durante o processo de categorização, foi realizada a descrição dos achados nas análises, e em cima destes foram lançadas hipóteses que posteriormente foram interpretadas e sustentadas teoricamente (GOMES, 2009), em busca dos núcleos de sentidos dos conteúdos apresentados para a elaboração dos artigos (MINAYO, 2009).

Além disso, cabe ressaltar que no decorrer da apresentação dos resultados deste estudo, os participantes foram identificados por números, de acordo com a ordem em que as entrevistas foram realizadas, como, por exemplo, “Profissional 1”, a fim de manter o anonimato dos participantes.

#### 4.2.4 Resultados e Discussões

A apresentação dos resultados e discussões será feita por meio de três categorias, sendo elas “Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): o único sobrevivente da Rede de Atenção Psicossocial”; “A prática profissional como uma ferramenta de resistência”; “Isolamento das equipes, fragilização dos processos de trabalho e ambulatorização do cuidado”. Esta disposição foi pensada a fim de facilitar o entendimento dos resultados obtidos na pesquisa.

#### 4.2.4.1 Primeira Categoria: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): o único sobrevivente da Rede de Atenção Psicossocial

A Portaria da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011) indica de forma muito clara que a rede deve ser integrada, articulada e efetiva em seus diferentes pontos de atenção, que devem ser compostos por serviços dos níveis de atenção primária, secundária e terciária. No entanto, de acordo com Campos (2019) os serviços de base comunitária advindos da Reforma Psiquiátrica Brasileira apresentam fragilidades institucionais e financiamento inadequado, o que tem gerado dificuldades para a RAPS desempenhar o seu papel. Nesse contexto, pode-se estabelecer uma relação entre a fragilidade institucional posta à Rede com os retrocessos impostos por uma Contrarreforma Psiquiátrica (COSTA E FARIA, 2021).

Nesse sentido, por meio das entrevistas observamos que os psicólogos trabalhadores dos CAPS compreendem que os investimentos inadequados na RAPS tem gerado impactos no serviço em que atuam, como se pode observar nos relatos a seguir:

*“Sem investimento na RAPS, o CAPS fica sozinho e o CAPS não é feito para trabalhar sozinho, ele precisa ser uma alternativa no território junto com outros dispositivos, e não tem.”*  
(Profissional 2)

*“A gente acaba absorvendo demandas leves e moderadas no CAPS, e situações mais transitórias por falta de outros dispositivos de retaguarda na rede para dar conta desses casos. O CAPS acaba sendo aquele que recebe quando as pessoas já bateram em outras portas e não conseguiram auxílio. [...] Eu acho que o CAPS realmente abrange e atende muitas pessoas e famílias e dá assistência. [...] e em alguns lugares acaba sendo o único ponto de assistência.”*  
(Profissional 5)

Por meio destas falas dos Profissionais entrevistados, podemos perceber que apesar de uma portaria ministerial (BRASIL, 2011) assegurar a existência da Rede de Atenção Psicossocial, no cotidiano de trabalho isto não é uma realidade, na medida em que a mesma se encontra debilitada, contando muitas vezes, como referem os Profissionais, apenas com o CAPS para atender as demandas de saúde mental da população. Nessa perspectiva, o CAPS se torna a

única opção dentro de uma Rede que deveria contar com diferentes dispositivos, para acolher situações distintas. Dessa forma, Costa e Faria (2021) indicam que a centralização do cuidado nos CAPS pode contribuir para que outros serviços, até mesmo de outros níveis de atenção, não tenham o devido fomento e/ou não sejam considerados, distanciando-se da proposta inicial que sustenta a criação da RAPS.

Ainda, cabe destacar que, mesmo que os CAPS possam representar serviços em destaque dentro da Rede, contraditoriamente eles também não recebem investimentos suficientes para dar conta de suas atribuições e demandas. Nesse sentido, Desinstitute e Weber (2021) apontam que no triênio 2018-2020 o investimento na expansão dos CAPS foi o mais baixo desde o ano de 2003, além disso, os autores indicam que em 2018 o Ministério da Saúde suspendeu temporariamente o financiamento de custeio aos CAPS. Portanto, além de ser apontado nas entrevistas como o único serviço requisitado na RAPS, os CAPS sobrevivem com o pouco que lhes é investido. Nessa conjuntura, nota-se que o não investimento em outros serviços da Rede, somado ao baixo financiamento direcionado aos CAPS sobrecarrega estes serviços.

*“O nosso CAPS é o único da cidade que atende transtornos mentais graves, então imagina pra dar conta de todo mundo.”* (Profissional 1)

*“O CAPS está lotado e as pessoas não estão conseguindo ter uma assistência de qualidade.”* (Profissional 6)

*“Acho que falta muito uma questão de rede, então a pessoa acaba entrando no CAPS e fica, porque é o que tem.”* (Profissional 9)

Tomando como referência as falas dos Profissionais, Ramminger e Brito (2011) indicam que os CAPS são o “centro” da rede de saúde mental, sendo o principal dispositivo. No entanto, conforme Silva et. al (2015) é importante reconhecer que o CAPS sozinho não consegue atender todas as demandas de saúde mental, portanto deve estar articulado a outros serviços de saúde. Nesse sentido, os conceitos de território e Rede são fundamentais para a compreensão do papel estratégico dos CAPS. Aqui, compreendemos o território não apenas como um espaço geográfico, mas também como um espaço constituído por pessoas, que estabelecem relações sociais, têm conflitos, interesses, família, vizinhos, além de suas instituições. Dessa forma, tendo como base essa definição de território, uma Rede é pensada para ser integrada por estes recursos presentes no território de vida do sujeito, podendo ser composta pela família, vizinhos, amigos, serviços de saúde, recursos sociais, econômicos e culturais, tendo como eixo organizador o sujeito, sua existência e o seu sofrimento. Assim, cabe ao CAPS oferecer a sua

assistência direta, além de trabalhar articulando os recursos existentes em outras Redes disponíveis (BRASIL, 2004).

Ainda, para Delgado (2020), o CAPS é uma vitória brasileira que precisa ser defendida e mantida, pois na medida em que este equipamento predominar, as instituições, como os hospitais psiquiátricos, podem desaparecer. No entanto, nos questionamos até quando este dispositivo sobreviverá se seguir “segurando as pontas” sozinho, somado ao fato de receber baixo investimento. Considerando que estar sozinho provoca sobrecarga de trabalho e impossibilidade de atender a demanda, aspectos que conseqüentemente debelam a qualidade e efetividade do trabalho.

#### 4.2.4.2 Segunda Categoria: A prática profissional como uma ferramenta de resistência

*Na saúde mental lutamos contra muros visíveis e invisíveis, contra modos sutis e violentos de cerceamento da liberdade do homem louco, obstáculos que impedem estes sujeitos de existirem em sua singularidade e de pertencerem ao mundo civilizado e cidadão. A institucionalização da loucura expressa um dos mais completos e sólidos processos de desumanização, pois articula dois modos distintos e complementares de violência: a segregação dos corpos se articula e duplica o processo de exclusão e de anulação da subjetividade.*  
(TRAJANO; SILVA, 2015, p.203).

Como tem sido abordado ao longo do artigo, os CAPS sofreram os impactos da Contrarreforma Psiquiátrica que ganhou força no Brasil entre os anos de 2017 e 2022 enfraquecendo os dispositivos e práticas oriundos do processo de Reforma Psiquiátrica (LIMA, 2019). Neste contexto, foram atacados pela Associação Brasileira de Psiquiatria, juntamente com outras entidades interessadas no retorno do modelo manicomial de “tratamento” da loucura, por meio da publicação das “Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil” (ABP, 2020), na qual o CAPS é caracterizado como um dispositivo sem eficácia demonstrada. Além disso, Desinstitute e Weber (2021), apontam para uma tendência de fragilização da Rede e para a atenuação da velocidade de implantação de CAPS em 2017. Ademais, nessa conjuntura, foi publicada em 2019 a Nota técnica Nº 11/2019 afirmando que não havia mais por que se falar em “rede substitutiva” e ao mesmo tempo, reinserindo os hospitais psiquiátricos na composição da RAPS como um equipamento “igualmente importante” (BRASIL, 2019), fato que também consideramos ser um ataque aos CAPS e às suas dinâmicas de trabalho vinculadas ao cuidado em liberdade. Desse modo, como poderiam os CAPS ter a mesma “importância” que os hospitais psiquiátricos, visto que os dispositivos da RAPS foram criados justamente para substituir as instituições manicomiais e toda a sua gama de debilidades, já historicamente comprovadas.

Dessa forma, de acordo com Pereira e Costa (2012) o CAPS pode trabalhar com uma lógica de Paradigma Psicossocial, bem como, com um Paradigma Psiquiátrico-Medicamentoso. O Paradigma Psicossocial proposto pela RPB se posiciona contra o isolamento e a interdição da loucura e busca compreendê-la de forma singular, por meio de uma rede de atenção multidisciplinar não punitivista ligada ao território de vida das pessoas. E é nesse sentido que Mezza e Torrente (2020) afirmam que a RAPS oferta um cuidado que visa dar suporte para o reconhecimento e autorrealização das pessoas com sofrimento psíquico, às incluindo nos padrões de igualdade social.

Neste contexto, por meio das entrevistas com os psicólogos trabalhadores dos CAPS, pudemos observar que mesmo com um movimento de Contrarreforma fragilizando os pilares do trabalho nos serviços substitutivos, os profissionais ainda assim, referiram sustentar a sua prática no Paradigma Psicossocial, atrelados aos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pautando o cuidado em liberdade:

*“Tento a partir da minha prática seguir certos ideais. E sou bem dedicado ao meu trabalho, então a minha militância seria bem no trabalho mesmo, no dia a dia.”* (Profissional 5)

*“Buscamos no nosso cotidiano fazer o nosso trabalho da melhor maneira possível. Porque sim, a gente vê resultados a partir daí, mostrando a potência dos grupos, do cuidado em liberdade.”* (Profissional 7)

*“A gente sente um estrangulamento, o pessoal vai podando, podando e podando até que vai limitando as ações. Não significa que a gente muda o nosso modo de trabalhar, o que muda é esses cerceamentos que vão dificultando o trabalho.”* (Profissional 4)

Dessa forma, considerando a fala do Profissional 4, ao referir, que apesar de todos os atravessamentos, o modo de trabalhar não muda, infere-se que tal afirmação poderia sinalizar para uma forma de resistência por parte dos Profissionais aos desmontes e ataques à Reforma Psiquiátrica Brasileira, os quais, por meio da sua atuação profissional, baseada em um Paradigma Psicossocial, estariam buscando manter os pressupostos da Reforma em seus processos cotidianos de trabalho. Nesse sentido, podemos pensar nos Profissionais como aqueles que asseguram a existência de uma política centrada no cuidado em liberdade. É nessa perspectiva que Almeida e Merhy (2020) pontuam que não se pode pensar em Reforma Psiquiátrica sem os trabalhadores de saúde mental, e sem que os mesmos repensem os atravessamentos presentes no cotidiano de suas práticas.

Nesse contexto, é importante pontuar que há pouco mais de uma década Ferreira (2010) e Cantele, Roso & Arpini (2012) apontavam para a dificuldade dos profissionais da psicologia em assumir o seu trabalho como integrante da área da saúde, o que levou a psicologia a

encontrar desafios em produzir saberes e práticas que caminhassem lado a lado com os princípios e ideais do SUS. Dessa forma, considerando a história das práticas psicológicas, e que as mesmas estiveram majoritariamente atreladas a uma abordagem individual e de cunho privado (SPINK;MATTA, 2010), o fato dos profissionais estarem mencionando suas preocupações e sinalizando para uma prática psicossocial, indica que houve uma mudança em seus processos de trabalho. Tal mudança, pode ser reflexo da formação que aos poucos tem se tornado mais plural e sensível às políticas públicas (RODRIGUES, KOSTULSKI & ARPINI, 2021) e também a investimentos pessoais para alinhar as suas práticas aos pressupostos do SUS e da RPB.

No entanto, mesmo que haja um movimento de resistência aos retrocessos e uma implicação em relação ao trabalho na saúde pública por parte dos Profissionais entrevistados, existem lacunas que extrapolam a prática profissional:

*“Acredito nessa coisa da reforma, trabalho com ela, sempre buscando ir pela reforma psiquiátrica, mas tem muita coisa que na prática escapa, né?!”* (Profissional 9)

*“A equipe aqui sustenta o que a gente quer fazer, em termos de reforma. Para mudar a lógica manicomial, é preciso uma reforma nas práticas cotidianas, sem essa reforma nas práticas e a invenção de outras práticas, a tendência é tu reproduzir modelos manicomiais. Pode estar dentro do CAPS fazendo práticas manicomiais, só o CAPS não garante que seja CAPS.”* (Profissional 2)

As falas dos Profissionais nos remetem ao que sinalizam Almeida e Merhy (2020), de que a Reforma Psiquiátrica só é possível graças às pessoas e aos seus movimentos. No entanto, como posto anteriormente pelos Profissionais, nem tudo pode ser resolvido pela via da atuação profissional. Nesse sentido, para Bueno et. al (2021), ainda se faz necessário superar uma herança asilar que vai além das mudanças de estruturas físicas, e requer uma mudança do discurso institucional voltado para o modelo biomédico de tratamento. Nesta mesma perspectiva, Amorim e Dimenstein (2009) indicam que além do risco de uma atualização do manicômio no cotidiano dos serviços substitutivos, a fragilidade da Rede de Atenção à Saúde Mental sem dúvida representa um sério agravante. Assim, mesmo que os profissionais sigam atentos aos preceitos da RPB em suas práticas, não se pode esperar que tal condição sozinha dê conta da dimensão de tudo que envolve o cuidado em saúde mental. É necessário que haja investimentos nos diferentes serviços para que a Rede funcione e seja efetiva, de modo que as conquistas em relação a Saúde Mental sejam novamente fortalecidas.

#### 4.2.4.3 Terceira Categoria: Isolamento das equipes, fragilização dos processos de trabalho e ambulatorização do cuidado

Outro aspecto analisado, que pensamos fazer parte das consequências resultantes da fragilização da Política Nacional de Saúde Mental, é o isolamento das equipes dos CAPS. De acordo com os Profissionais entrevistados, o contato entre as equipes dos quatro CAPS do município é escasso, e em alguns casos inexistente. O que pode ser observado nas falas abaixo: *“As equipes estão todas jogadas. [...] a gente vê que fica muito jogado em ilhas, tudo ilhado.”* (Profissional 2)

*“Os próprios CAPS eu sinto como uma ilha que cada um se governa, sinto falta de diretrizes de cuidado em relação aos quatro CAPS. Acho que cada um constrói o seu processo de trabalho e isso é pouco compartilhado entre os demais.”* (Profissional 4)

*“A gente acaba ficando muito imerso dentro dos serviços, tem muita coisa [para fazer], a gente se encontra muito pouco.”* (Profissional 9)

As falas dos profissionais nos levam a pensar na falta de diálogo entre as equipes como mais uma expressão da Contrarreforma Psiquiátrica, na medida em que a mesma não incentiva formas de cuidado integralizado e compartilhado. Nessa lógica, conforme Almeida e Merhy (2020), a debilidade das redes de conexões dos profissionais empobrece as possibilidades de desenvolver mudanças nos serviços. Ou seja, a falta de compartilhamento entre os profissionais de diferentes serviços dificulta que novas estratégias de cuidado sejam criadas e ampliadas. Ainda, dentro desse espectro os autores complementam:

Os CAPS não se tornam diferentes do manicômio apenas porque estão situados em uma casa com sala e cozinha, porque possuem regras flexíveis de funcionamento, oficinas de músicas e ações no território, ou mesmo porque não trancam como o manicômio fazia e faz. Eles tornam-se CAPS na perspectiva da micropolítica, quando produzem outra relação com a diferença, quando a diferença é vista como potencialidade, como expressão da multiplicidade dos modos de ser e viver, que podem se transformar, a partir do encontro em sua afetabilidade. Isso vai além da relação trabalhador-usuário. É interessante que possa se expandir para outras relações. É fundamental que envolva a relação entre trabalhadores. (ALMEIDA; MERHY, 2020, p.72).

Além deste aspecto pontuado pelos autores acima, também se podem agregar outras duas questões levantadas pelos psicólogos, que também relacionamos como sendo atravessamentos da Contrarreforma Psiquiátrica, que se referem, a fragilização das equipes e a fragmentação das dinâmicas de trabalho, aspectos que podem ser observados nos relatos:

*“As coisas estão se fragmentando porque se tem uma ideia de trabalho em números, de apresentação de números, de quantidade, do que de qualidade. Então é cobrado muito no sentido de produzir, produzir números né?! Como se os números dissessem do nosso trabalho, e a gente sabe que o trabalho em Saúde mental é bem diferente.”* (Profissional 8)

*“A equipe vai se fragilizando, no sentido de ficar sem qualificação, sem espaço para uma educação permanente, vai ficando tudo muito solto e todo o ideário da reforma psiquiátrica vai se perdendo, vai ficando solto nas mãos das equipes. [...] Não existe discussão sobre os psicólogos nos CAPS, sobre plano de carreira, essas são coisas que não se vê, coisas que a gente teve por exemplo na atenção básica, mas não na saúde mental.”* (Profissional 2)

Em concordância com a fala do Profissional 8, Silva et. al (2017) também apontam para uma gestão do trabalho em saúde mental focada na fragmentação das práticas e em procedimentos isolados que consideram apenas necessidades individuais. Ainda, em relação aos aspectos citados nas falas acima, Campos (2003) aponta para uma “clínica degradada”, onde os interesses econômicos e corporativos agem sobre a prática, fazendo com que o foco seja produzir muito, no que diz respeito a números, mas sem focar na eficácia do tratamento. Assim, para o autor esta clínica preza pela queixa-conduta, fazendo com que o atendimento ao sujeito seja padronizado, quase não considerando as particularidades de cada caso e suas necessidades de saúde, não consolidando assim uma prática psicossocial. Além disso, Melo e Paulon (2015) apontam para uma trajetória de fragmentação da Rede e dos processos de trabalho no SUS, além de afirmarem que o pouco investimento na qualificação dos profissionais pode refletir no despreparo das equipes para lidar com algumas demandas.

Nessa perspectiva, em relação aos pontos destacados acima, Eidelwein (2015, p. 412) aponta:

Sempre que trabalharmos em uma lógica de fragmentação e de alienação dos processos de trabalho, de predomínio de interesses individuais, de desresponsabilização pela assistência oferecida, de isolamento do serviço, de centralização das decisões, de hierarquização corporativista e de disciplinamento e controle sobre os usuários estaremos no ápice da lógica manicomial (e do SUS que dá errado).

Nessa direção, pode-se inferir que tais políticas Contrarreformistas direcionam o trabalho do CAPS para o de uma clínica degradada, condição que, como refere o Profissional 2, vai se distanciando do *ideário da Reforma Psiquiátrica*. Para mais, cabe ressaltar que apesar de os trabalhadores de saúde mental estarem situados no centro da RPB, sendo os agentes efetivos da mesma, de acordo com Merçom & Constantinidis (2020), eles não vêm tendo a



devida valorização, assim Lima et al. (2023) afirma que os trabalhadores vêm sofrendo com o processo de precarização dos serviços.

Por fim, outro aspecto que exprime a precarização dos serviços e a “degradação da clínica”, exposto pelos Profissionais nas entrevistas foi o processo de ambulatorização do cuidado em saúde mental. Tal ambulatorização das práticas, consideramos evidenciar uma Contrarreforma Psiquiátrica na medida em que o “cuidado ambulatorial” não faz parte do Paradigma da RPB, pois foca em práticas curativistas sem prezar pela integralidade e longitudinalidade do cuidado. Dessa forma um dos Profissionais aponta para a criação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) como uma expressão da ambulatorização que nos referimos:

*“AMENT para mim é a volta do ambulatório.”* (Profissional 6)

As AMENT foram propostas por meio da Nota Técnica 11/2019 a fim de prestar cuidado a pessoas com “transtornos mentais moderados”, sendo apontado pelo Ministério da Saúde em seu texto de criação, no qual o mesmo passaria a incentivar, inclusive financeiramente, o tratamento ambulatorial (BRASIL, 2019). Além disso, a fala do Profissional vai de encontro ao que colocam Desinstitute e Weber (2021), quando afirmam que as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental foram criadas tendo como base os antigos ambulatórios psiquiátricos. Ainda, outro dispositivo ambulatorial que podemos citar são os CAPS AD IV, criados em 2017 pela mesma portaria que instituiu as AMENT (BRASIL, 2019). De acordo com Desinstitute e Weber (2021), os CAPS AD IV têm características hospitalares. Isto posto, Braga (2019) afirma que a criação de ambulatórios pode romper com a lógica de cuidado territorial e contínuo. Além da criação de novos dispositivos com características ambulatoriais, outro fator exposto pelos profissionais entrevistados foi a reprodução de algumas práticas ambulatoriais dentro dos próprios CAPS:

*“O CAPS pós pandemia eu percebo que gira muito em torno desse cuidado ambulatorial, o atendimento individual e as internações.”* (Profissional 7)

Em relação a esse aspecto, Pereira e Rosa (2012), apontam que os serviços substitutivos podem reproduzir uma lógica manicomial em seu cotidiano, por meio de um trabalho prioritariamente hospitalar e medicamentoso regido por um paradigma curativo-assistencialista, influenciado pelo corporativismo médico e pela indústria farmacêutica. Além disso, aqui podemos citar outro desafio historicamente encontrado pela psicologia em sua atuação no SUS, que é a sua noção histórica de indivíduo marcada por uma prática privada influenciada por um modelo médico-normativo, o que pode ainda ser reproduzido nas práticas atuais e

consequentemente contribuir para uma atuação ambulatorial (SPINK;MATTA, 2010), exigindo, certamente, atenção e cuidado.

Ainda, em relação ao processo de internação psiquiátrica citado na fala anterior do Profissional, Campos (2019) aponta que uma RAPS bem articulada com o devido suporte de serviços comunitários, reduz o número de internações psiquiátricas, contudo, o que viemos apontando neste estudo, é que justamente a Rede de Atenção é que se encontra fragilizada e esvaziada, de modo que a possibilidade de ambulatorização do cuidado ganha mais força. Além disso, os profissionais também referiram um movimento dos usuários em direção ao cuidado ambulatorial:

*“Quando a gente faz um acolhimento a gente oferece um grupo, um atendimento individual, mas “eles” (usuários) querem saber que dia é a consulta com o psiquiatra, quando é que eles vão começar a tomar remédio.”* (Profissional 9)

Nesse contexto, Cea (2019) afirma que apesar do comprometimento e implicação, as reformas psiquiátricas não tiveram força suficiente para modificar completamente o sistema manicomial enraizado no tratamento da loucura, dessa forma a reflexão sobre as práticas de cuidado em saúde mental efetuadas até a atualidade precisam “pular os muros” dos serviços e alcançar os usuários, familiares, a sociedade em geral, ou seja, o processo de desinstitucionalização precisa ser cotidianamente reiterado de modo que efetivamente possam ser ressignificadas as relações entre o cuidado em saúde mental e a exclusão, o aprisionamento e a violência.

#### **4.2.5 Considerações Finais**

Por meio deste estudo pode-se constatar que os psicólogos atuantes nos CAPS compreendem que o desinvestimento e desmonte dos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, teria levado a um contexto no qual os Centros de Atenção Psicossocial ficassem sozinhos para dar conta do atendimento às demandas de saúde mental da população. Dessa forma, entende-se que, por mais que a Contrarreforma Psiquiátrica não tenha exterminado diretamente com os CAPS, ela levou a um processo de enfraquecimento e fragilização das suas diretrizes de funcionamento. Assim, embora os CAPS não tenham sido fechados, eles tiveram a sua essência fragilizada. Logo, cabe o questionamento: até que ponto há sobrevivência nessas condições?

Avançando, outro aspecto a ser destacado se refere à atuação dos Profissionais da psicologia, os quais teriam se mostrado resistentes à lógica de “tratamento” imposta pelos

retrocessos da Contrarreforma Psiquiátrica, ainda que sentissem essa realidade em seu cotidiano de trabalho. Dessa forma, curiosamente o que está previsto em termos de cuidado pela Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como, pelas diretrizes de cuidado em saúde mental indicadas pelo Conselho Federal de Psicologia, passaram a ser consideradas como práticas resistentes, nesse contexto de retrocessos e desmontes. Destaca-se ainda que os Profissionais da psicologia que atuam nos CAPS, são atores fundamentais na produção de resistências antimanicomiais no campo da saúde mental.

Ainda, como efeito dos retrocessos, pode-se indicar que os psicólogos, sentem estar isolados, não tendo contato amplo com os demais profissionais dos outros CAPS. Fato este que parece contribuir para uma certa fragilização do trabalho, e até mesmo da articulação da Rede. Situação que pensamos ser um efeito subliminar da Contrarreforma Psiquiátrica na medida em que o isolamento das equipes tira a perspectiva do coletivo e da força grupal. Portanto, apontamos para a necessidade de projetos e dinâmicas que ampliem o diálogo entre as equipes dos CAPS.

Por fim, outro aspecto a ser destacado, se refere ao processo de ambulatorização do cuidado em saúde mental, mencionado pelos psicólogos entrevistados como uma consequência dos retrocessos que marcaram esse contexto histórico. Compreendemos assim que o reinvestimento na RAPS e em sua base territorial de cuidado, focada no cuidado integral e longitudinal, é uma das formas de evitar que esse modelo se consolide. Ainda, com relação às práticas ambulatoriais identificadas dentro das dinâmicas de trabalho dos CAPS, entende-se que estas devam ser problematizadas a partir da retomada de investimentos e atualizações da RAPS e da RPB. Assim, apontamos para a necessidade de uma avaliação das atuais necessidade e atualizações nas estruturas e dinâmicas de trabalho dos CAPS, considerando a sua importância na rearticulação dos CAPS com os demais serviços da Rede, e de um maior investimento nos demais pontos de atenção, para que a RAPS funcione efetivamente como uma Rede.

Quanto às limitações do estudo, esta estaria relacionada ao fato do mesmo ter sido realizado em uma única cidade do estado do Rio Grande do Sul, assim, consideramos importante a realização de outras pesquisas envolvendo esta temática. Ademais, esperamos que a mudança de Governo ocorrida em 2023, traga novas perspectivas no âmbito do cuidado em saúde mental, a fim de ampliar e fortalecer novamente a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o respeito aos sujeitos em estado de sofrimento psíquico.

#### **4.2.6 Referências**

ALMEIDA, S; MERHY, E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. **Revista Psicologia Política**, v. 20, n. 47, p. 65-75, 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7434318>. Acesso em: 19 abr. 2023.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

AMORIM, A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 195-204, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KtNyxpk5fpNhG3K5mXHy89f/?lang=pt>. Acesso: em 15 mai. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **ABP: “Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil”**. Brasília, 2020. Disponível em: [http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/e0f082\\_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf](http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/e0f082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf). Acesso em 10 abr. 2023.

BAUER, M; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRAGA, C. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 198-213, 2019. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pnKZnGdZWfWYm56pc8WcdVt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de mar. de 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Diário Oficial da União, 2000. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.htm>. Acesso em: 04 mai. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.2016**, 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] República Federativa do Brasil, 06 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 04 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em 20 abr. 2023.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:  
[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 15 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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 (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] União, 2011. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 22 abr. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html). Acesso em: 12 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica no 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:  
<https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/legislacoes/nota-tecnica-no-112019-cgmaddapessasms>. Acesso em: 10 mai. 2023.

BUENO, J. et al. Práticas de autonomia e exclusão de um centro de atenção psicossocial: um relato de experiência. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, n. 2, p. 843-851, 2021. Disponível em:  
<https://www.redalyc.org/journal/4979/497971651015/html/>. Acesso em: 15 mai. 2023.

CAMPOS, G. W. de S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: CAMPOS, G. W. de S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CAMPOS, R. Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 35, nº 11, Novembro, 2019. Disponível em:  
<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/907/saude-mental-no-brasil-avancos-retrocessos-e-desafios>. Acesso em: 15 mai. 2023.

CANTELE, J; ARPINI, D; ROSO, A. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, p. 910-925, 2012. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/ShHmYs5bLGq7XGmWV3vL8pC/>. Acesso em: 20 mai. 2023.

CANTELE, J; ARPINI, D. Ressignificando a prática psicológica: o olhar da equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, p. 78-89, 2017. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/kxRrSfhKQjSbhrFXyCK8QvP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 mai. 2023.

CEA, J. **Por el derecho a la locura: La reinvencción de la salud mental en América Latina**. 2.ed. Chile: Proyección, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial** / Conselho Federal

de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

COSTA, P. H. da; FARIA, N. C. “E agora José?” Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileira na encruzilhada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, e310412, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310412>. Acesso em: 15 mai. 2023.

DELGADO, P. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 44, N. Especial 3, P. 21-28, Outubro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bvX573mZ9b3MfVGdCkcySqG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: [s.n.], 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

EIDELWEIN, C. **Formação-intervenção como Dispositivo de Apoio à Rede de Atenção Psicossocial na região Metropolitana de Porto Alegre**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos HumanizaSUS. Volume 5. Saúde Mental. Brasília, 2015. p. 401-418.

FERREIRA, M. **A atenção dos psicólogos ao SUS e às políticas públicas**. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010. p. 19-22.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R. Análise e Interpretação de dados em Pesquisa Qualitativa. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28<sup>a</sup>. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

LIMA, R. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290101, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dR8q4LDwM9zpXtSyvq9nr7f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de mai. 2023.

LIMA, I; *et al.* A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 215-226, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n4tYSPmBj8xwsBHkBYMXSFz/>. Acesso em: 20 mai. 2023.

MELLO, V.; PAULON, S. **Travessias de Humanização na Saúde Mental: Tecendo redes, formando apoiadores**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos HumanizaSUS. Volume 5. Saúde Mental. Brasília, 2015. p. 85-105.

MERÇOM, L.; CONSTANTINIDIS, T. Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, v. 13, n. 2, p. 666-695, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822020000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000200015). Acesso em: 20 mai. 2023.

MEZZA, M.; TORRENTÉ, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 235-249, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe3/235-249/>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MINAYO, M. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28<sup>a</sup>. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M.; COSTA, A. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, v. 40, n. 40, p. 139-153, 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/reducacao/article/view/6439>. Acesso em: 23 nov. 2022.

NUNES, K. **Reforma Psiquiátrica no Brasil: um estudo sobre a trajetória de Betim, MG**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

PEREIRA, E.; ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3dwFcFy75PwBZrGcKyYdnKz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 jan. 2023.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. " Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 150-160, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/YHk38mTzb83XhgvZmGWRqht/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2023.

RODRIGUES, P; KOSTULSKI, C; ARPINI, D. A construção de novas práticas na psicologia na atenção básica: a experiência de residentes psicólogos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310215, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n2/e310215/pt/> Acesso: 20 mai. 2023.

SALES, A.; DIMENSTEIN, M. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 812-812, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/8TTdLjM9ycbZnvMRSZLdCjw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 abr. 2023.

SILVA, J. et al. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina-Piauí. **VII Jornada Internacional Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo10/o-trabalho-do-assistente-social-na-saude-mental-experiencia-de-estagio-no-caps-ii-leste-em-teresina.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2023.

SILVA, J.; ACIOLE, G.; LANCMAN, S. Ambivalências no cuidado em saúde mental: a 'loucura' do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 881-892, 2017.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/7WtLp4QsXShfpQWFKpc3hFF/?lang=pt>. Acesso em: 02 mai. 2023.

SPINK, M. J.; MATTA, G. C. **A prática profissional Psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos**. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010. p. 25-51.

TRAJANO, A.; SILVA, R. **Humanização e Reforma Psiquiátrica: A Radicalidade de Ética em Defesa da Vida**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos HumanizaSUS*. Volume 5. Saúde Mental. Brasília, 2015. p. 197-213.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados e discussões, demonstraram que os desmontes ocasionados pela Contrarreforma Psiquiátrica refletem nas práticas realizadas por psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial. Por meio das entrevistas realizadas com os psicólogos atuantes nos CAPS foi possível observar que os Profissionais estão cientes dos retrocessos nas Políticas de Saúde Mental, mesmo que alguns não reconheçam e/ou utilizem o termo “Contrarreforma Psiquiátrica”.

Além disso, evidenciou-se que os Profissionais atrelam a desconfiguração da Rede de Atenção Psicossocial à uma Política de Governo, além de indicarem o aumento das internações psiquiátricas como uma das consequências de tal política. Ainda, os resultados indicaram que as comunidades terapêuticas são uma espécie de derivação dos manicômios, e o seu superinvestimento parece preocupar os psicólogos vinculados aos CAPS. Também ficam explícitos alguns atravessamentos sociais que tornam a Contrarreforma Psiquiátrica possível, como o estigma ainda presente em torno do sofrimento psíquico, bem como, algumas faltas presentes na Política de Saúde Mental e até mesmo nas Políticas que envolvem o campo da Assistência Social.

Ainda, foi possível compreender melhor o processo da Contrarreforma e seus desdobramentos. Assim, identificou-se que os CAPS são um dos únicos serviços da Rede de Atenção Psicossocial que se mantém, sendo os mais solicitados, o que acaba causando sobrecarga neste serviço. No entanto, mesmo percebendo os retrocessos impostos pela Contrarreforma Psiquiátrica em suas dinâmicas de trabalho, os psicólogos parecem atentos e resistem por meio da prática profissional, atuando de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Contudo, alguns desafios aparentam ultrapassar a resistência pela via da prática profissional. Nesse contexto, evidenciou-se o isolamento das equipes de trabalho dos CAPS dentro dos serviços, o que pensamos ser uma consequência da Contrarreforma Psiquiátrica, na medida em que a mesma não incentiva a força grupal e/ou coletividade. Além disso, identificou-se a fragilização dos processos de trabalho e a falta de qualificação e investimento nos Profissionais. Ainda, os resultados apontam para a ambulatorização do cuidado em saúde mental, o que pensamos também ser reflexo da Contrarreforma, na medida em que a mesma direciona o cuidado para uma lógica ambulatorial, contrariando o cuidado integral e longitudinal proposto pela RPB.

Em síntese, no cotidiano de trabalho dos psicólogos no CAPS foi possível compreender que os retrocessos se expressam na prática por meio do aumento das internações psiquiátricas, do aumento da procura e do investimento nas comunidades terapêuticas, na fragilização e isolamento das equipes, no desmonte da RAPS, e como citado anteriormente, na ambulatorização do cuidado.

Neste cenário, gostaríamos de registrar que no dia nove de maio de 2023, ao término da elaboração desta dissertação, nos deparamos com uma denúncia de maus tratos<sup>3</sup> à usuários internos em um Serviço Residencial Terapêutico privado situado em uma cidade vizinha ao município no qual a pesquisa foi realizada, feita ao Conselho Municipal de Saúde. Na denúncia, constam relatos de tortura a pessoas com transtornos mentais, como aplicação de choques, confinamento em quartos sem acesso à banheiro, violências físicas como estrangulamento e outros atos de negligência. Mesmo que nesta situação os internos tenham sido encaminhados para outras instituições, reforçamos a problematização destes serviços que reproduzem uma herança manicomial. Encontramos aqui, um relato muito semelhante aos resultantes das vivências no manicômio. Assim, reforçamos a necessidade de romper com a estrutura e a lógica manicomial enraizadas em nosso modo de fazer e cuidar em saúde mental. Nesse sentido, frisamos a importância de (re)lembrar o passado manicomial, para que um dia possamos nos emancipar dele.

Por fim, cabe salientar que a utilização de um método qualitativo na realização da pesquisa, com a utilização da entrevista semiestruturada como técnica, deu abertura para que os Profissionais pudessem expor de forma ampla as suas opiniões e pontos de vista, tendo abertura para a reflexão e problematização da realidade estudada. No entanto, entende-se a limitação do estudo na medida em que o mesmo foi realizado em apenas um município do Brasil, país este que é composto por uma ampla pluralidade de realidades. Dessa forma, apontamos para a necessidade de outros estudos serem realizados acerca desta temática. Ainda, como frisamos anteriormente, a Contrarreforma Psiquiátrica ganhou força entre os anos de 2017 e 2022 com a ascensão de Governos de direita no país, portanto espera-se que com a mudança de Governo ocorrida por meio das eleições de 2022, com o empossamento de um Governo de esquerda alinhado aos direitos sociais básicos e humanos, haja um enfraquecimento da Contrarreforma, além de uma potencialização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, do Sistema Único de Saúde, dos seus ideais, princípios e diretrizes.

**Nenhum Passo Atrás! Manicômio Nunca Mais!**

---

<sup>3</sup> Disponível em: <https://assufsm.com.br/cms-divulga-nota-em-defesa-do-servico-residencial-terapeutico-srt-publico-e-repudio-aos-maus-tratos-em-srts-privadas-de-itaara-rs/>.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial; 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BAUER, M; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria No 189**, de 19 de Novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Diário Oficial da União, Brasília: 1992. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>. Acesso em 04 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/ INAMPS no 224**, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 1992. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impresao.php?id=7536](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=7536). Acesso em 04 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Diário Oficial da União, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizasConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso em: 04 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.2016**, 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] República Federativa do Brasil, 06 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 04 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em 20 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.708**, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília: Diário Oficial da União, Brasília, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm). Acesso em 14 out. 2021.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –

Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:  
[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 15 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde .DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : **15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:  
[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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 (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] União, 2011. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 22 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html). Acesso em: 12 fev. 2022.

BRASIL. **Resolução nº 510/2016**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores dos que os existentes na vida cotidiana. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em:  
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2022.

BRUM, E. Os loucos somos nós. In: ARBEX, D. **O Holocausto Brasileiro**. São Paulo. Geração Editorial. 2013.

CAMPOS, R. Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 35, nº 11, Novembro, 2019. Disponível em:<<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/907/saude-mental-no-brasil-avancos-retrocessos-e-desafios>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

CANTELE, J.; ARPINI, D.; ROSO, A. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, p. 910-925, 2012.

CANTELE, J.; ARPINI, D. Ressignificando a prática psicológica: o olhar da equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, p. 78-89, 2017.

CARDOSO, M.; BATISTA-DOS-SANTOS, À.; ALLOUFA, J. Sujeito, linguagem, ideologia, mundo: técnica hermenêutico-dialética para análise de dados qualitativos de estudos críticos em Administração. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 14, n. 2, p. 74-93, 2015. Disponível em: <http://revista.fumec.br/index.php/facesp/article/view/2112>. Acesso em 20 set. 2021.

CEA, J. **Por el derecho a la locura: La reinvencción de la salud mental en América Latina**. 2.ed. Chile: Proyección, 2019.

COELHO, M; FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Physis**, Rio de Janeiro: 1999. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311999000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311999000100002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 set. 2021.

CONGRESSO NACIONAL. **Projeto de lei no 3.675/89**, de 27 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 1989. Disponível em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em 15 set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP Nº 010/2005. **Código de ética Profissional**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *et al.* **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional** - 2018. Brasil: CFP, 2020. Disponível em: <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/03/relate393rio-nacional-hp-versc3a3o-revisada.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

CRUZ, A. *et al.* A Ditadura que se Perpetua: Direitos Humanos e a Militarização da Questão Social. *Psicol. cienc. prof.* Brasília, v. 37, n. spe, p. 239-252, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v37nspe/1414-9893-pcp-37-spe1-0239.pdf>. Acesso em: 25 set. 2021.

DELGADO, P. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 44, N. Especial 3, P. 21-28, Outubro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bvX573mZ9b3MfVGdCkcySqG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

DESINSTITUTE; WEBER, R. (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: [s.n.], 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

FAGUNDES, S. Política e Gestão com Pensamento Estratégico no Campo da Saúde Mental. p.18-41. In: PAULON, S.; OLIVEIRA, C.; FAGUNDES, Sa. **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: ALRGS, 2018.

FARIAS, W.; SONIM, D. **O capa-branca: de funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil**. São Paulo: Terceiro Nome; 2014.

FIGUEIRÊDO, M. *et al.* Entre loucos e manicômios: História da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**. Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1797>. Acesso em: 20 out. 2021.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. **Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian; 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, E. ([1961] 2005). Manicômios, prisões e conventos. 2 reimpr. da 7 ed. de 2001. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, R. Análise e Interpretação de dados em Pesquisa Qualitativa. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28<sup>a</sup>. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: **Tratado de saúde coletiva**. p. 615-634, 2006.

MACHADO, C. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 5-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe3/5-8/pt/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MANSANERA, A.; SILVA, L. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicologia em estudo**, v. 5, p. 115-137, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/VSY9ddmBqr4ZmNXgDJr6j9g/>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MEZZA, M.; TORRENTÉ, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 235-249, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe3/235-249/>. Acesso em: 15 jan. 2022.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28<sup>a</sup>. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M.; COSTA, A. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, v. 40, n. 40, p. 139-153, 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em: 23 nov. 2021.

NETO, A.; GUAZINA, F. Reflexões sobre vidas medicalizadas: uma aproximação ao campo da saúde mental. In: ADEGAS, M. **Entre os laboratórios e as políticas de saúde: éticas e estéticas das ciências da vida**. Santa Maria, 2017.

NUNES, K. **Reforma Psiquiátrica no Brasil: um estudo sobre a trajetória de Betim, MG**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

PALOMBINI, A.; ROCHA, L. A clínica do Acompanhamento Terapêutico como pesquisa psicanalítica: uma escrita compartilhada entre vários. **Ágora**, Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/agora/v20n3/1809-4414-agora-20-03-00732.pdf>. Acesso em 08 dez. 2021.

PEREIRA, E.; ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3dwFcFy75PwBZrGcKyYdnKz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 jan. 2022.

SALES, A.; DIMENSTEIN, M. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 812-812, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/8TTdLjM9yCbZnvMRSZLdCjw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 jan. 2022.

SILVEIRA, F.; SIMANKE, R. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 23-42, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/KFZqY5CNRkXtXj33cfYCMLh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2021.

SIMONI, A.; CABRAL, K. Territórios da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: O cuidado que eu preciso, onde a vida acontece. p.175-97. In: PAULON, S.; OLIVEIRA, C.; FAGUNDES, Sa. **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: ALRGS, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Manual de dissertações e teses da UFSM**. [recurso eletrônico]: estrutura e apresentação documental para trabalhos acadêmicos / Universidade Federal de Santa Maria, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Bibliotecas da UFSM, Editora UFSM. – Santa Maria, RS: Ed. UFSM, 2021.

VIEIRA, P. Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault. **Revista Aulas**, 1(3). 2015. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/view/1934>. Acesso em: 10 ago. 2021.

VIERO, F. *et al.* **Projeto terapêutico singular como dispositivo de cuidado em saúde mental na atenção básica: um estudo com profissionais de estratégia de saúde da família**. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/23209>. Acesso em: 20 jan. 2022.

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO**

<b>Formulário de caracterização</b>
Iniciais do Nome: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro
Tipo de CAPS que atua: _____
Instituição de formação: _____
Ano de formação: _____
Tempo de atuação no serviço: _____
Forma de ingresso no serviço: _____
Outras formações/especialização/mestrado/capacitação na área da saúde pública/saúde mental? _____
_____
Experiências no campo das políticas públicas anteriores ao ingresso no CAPS? _____
_____
Qual foi a sua motivação para o ingresso no CAPS? _____
_____
_____



## **APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA**

### **EM RELAÇÃO AOS DESMONTES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL:**

- Você conhece o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira?
- Você já teve contato com as políticas que orientam o cuidado em saúde mental no Brasil?
- Você tem observado algum retrocesso nestas políticas públicas em saúde mental? Se sim, quais?
- Você já ouviu falar no Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica?

### **EM RELAÇÃO AO MOVIMENTO DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA E OS SEUS DESDOBRAMENTOS:**

- Caso o participante tenha conhecimento do Movimento de Contrarreforma, indagar: Que situações você considera que podem expressar esse movimento no cotidiano do serviço?
- Na sua opinião, quais são os principais impactos que este movimento gera nos CAPS?
- O que você acha que originou esse Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica?
- Na sua opinião, existem formas de enfrentamento a este Movimento?

### **PRÁTICA PROFISSIONAL E MOVIMENTO DE CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA:**

- Você tinha expectativas acerca da sua prática profissional vinculadas aos ideais da Reforma Psiquiátrica, que não foram atendidas em razão do Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica?
- Você identifica mudanças ou entraves advindos do movimento de contrarreforma?
- Caso o participante identifique mudanças, explorar quais seriam? Exemplo e/ou situação.
- Você tem estabelecido algum diálogo com outros colegas psicólogos que atuam em outros CAPS, acerca de sua prática profissional em meio às mudanças na Política Nacional de Saúde Mental?
- Você conhece movimentos de resistência à essas mudanças (Fóruns, Coletivos, Conselhos Regionais/Federais)?

- Você participa ou tem vinculação com algum destes grupos?

**Você gostaria de comentar algo mais?**

## ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
 SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
 FONE: 3921-7201

### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Vimos por meio deste, informar que o projeto intitulado “**Os impactos da Contrarreforma Psiquiátrica na atuação dos profissionais de psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial**” de autoria **Natália Roós Deponti** e **Dorian Mônica Arpini**, vinculada ao Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, conforme aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo compreender como os desmontes das políticas públicas direcionadas ao cuidado em saúde mental, ocasionados pelo Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica, refletem nas práticas psicológicas realizadas por psicólogas e psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Fui informado pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 15 de junho de 2022.

FÁBIO MELLO DA ROSA  
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria  
 Secretaria de Município da Saúde  
 Núcleo de Educação Permanente em Saúde  
 Fone: 3921-7201

## ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Pesquisa:** “Os impactos da Contrarreforma Psiquiátrica na atuação dos profissionais de psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial”.

**Pesquisador responsável:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini

**Instituição Responsável:** UFSM – Departamento de Psicologia

**Telefone para contato:** (55) 3220-9304

**Local da coleta de dados:** Centros de Atenção Psicossocial do município de Santa Maria.

As pesquisadoras deste estudo comprometem-se a preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados através de entrevistas semiestruturadas, as quais serão gravadas em áudio, nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Santa Maria entre os meses de julho e agosto de 2022. Concordam igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para fins de estudo. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e os dados serão mantidos no Departamento de Psicologia, localizado na Av. Roraima, nº 1000, prédio 74C, 2º andar, sala 3212 A, Santa Maria – RS, CEP: 97105-900, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Professora Orientadora Dr.<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, com o número do CAAE \_\_\_\_\_.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2022.

---

Dorian Mônica Arpini  
 Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM  
 Pesquisadora Responsável

## ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Pesquisa:** “Os impactos da Contrarreforma Psiquiátrica na atuação dos profissionais de psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial”.

**Pesquisador responsável:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini

**Instituição Responsável:** UFSM – Departamento de Psicologia

**Telefone e endereço postal completo:** (55) 3220-9304. Av. Roraima, nº 1000 – Prédio 74C – 2º andar – Sala 3212 A – Cidade Universitária – Bairro Camobi – Santa Maria – RS, CEP: 97105-900

**Local da coleta de dados:** Centros de Atenção Psicossocial do município de Santa Maria.

Prezado Profissional:

Eu, Dorian Mônica Arpini, responsável pela pesquisa intitulada “Os impactos da Contrarreforma Psiquiátrica na atuação dos profissionais de psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial”, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo, que tem por objetivo compreender como os desmontes das políticas públicas direcionadas ao cuidado em saúde mental, ocasionados pelo Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica, refletem nas práticas psicológicas efetuadas por psicólogas e psicólogos nos CAPS. Portanto, solicitamos a sua colaboração e consentimento, voluntários, para a participação na pesquisa.<sup>4</sup> Você não receberá benefício financeiro. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

Solicitamos que, para contemplar os objetivos da pesquisa, seja realizada uma entrevista individual. Se concordar, as entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas para análise. Os dados serão mantidos em anonimato, bem como em caráter de confidencialidade e o material da pesquisa será mantido em sigilo no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria por cinco anos. Após esse período, serão destruídos. Posteriormente à análise, os dados poderão ser divulgados para a comunidade científica, bem

---

<sup>4</sup> Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM – CEP da UFSM Av. Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 725 - bairro Camobi - Santa Maria/RS - CEP 97.105-900 Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com - Web: www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/

como se pretende realizar uma devolução para os participantes, a qual será combinada posteriormente.

Você poderá solicitar esclarecimentos, bem como interromper sua participação no estudo a qualquer momento, sem que isto traga prejuízos. Os riscos da participação na pesquisa não serão diferentes aos de uma conversa informal.

No entanto, se houver a identificação de qualquer desconforto psicológico suscitado pela entrevista, a pesquisadora poderá disponibilizar atendimento psicológico através do Núcleo de Estudos Interdisciplinar em Saúde (NEIS - UFSM) vinculado ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia da UFSM.

Quanto aos benefícios, esses poderão ser constatados a partir da realização da entrevista, que oportunizará um espaço para refletir sobre os processos de trabalho da psicologia inserida na Reforma Psiquiátrica brasileira e, também, dos resultados da pesquisa, que contribuirão para a elaboração de conhecimento referente aos retrocessos no campo das políticas públicas de saúde mental no Brasil, assim como pela possibilidade de publicação dos resultados do estudo em revistas científicas da área.

Agradecemos sua colaboração para a realização desta pesquisa. Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos sobre o estudo<sup>5</sup>. As pesquisadoras comprometem-se em seguir as diretrizes da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foime entregue.

---

<sup>5</sup> Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM – CEP da UFSM Av. Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 725 - bairro Camobi - Santa Maria/RS - CEP 97.105-900  
Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com - Web: www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/

Santa Maria (RS), .... de ..... de 2022.

---

Assinatura do voluntário

---

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

## ANEXO D - TERMO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

### TERMO DE CONCORDÂNCIA DE REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO GRATUITO

Eu Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana, coordenador do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, fui informado sobre as características e objetivos desta pesquisa, pelos responsáveis do projeto intitulado “**Os impactos da Contrarreforma Psiquiátrica na atuação dos profissionais de psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial**”. Dessa forma, caso haja necessidade, profissionais de Psicologia membros do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde se responsabilizam em realizar atendimento Psicológico aos participantes do estudo.

Este serviço está ciente de suas responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia do atendimento.

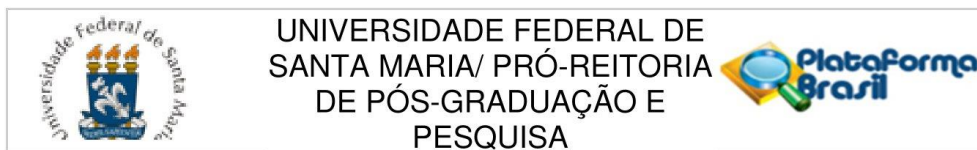
Santa Maria, 01 de julho de 2022.

---

Prof.º Dr.º Alberto Manuel Quintana



## ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** OS IMPACTOS DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Pesquisador:** DORIAN MÔNICA ARPINI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 60551222.0.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

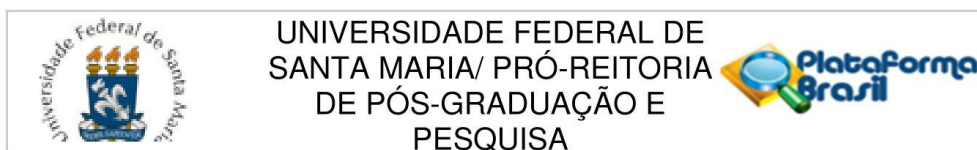
**Número do Parecer:** 5.571.811

#### Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "Os impactos da Contrarreforma Psiquiátrica na atuação dos profissionais de psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial" e se vincula ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS).

No resumo do projeto consta o seguinte texto: "A Reforma Psiquiátrica Brasileira historicamente caracteriza-se como um movimento de luta contra o modelo manicomial de tratamento da loucura. Por meio de diversas mobilizações a Reforma possibilitou a criação de uma Rede de assistência à Saúde Mental focada no cuidado em liberdade, com dispositivos territoriais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, estudos apontam que sempre existiram forças contrárias à Reforma e a favor da lógica manicomial, nesse aspecto, observa-se que desde 2017 tais forças contrárias ganham força e se configuram como um Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica. Tal Movimento, age com o aparato do Governo Federal em busca da desconfiguração da Reforma Psiquiátrica e do retorno da centralidade do Hospital Psiquiátrico como dispositivo de cuidado. Dessa forma, torna-se importante compreender mais profundamente este movimento de retrocessos e os seus impactos nos dispositivos derivados da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, a presente pesquisa objetivará investigar os impactos da Contrarreforma Psiquiátrica na atuação dos profissionais psicólogos e psicólogas que atuam nos CAPS, considerando que esta é uma

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.571.811

profissão presente nos serviços substitutivos aos manicômios, desde o início da Reforma Psiquiátrica. Para tal, o estudo será de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, utilizando a técnica de entrevistas semiestruturadas. Posteriormente os dados serão analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática. Espera-se que este trabalho possa contribuir para a compreensão das atuais mudanças em curso na Política Nacional de Saúde Mental.

Cita-se que a hipótese é compreender a relação entre os desmontes das políticas públicas direcionadas ao cuidado em saúde mental ocasionados pelo Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica e as dinâmicas de cuidado realizadas por psicólogas e psicólogos nos CAPS.

O público alvo da proposta são psicólogas e psicólogos trabalhadores dos CAPS do município, que iniciaram a sua atuação profissional no serviço anteriormente ao ano de 2017, ano em se identificam os primeiros retrocessos que configuram o Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica. Todavia, para a amostra não ficar muito reduzida a pesquisadora irá incluir no estudo outros municípios como Nova Palma, Faxinal do Soturno e São Pedro do Sul tendo como critério a proximidade com o município de Santa Maria. A descrição de critérios e inclusão e exclusão é o desconforto psicológico suscitado pela entrevista, no qual a pesquisadora poderá disponibilizar atendimento psicológico através do Núcleo de Estudos Interdisciplinar em Saúde (NEIS - UFSM) vinculado ao Programa de Pós Graduação de Psicologia da UFSM.

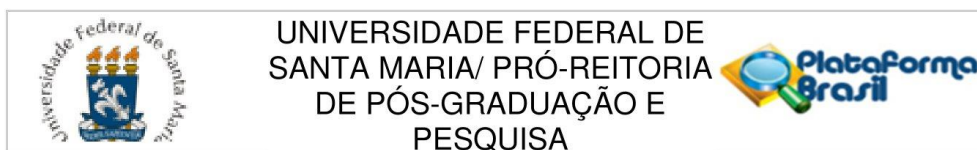
Quanto aos benefícios, esses poderão ser constatados a partir da realização da entrevista, que oportunizará um espaço para refletir sobre os processos de trabalho da psicologia inserida na Reforma Psiquiátrica brasileira e, também, dos resultados da pesquisa, que contribuirão para a elaboração de conhecimento referente aos retrocessos no campo das políticas públicas de saúde mental no Brasil, assim como pela possibilidade de publicação dos resultados do estudo em revistas científicas da área.

No projeto constam, ainda, revisão bibliográfica, descrição da metodologia, instrumentos de coleta de dados, cronograma e orçamento.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Compreender como os desmontes das políticas públicas direcionadas ao cuidado em saúde mental, ocasionados pelo Movimento de Contrarreforma Psiquiátrica, refletem nas práticas psicológicas realizadas por psicólogas e psicólogos nos CAPS.

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.571.811

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Tendo em vista as características do projeto, a descrição de riscos e benefícios pode ser considerada adequada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória podem ser considerados suficientes.

**Recomendações:**

.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

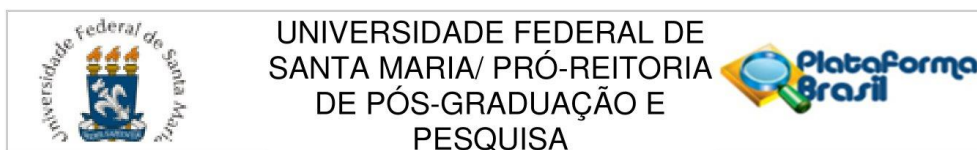
.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1976314.pdf	11/07/2022 10:40:33		Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	11/07/2022 10:36:07	DORIAN MÔNICA ARPINI	Aceito
Outros	TERMODECONCORDANCIADEREALIZACAO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO GRATUITO.pdf	11/07/2022 10:35:22	DORIAN MÔNICA ARPINI	Aceito
Outros	REGISTRO GÁPUFSM.pdf	11/07/2022 10:33:32	DORIAN MÔNICA ARPINI	Aceito
Outros	AUTORIZACAO INSTITUCIONAL.pdf	11/07/2022 10:32:03	DORIAN MÔNICA ARPINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DE PESQUISA.pdf	11/07/2022 10:28:31	DORIAN MÔNICA ARPINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/07/2022 10:27:47	DORIAN MÔNICA ARPINI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	11/07/2022 10:25:03	DORIAN MÔNICA ARPINI	Aceito

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa Maria  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA

Continuação do Parecer: 5.571.811

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 09 de Agosto de 2022

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com