

MOVIMENTOS SOCIAIS E LUTA ANTIMANICOMIAL: CONTEXTO POLÍTICO, IMPASSE E A AGENDA PRIORITÁRIA

*Social Movements And Anti-Asylum Struggle: Political Context, Deadlocks
And The Priority Agenda*

Ana Paula Guljor

Psiquiatra. Phd Saúde Pública. Pesquisadora Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde mental e Atenção Psicossocial/LAPS da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ ENSP-FIOCRUZ-RJ

Paulo Amarante

Psiquiatra. Phd em Saúde Pública. Doutor Honoris causa pela Universidad Popular Madres de La Plaza de Mayo. Pesquisador Titular e Professor do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde mental e Atenção Psicossocial/LAPS da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ ENSP-FIOCRUZ-RJ.

Informações do artigo

Recebido em 28/11/2017

Aceito em 20/12/2017

Resumo

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro é considerado uma referência no cuidado em Saúde Mental no mundo e hoje é uma política de Estado. Desde seu início, em fins da década de 70 até o momento atual, obteve inúmeras conquistas. Entre as principais está a lei nacional de saúde mental (10.216/01) e a constituição de uma rede de serviços territorial. Considera-se que a existência de um movimento social potente – o movimento da luta antimanicomial – foi o impulsionador desta trajetória e, ainda hoje, se constitui em um dispositivo fundamental na garantia de sua sustentabilidade. Este ensaio busca discutir, no marco temporal do processo de Reforma Psiquiátrica, aspectos que envolvem a luta antimanicomial, seu percurso e desafios na conjuntura em que hoje se apresenta. Parte-se do pressuposto de que esta é uma proposta de transformação da sociedade e não se restringe ao fechamento dos hospitais psiquiátricos. A partir do contexto histórico da luta por direitos na sociedade brasileira, em específico na conformação da luta antimanicomial como movimento social, articula a análise do atual momento político no âmbito internacional e da sociedade brasileira com uma perspectiva crítica, no sentido do fortalecimento da disputa de hegemonia de um modelo de cuidado em saúde mental o qual possui estreita relação com o processo civilizatório da sociedade e a luta pela democracia.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Políticas Públicas. Luta Antimanicomial

Introdução

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu início em 1978, com as denúncias feitas pelos trabalhadores de Saúde Mental sobre as condições desumanas dos grandes hospitais psiquiátricos. Este movimento transformou-se, na década posterior, em um movimento social organizado, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e, em 1987, no II Congresso de Saúde Mental em Bauru, se reconheceu como movimento da luta antimanicomial, a partir de então, adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, com seus avanços e desafios para a superação do paradigma manicomial, ultrapassa a ideia de uma mudança de modelo de assistência,

visto que sua proposta diz respeito a um projeto de sociedade. Desta forma, para além de organização de serviços e sistemas, envolve política, democracia, direitos civis e sociais, inclusão, solidariedade e reconhecimento à diversidade (HONNETH, 2009) e, principalmente, o direito à liberdade. Assim, no atual contexto brasileiro, a agenda antimanicomial, para além da discussão restrita ao setor saúde mental, é uma agenda da, e para, a sociedade brasileira.

A proposta deste ensaio é discutir, no marco temporal do processo de Reforma Psiquiátrica, aspectos que envolvem a luta antimanicomial, seu percurso e desafios atuais. Parte-se do pressuposto que esta é uma luta compreendida em uma concepção ampliada, na qual a desconstrução do paradigma manicomial não se restringe à extinção dos hospitais psiquiátricos. Um novo *lugar social* do louco se configura em uma transformação da sociedade no sentido da solidariedade, da justiça social e redução das desigualdades. Assim, o artigo contextualiza-se no processo histórico da luta por direitos na sociedade brasileira, em específico na conformação da luta antimanicomial como movimento social, a partir das mobilizações na década de 70, considerando que a saúde se articula ao direito social e, neste sentido, aos fundamentos da república. Está pautado no desafio de discutir uma hipótese de luta política estratégica para o campo da participação popular em paralelo a um conjunto de ações estruturantes para a resistência dos movimentos ligados aos direitos humanos e à luta antimanicomial no país. Entretanto, ao não objetivar estabelecer uma visão finalística do tema, configura-se como uma contribuição para reflexão e análise de perspectivas possíveis do movimento antimanicomial no momento histórico atual.

O movimento da luta antimanicomial¹

Segundo Amarante (1995), o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem seu estopim no episódio denominado “crise da DINSAM”. A Divisão Nacional de Saúde Mental era uma estrutura ligada ao Ministério da Saúde e responsável pela formulação das políticas públicas do subsetor saúde mental. Era o órgão federal que realizava, também, as contratações e, neste período, já contabilizava quase duas décadas sem realizar concursos públicos. O cuidado aos pacientes nos hospitais, desde 1974, era realizada por profissionais das várias categorias em regime de “bolsa”, sem garantias trabalhistas, em número insuficiente e sem

¹ Utilizou-se como embasamento para apresentação dos fatos históricos referentes ao processo de Reforma Psiquiátrica e o movimento antimanicomial o livro Loucos Pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. AMARANTE. P, 1995.

condições adequadas de trabalho. No estado do Rio de Janeiro, em 1978, a denúncia de três profissionais bolsistas de irregularidades existentes em uma das instituições pertencente a este órgão, tornou pública a situação de violência institucional dos hospitais psiquiátricos. Este ato mobilizou trabalhadores de outras unidades hospitalares no estado e, em abril deste ano, é deflagrada uma grande greve, cujo desdobramento imediato foi a demissão de 260 profissionais e estagiários (op. cit). Esta greve pode ser identificada como a primeira greve durante a ditadura militar no período pós AI-5, visto que registros posteriores relatam a primeira greve sindical no ABC paulista (na montadora de ônibus e caminhões Scaab-SCANIA) apenas em maio de 1978.

Este episódio se desdobrou em uma mobilização mais ampla, apoiada pelo Movimento de Renovação Médica (REME) e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), com espaços de discussão permanentes e comissões de saúde mental no Sindicato dos Médicos e no CEBES. Assim, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental foi se consolidando e aglutinando entidades como conselhos de classe e outros setores da sociedade. Um aspecto significativo foi ter mantido as questões da saúde mental como pauta da grande mídia por oito meses consecutivos, dando publicidade ao tema e gerando uma consequente sensibilização da população, principalmente no que se referia às questões humanitárias.

Este percurso de mobilização foi acompanhado de uma crescente politização do próprio movimento. Inicialmente, observou-se questões corporativas (como salários e vínculos laborais) e uma pauta reivindicativa pouco específica de transformação do modelo assistencial. No decorrer do processo, o MTSM se amplia para além do estado do Rio de Janeiro, visto que, apesar de menor pauta na mídia, foram mantidos os espaços de discussão com apoio de outras entidades de caráter estadual e nacional. Neste período, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) teve participação importante, sendo o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em fins de 1978, o primeiro a contar com a participação dos movimentos de saúde mental. Naquele momento, gerou-se uma inflexão no caráter estritamente acadêmico do encontro, que passa a ter uma característica de discussão e organização político-ideológica. A possibilidade de reunião dos diversos coletivos mobilizados pelo país e identificados ao MTSM, mesmo em caráter paralelo à programação oficial, culminou com um projeto político que englobava a compreensão da situação macropolítica como determinante no quadro da saúde mental e tendo 'a questão democrática' pautado toda a agenda. Nesta

agenda se inseria a defesa da anistia ampla geral e irrestrita, a possibilidade de atuação de representações livres (os sindicatos haviam sido submetidos a lideranças indicadas pelo Estado e muitas entidades representativas de movimentos eram perseguidas), a privatização do sistema de saúde compreendido como impedimento para a participação democrática na construção de projetos para a saúde entre outros. Ou seja, neste momento, a discussão do modelo assistencial se amplia para a discussão de um projeto de sociedade, tendo a democracia como elemento determinante para esta transformação.

O MTSM se consolida enquanto tal neste período de 1978-1980. Sua permanência como principal ator na década seguinte, ou, melhor dizendo, impulsionador da transição paradigmática do próprio movimento, se caracterizou por sua característica ímpar de contextualização da luta específica como estando contida em uma disputa mais ampla no campo macropolítico. Sua agenda incluía uma pauta política e social. Deste modo, acumulou potência ao agregar como parceiros atores do campo sindical, movimento popular, entidades de classe (corporativas), CNBB, OAB, ABI e parcela progressista das universidades (que, naquele momento, tinham movimentos de resistência e luta contra a ditadura). Uma ressalva ao papel dos intelectuais, ou, podemos chamar formadores políticos do campo da saúde mental do Brasil, ou que tinham no Brasil um local de frequente circulação. Importantes nomes ligados às lutas por transformações da França, Itália, Argentina entre outros países tiveram grande influência na formação do movimento político da saúde mental no país². Entidades que reuniam intelectuais brasileiros no campo da saúde coletiva e ciências sociais também contribuíram, de forma significativa, na qualificação dos quadros militantes. Esta influência se refletiu na construção dos projetos de políticas públicas disputados já nos 80 no interior das estruturas de Estado ou nos espaços oficiais de participação como a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Assembleia Constituinte em 1988. O amadurecimento político do MTSM e suas articulações levaram à construção de importante diferencial em relação aos processos de reforma psiquiátrica em outros países.

No período que se estendeu entre 1979 e 1987, houve um significativo número de profissionais identificados ao MTSM inseridos em estruturas de gestão do Estado, gerando políticas locais que se coadunavam aos princípios da Reforma Psiquiátrica. A criação de dispositivos oficiais de interlocução como o convênio de Co-Gestão Interministerial com as

² Para maior detalhamento sobre este tema vide AMARANTE 1995; YASUI, 2010.

Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (CISM) em âmbito estadual e municipais, a pressão por espaços de construção da política pública como as Conferências e Encontros de Coordenadores de Saúde Mental possibilitaram a construção de estratégias mais consistentes para a efetivação de um modelo de assistência não apenas centrado nos hospitais psiquiátricos³. Este posicionamento de ‘mudança por dentro’, apesar de impactos positivos na política pública de saúde mental não se deu sem divergências. Se, por um lado, a disputa de hegemonia do modelo se dava em frequentes embates com as instituições ligadas ao mercado privado como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), por outro, o posicionamento de trabalhadores de saúde mental na gestão estatal também gerava conflitos no que se refere ao questionamento de submetimento à burocracia estatal. Estas divergências se tornaram mais claras com a subdivisão do Movimento em dois grupos - o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e o Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental, este último representado pela perspectiva de uma posição ‘desatrelada’ do aparelho de estado. A pluralidade do MTSM e sua multiplicidade refletia-se na diversidade de categorias profissionais, na incorporação de movimentos populares e em sua inserção em entidades e em outros movimentos (AMARANTE, 1995). Entretanto, mantinha uma tensão permanente no que se referia às táticas a serem instituídas e, até mesmo, em sua perspectiva estratégica onde a defesa da mudança no modelo assistencial ou a desinstitucionalização traduziam, nas entrelinhas, as diferenças de fundo quanto à concepção de Reforma Psiquiátrica.

O ano de 1987 configura-se em um marco da Reforma Psiquiátrica no que se refere ao desenho de mobilização. A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no mês de junho no Rio de Janeiro, configura-se como “(...) a consolidação de longo período de uma estratégia institucionalista que visava inserir nas diretrizes nacionais de saúde mental os princípios que vinham norteando o movimento pela Reforma Psiquiátrica e o marco final deste mesmo período.” (AMARANTE, 1995, p.87). Esta conquista significou o primeiro momento de oficialização de uma política de saúde mental que buscava romper com o modelo hospitalocêntrico. Ao mesmo tempo, a tensão no interior do MTSM se mantinha, visto a recusa de alguns setores em estabelecer alianças com o Estado, ao qual reconhecia como agente de exclusão e violência. Assim, construído em espaços de discussão paralelos na ICNSM, surge o indicativo de realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, com uma agenda independente do

³ Em sua historicização da Reforma psiquiátrica no Brasil, Amarante (1995) detalha o processo de articulação e implementação das políticas públicas no campo da saúde mental durante as décadas de 70 e 80.

Estado e buscando a construção de alianças com os movimentos populares além da valorização da participação dos usuários. Estes, até então, tinham uma tímida participação nos espaços de discussão que eram mais voltados às entidades, aos gestores e técnicos. O encontro de Bauru, como ficou reconhecido posteriormente, realizado em dezembro de 1987, definiu uma inflexão no processo de Reforma Psiquiátrica, com um posicionamento claro de extinção dos manicômios e consistia em uma proposta de transformação da sociedade - ou seja, no marco da desinstitucionalização, a luta se amplia para a desconstrução de saberes e práticas excludentes na busca de um novo lugar social da loucura. "Por uma sociedade sem manicômios", eixo do relatório paralelo da I CNSM, se transforma no lema do Movimento da Luta Antimanicomial, que consistiu em uma transição paradigmática de um movimento de trabalhadores para um movimento fundido às entidades e movimentos populares tendo os usuários e familiares um lugar privilegiado de protagonismo.⁴

Cabe destacar que, até este momento, a presença de associações ainda era restrita e as intervenções voltadas à potencialização do aparato terapêutico. A partir de então, como movimento social, as associações de usuários e familiares no campo da saúde mental se multiplicam e passam a incorporar questões sociais mais amplas. É pelas ruas de Bauru que se realiza a primeira manifestação pública pelo fechamento dos manicômios no país.

O MNLA se mantém como aglutinador das agendas de luta da saúde mental até fins da década de 90. Com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, tem início a implantação de uma proposta radical de reforma psiquiátrica na cidade, sob a liderança e o protagonismo de expressiva parte dos participantes do encontro de Bauru, além de ter seus princípios como diretrizes políticas do processo. O projeto de lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, apresentado após o início do processo de reforma psiquiátrica em Santos (SP), vai originar, com muitas alterações, a lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001), após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Durante todo o período de tramitação, muitas mobilizações foram lideradas pelo MNLA na defesa de sua aprovação, reafirmando a potência deste movimento como catalizador da organização da militância política no campo da Reforma Psiquiátrica.

⁴ O Lema "Por uma sociedade sem manicômios" foi proposto, originalmente, pela Rede de Alternativas à Psiquiatria e ficou conhecido pelos brasileiros no III Encontro Latino-americano da Rede, realizado em dezembro de 1986 em Buenos Aires.

A reforma psiquiátrica no contexto dos anos 90

A década de 90 foi um período marcado pela grande ofensiva neoliberal e, no país, uma agenda de ajuste fiscal e submetimento às imposições das agências internacionais. Uma política de estado mínimo e privatizações ocupa o cenário macropolítico. No âmbito brasileiro, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma agenda paralela e alvo de inúmeras deformidades em sua concepção inicial. Neste período, o movimento sindical sofre com os ataques aos direitos trabalhistas e a defasagem salarial, sendo a luta pelo emprego e manutenção da renda a pauta prioritária. Vasconcelos (2016) destaca que, neste período, houve um processo crescente de “institucionalização, cooptação e/ou desmobilização” dos movimentos sociais e partidos políticos. As políticas sociais, defendidas na constituição de 1988, ocuparam a agenda política no país em fins da década anterior. Poderíamos dizer, segundo o autor, que a inclusão do país em políticas de bem-estar social deu-se em tempos tardios, já no momento onde, mundialmente, se conformava um novo modo de dominação do capital, o capitalismo neoliberal globalizado como será abordado mais adiante. Este foi responsável pela imposição de novas formas de relação de trabalho e, deste modo, da organização dos movimentos sindicais. Pode-se apreender, neste período, que os movimentos populares setoriais, no refluxo do movimento sindical, passam a ocupar um papel destacado na disputa no campo dos direitos civis e sociais como aconteceu com a luta antimanicomial.

Sobre a organização deste movimento, a concepção inicial de não institucionalização em um aparato físico ou em estruturas hierárquicas se mantinha na mesma perspectiva de não cristalização. O processo de articulação se efetiva pelo debate coletivo e consenso para ação sem centralização ou constituição de estruturas formais de funcionamento como sede, diretoria e posicionamentos centralizados. As decisões são tomadas em congressos e encontros bianuais, ou com consensos pontuais para determinados posicionamentos extraordinários. Esta dinâmica constituiu um espaço com maior participação democrática dos militantes e simpatizantes, apesar de ainda não estar em questão a agilidade de respostas para um contexto de ataque sistemático como vivenciado a partir de 2016. Esta forma organizativa estava pautada em uma proposta de atuação voltada para o desenho de luta política existente até meados da primeira década do século XXI.

Esta configuração não se estabeleceu sem tensões ou divergências. Nos momentos de refluxo das grandes mobilizações, sua manutenção deu-se por questões locais e garantia dos

princípios gerais da Reforma Psiquiátrica, estabelecidos desde sua constituição e atualizada/reafirmada a cada encontro nacional. Entretanto, o movimento assumiu uma característica complexa durante a década de 90. Espaços de gestão estratégicos, no âmbito da saúde mental nas instâncias federal e em grande parte de estados e municípios, foram ocupados por técnicos/gestores ligados a setores da luta antimanicomial e tiveram êxito na implementação da política pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. A conjuntura macroeconômica desdobrava-se em medidas de ajuste fiscal e redução de investimentos na lógica de um estado mínimo. O reflexo deste cenário foram as concessões feitas, em detrimento de alguns princípios estruturantes da Reforma Sanitária, sob a égide de uma viabilidade de sua implantação. Estes aspectos estão, até hoje, na base de divergências no seio do movimento quanto aos riscos de cooptação pela máquina do estatal e a necessidade de 'mudanças por dentro' que podem exigir flexibilização na radicalidade das rupturas necessárias.

Em uma dimensão epistemológica, no que se refere à percepção do desenho de organização dos movimentos, cabe destacar um aspecto que sinaliza o processo medicalizante⁵ vivenciado pela sociedade e que, na década de 90, já pode ser identificado na dinâmica do movimento social. Inicialmente, a implementação da participação de usuários nos mecanismos decisórios institucionais – com destaque para o Conselho Nacional de Saúde (CNS) – era a representação através de organizações sindicais, entidades do movimento popular como federação de associações de moradores, entidades nacionais de saúde coletiva entre outras, que possuíam, em suas estruturas, comissões e discutiam a questão 'saúde' como parte do contexto ampliado de lutas voltadas a transformação da sociedade. O termo usuário se devia à compreensão de 'um cidadão que utiliza os serviços', traduzindo uma concepção universalizante do acesso. No entanto, observou-se, no decorrer deste período, uma progressiva segmentação da categoria 'usuário', retratada em uma subdivisão em grupos de patologia – usuários renais, usuários com transtornos mentais, usuários portadores de hanseníase etc. Sendo assim, da mesma forma que no movimento geral, como descrito acima, há uma retração das entidades gerais (sindicais ou populares) na luta pela questão da saúde, sendo o protagonismo assumido pelos movimentos específicos, identificados por

⁵ Para maior aprofundamento sobre o processo de *medicalização da existência ou medicalização da vida cotidiana* ver FREITAS, F & AMARANTE, P (2015).

patologia, que expressam, nesta dimensão epistemológica, um importante fator de análise⁶. A patologia como ‘senha’ de acesso à participação na luta social⁷.

No início da década de 2000, a partir de uma divergência interna se estabelecem dois movimentos no campo antimanicomial cuja diferença se expressava na dinâmica de sua organização: a Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) já existente.

Nesta década, também se operou uma mudança no contexto macropolítico, visto que assume a presidência do país, em 2003, um setor historicamente articulado com as demandas populares gerando a expectativa de uma radical transformação social. Independente das visões sobre as condições de possibilidade desta mudança, no contexto dos direitos civis e sociais muito se avançou, apesar de não se ter operado uma efetiva transição para um governo que refletisse a radicalidade das demandas dos movimentos populares. Entre a publicação das primeiras regulamentações dos dispositivos do novo modelo, pautado na atenção psicossocial (portaria 189/91 sobre o financiamento e 224/92 sobre a regulamentação do funcionamento dos serviços de saúde mental), a promulgação da lei nacional da saúde mental 10.216/01 (“lei da Reforma Psiquiátrica”), a publicação de uma gama de portarias instituindo diretrizes para a reorientação do modelo durante a década de 2000 e a primeira metade da segunda década do século XXI, a política de saúde mental se consolida em uma política de Estado.

As tensões referentes à visão estratégica da luta antimanicomial se mantiveram subliminares. O último período, destacado acima, configurou-se em um momento de avanços na ampliação da rede psicossocial, com políticas indutivas e momentos privilegiados de destinação orçamentária. Entretanto, o mesmo não se refletiu em uma efetiva mudança do imaginário social e uma concreta hegemonia do novo modelo. A Reforma Psiquiátrica, como orientadora da política oficial, abrangia grande parte do território nacional, mas ainda não era hegemonic na sociedade seu pressuposto de ruptura de paradigma.

A relação dos movimentos populares e luta antimanicomial com o aparelho de estado ainda se estabelecia sob o tensionamento da disputa entre setores conservadores e progressistas que compunham a coalizão de um governo com características democrático

⁶ É relevante apontar que, neste período, nem todas as representações de ‘usuários’ se inserem nesta concepção exposta, como, por exemplo, o Movimento dos Sem Terra (MST) que, apesar da bandeira específica da Reforma Agrária, tem como agenda estratégica a transformação da sociedade.

⁷ Apesar da importância desta dimensão de análise, ressalta-se, esta não é o objeto deste artigo, sendo citada em nota anterior uma referência importante sobre a questão da medicalização.

popular. Ressalte-se que, desde a criação do cargo de coordenação nacional de saúde mental, no início dos 90, seus ocupantes tinham em comum serem militantes históricos do MTSM, com implicações na relação movimento social e organismo de estado. Esta análise tem seu primeiro impacto de realidade em fins de 2015, com a fragilização do governo sob ataque de setores conservadores e enfrentando grande descontentamento popular em vista dos ecos da crise econômica mundial iniciada em 2008. O governo adota uma tática de coalização com setores neoliberais que, sem o compromisso de garantia das conquistas sociais, passa a inverter a lógica de uma estratégia democrático popular já em progressiva regressão. Neste contexto se deu, em novembro de 2015, a indicação de um coordenador nacional de saúde mental historicamente ligado às instituições manicomiais e um símbolo da psiquiatria de mercado.

Resgatando a análise sobre a retração dos movimentos na década de 90 e a progressiva institucionalização das lideranças em cargos governamentais, que gerou um arrefecimento das mobilizações reivindicatórias até este momento citado acima, com exceções pontuais⁸, um aspecto positivo deste quadro se observou na reorganização do movimento antimanicomial, que insurgiu em protestos nacionalmente, resgatando, por um período significativo, a potência de sua mobilização. A aglutinação de vários segmentos, identificados com a Reforma Psiquiátrica, sustentou uma estratégia de discussão permanente, com consenso para a ação que culminou em uma articulação nacional, a qual tinha como centralidade a sustentabilidade de uma *ocupação* de militantes antimanicomiais das dependências da sede da coordenação de saúde mental no Ministério da Saúde em Brasília. Por mais de 120 dias, a mesma se configurou em bandeira de aglutinação e resistência. Neste momento, já se configurava um contexto de desestruturação do poder central, a partir de uma ofensiva radical de setores conservadores da sociedade, na busca de restabelecer um ordenamento de Estado, submetido, prioritariamente, às demandas do capital. O desdobramento deste período foi o afastamento e posterior impedimento da presidente do país em um processo que podemos qualificar como um golpe de estado sem armas.

Desta forma, a questão organizativa da luta antimanicomial com os coletivos, movimentos e entidades que a compõem, na segunda metade da década de 2010, foi colocada em cheque. Principalmente a partir de agosto de 2016, a mudança da configuração

⁸ Como exceção que confirma a regra, está a marcha de usuários a Brasília como forma de pressão para a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, visto que a terceira havia acontecido em dezembro de 2001.

do governo, ou melhor, a inversão radical de um governo democrático popular⁹ para um governo de clara proposta neoliberal teve como desdobramento imediato uma sequência de medidas de desmantelamento das políticas públicas. Desta forma, afetando diretamente as políticas de caráter universalizante e a garantias de direitos. Além destas, a expropriação das riquezas minerais como Pré-Sal, privatizações, proposição de políticas públicas ou reversão de conquistas com clara vertente moralista e religiosa, que colocam em risco a laicidade do Estado. Deste modo, a resistência a estas medidas tem exigido agilidade nas respostas por parte dos movimentos sociais. Quando resgatamos a dinâmica de organização dos movimentos antimanicomiais, é possível pressupor os impasses para abarcar uma pronta articulação para ação, que preserve a característica participativa e democrática, ao mesmo tempo em que garanta a potência de intervenção no âmbito nacional em questões macropolíticas. Neste sentido, a importância de uma análise de conjuntura ampliada é determinante para a compreensão da complexa realidade na qual estes movimentos se inserem no plano nacional e internacional.

CONCEPÇÕES DE MUNDO E CONCEPÇÕES DE BRASIL

O atual momento político brasileiro retrata um importante retrocesso das políticas sociais conquistadas a partir da constituição cidadã de 1988. A partir da pressão popular da sociedade civil organizada, foram incluídos direitos básicos que se refletiram em uma ampliação das garantias sociais¹⁰. Neste bojo podemos citar como exemplo desde o reconhecimento das comunidades tradicionais (ex. quilombolas); a não discriminação por origem, raça, sexo, cor, idade e orientação sexual; o direito a terra e o conceito ampliado de saúde. A Constituição define a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” (seção II, art.196) e, desta forma, sua inclusão no capítulo da seguridade social ratifica a condição de direito fundamental a ser garantido pelo Estado. No texto da lei (BRASIL, 2012, p.115): “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (EC no 20/98)”.

⁹ Maiores detalhes sobre a análise deste processo em VASCONCELOS, 2016 e COELHO, 2017.

¹⁰ Constituição Federal Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

No contexto das mudanças de governo datadas a partir de 2016, observa-se uma progressiva desconstrução dos aparatos legais e de investimentos estruturantes destas garantias. O impedimento da ampliação de recursos, por duas décadas, no campo da segurança social (EC 95/2016) por si já desenha um futuro sombrio se pensarmos os 207.860.531 de brasileiros na atual década (IBGE, 2017) e o índice de crescimento populacional esperado para os próximos anos. As ações, no âmbito do executivo, que descaracterizam programas voltados à redução das desigualdades e ao acesso à saúde como a farmácia popular e, mais recentemente, a reformulação da política nacional de atenção básica (PNAB) e a revogação de um quantitativo numeroso de portarias estruturantes de programas no campo da saúde, através da portaria de consolidação nº 2, são exemplos claros do avanço do campo conservador na busca de um retorno a décadas anteriores à Constituição promulgada em 1988, e, principalmente, voltados ao favorecimento do capital privado e grandes corporações.

Para desdobrar a proposta, neste ensaio, são elencados abaixo alguns pressupostos considerados importantes para a compreensão dos desafios na construção de estratégias de resistência na arena política do processo de Reforma Psiquiátrica, entendida como projeto de transformação da sociedade.

Como primeiro pressuposto, parte-se do princípio que, hoje, nos deparamos com uma crise civilizatória de proporções mundiais. Entende-se que o processo desencadeado no Pós II Guerra Mundial: A Declaração dos Direitos Humanos na tentativa de garantia dos direitos fundamentais do Homem e redução das desigualdades; a criação da Organização das Nações Unidas e, quiçá, mais recentemente, a ideia de uma Europa unida através da Comunidade Comum Europeia, atravessa uma radical transformação no sentido da ruptura com valores humanitários universais. O historiador camaronês Achilles Mbembe, em seu artigo *A era do humanismo está terminando*, afirma: “A noção humanística e iluminista do sujeito racional capaz de deliberação e escolha será substituída pelo consumidor conscientemente deliberante e eleitor.” (Mbembe, 2017). As relações de solidariedade entre os povos e a busca por um mundo com menos desigualdade tem sido progressivamente substituída pela lógica do mercado, individualista e predador. Ao seguirmos a mesma linha de argumentação do autor, este quadro possui articulação direta com a compreensão do capitalismo neoliberal globalizado como um *sistema normativo*¹¹, para além das relações mercantis. Assim,

¹¹ Como ‘normativo’ entende-se pelo dicionário: a) Capaz de prescrever regras ou preceitos; prescritivo b) Que se relaciona com a norma, com o considerado normal, habitual, regular, bom, correto.

compreendendo que as mudanças no campo socioeconômico contribuem fortemente para as formas de comportamento individual e, em última instância, subjetivos, os quais seriam moldados em função da adequação às necessidades do sistema vigente.

Dito isto, um segundo pressuposto se desdobra. A crise civilizatória referida está relacionada diretamente ao capitalismo neoliberal/globalizado. Resgatando a ideia de um sistema normativo, partimos da assertiva de que os modos de produção, com seus avanços tecnológicos, no século XXI se correlacionam com o “modo de estar no mundo”, na visão de si e na sua inter-relação com o outro. Assim, no campo do imaginário social e valores coletivos, ou mesmo na produção artístico-cultural, observa-se a padronização sistemática de comportamento moral e político, de acordo com os interesses das classes dominantes. A sociedade atual reproduz, em todos os níveis, uma lógica massificada estabelecida pelo poder hegemônico e, sendo assim, impõe suas regras e valores do cotidiano condizentes com a acumulação do capital. Apesar de datado na década de 40 do século XX, o conceito de *manipulação retroativa* de Adorno e Horkheimer pode ser considerado muito atual, quando destaca o papel narcotizante da indústria cultural, que impõe padrões de consumo e comportamento¹². “A arte seria totalmente integrada ao sistema” (NASCIMENTO, 2011, p.8).

Neste sentido, ao voltarmos o olhar para as lutas dos setores organizados na sociedade civil, envolvidos na garantia e conquista de direitos, passamos a discutir o terceiro pressuposto: as lutas destes setores adotaram, historicamente, estratégias de ação que, em sua maioria, não consideravam a relevância dos aspectos subjetivos envolvidos nesta disputa de poder. Ou seja, a transformação da correlação de forças no que aqui adotamos chamar de contra hegemonia também é atravessada por questões culturais e ideológicas¹³ onde a garantia do exercício do poder se coloca a partir da construção e/ou desconstrução de identidades, padrões de comportamento, de moralidade, desejos, entre outros. Não se restringe a um contexto informativo voltado ao convencimento sobre a razoabilidade ou justiça desta ou daquela causa.

¹² Adorno e Horkheimer referem-se à manipulação retroativa como a dinâmica imposta da indústria cultural, a qual, ao atender às vontades das massas, o faz na perspectiva de imposição de padrões da classe hegemônica que no caso seria o lucro e o controle social. (DUARTE apud NASCIMENTO, 2011). Desta forma, a percepção de ter seus desejos atendidos gera o efeito ‘narcotizante’ em uma sociedade que não distingue estar internalizando algo que lhe é imposto de modo subliminar. Apenas o identifica como sua própria vontade.

¹³ Em Gramsci, a manutenção da hegemonia não se dará pelo poder coercitivo, mas sim, através do consentimento das massas. Deste modo, a direção ideológica e cultural são determinantes.

As disputas no campo eleitoral, travadas pelos movimentos populares na busca de conquistas no âmbito do poder executivo ou legislativo, em geral são voltadas para agendas prioritárias no campo civil e social. Estas não são restritas ao convencimento pela informação. Há de ser considerada a concepção de mundo, a identificação/consciência de pertencimento, que são construções pré-estabelecidas pelas vivências e aprendizados. Como desafio, têm o imaginário da sociedade sobre as questões em pauta, ou, ainda, a percepção da sociedade sobre o papel dos movimentos sociais e seus militantes. Presenciamos, reiteradamente, a criminalização destes movimentos ou a escolha por representantes pertencentes a elites distantes da realidade da grande massa da população. Os últimos, muitas vezes defendendo bandeiras discriminatórias e/ou que apontam para a restrição de direitos de cidadania desta parcela mais vulnerável da sociedade que o elege. Este posicionamento se constitui pela formação de opinião pautada por um imagético imposto de forma permanente e subliminar no cotidiano. Em situações de subordinação de um grupo a outro pertencente a uma classe mais privilegiada, uma concepção de mundo imposta pelo exterior, encontra-se uma consciência acrítica e não organizada dos primeiros (ALVES, 2010). A compreensão dos mecanismos utilizados para tal merece um olhar mais atento.

Assim, apontamos que um último pressuposto a ser considerado diz respeito à concepção sobre as instituições de Estado. Como ponto de análise, adotamos a perspectiva que as instituições da sociedade se constituíram na busca da manutenção de um pacto societário burguês e são seus instrumentos de controle do consenso – de manutenção da supremacia cultural. Esta cultura é reproduzora da lógica e dos valores da classe dominante e ratifica as regras estabelecidas, a forma de expropriação das vidas e aniquilamento da diversidade de culturas existentes. Sobre estas instituições nos referimos à Igreja, às escolas, às universidades, aos meios de comunicação, dentre outros – “aparelhos privados de hegemonia” se nos reportamos a Gramsci¹⁴. Estes espaços de formação de consciência compõem as estruturas de garantia da lógica predominante, qual seja, a manutenção do *status quo*, e garantem a elaboração e difusão das ideologias¹⁵. Não se configuram, a princípio, como espaços de repressão, mas são estruturantes na construção do pensamento de um povo.

¹⁴ Gramsci define como aparelhos privados e hegemonia os organismos de participação política aos quais se adere voluntariamente (e por isso são privados) e que não se caracterizam pelo uso da repressão. (COUTINHO, 1999, p.125)

¹⁵ Estes organismos compõem a sociedade civil e são a base material para a disputa da hegemonia. Segundo Coutinho “a necessidade de conquistar o consenso ativo e organizado como base para a dominação (...) criou

No atual estágio das relações políticas na sociedade ocidental, com formas representativas através do sufrágio, as estruturas legislativas são uma das formas de expressão desta disputa de hegemonia. Apesar de estarem inseridas no aparelho formal do estado, estariam em um lugar compreendido nos marcos da “democracia” representativa: parlamento. O poder Judiciário tem sua composição majoritariamente representada por uma classe distanciada das necessidades da sociedade e assim se pronuncia a partir de valores, em muito, fruto de uma concepção de mundo das classes dominantes. Por fim, um poder executivo que também reproduz a perspectiva dos demais poderes citados acima, exceto em raros momentos, onde são possíveis avanços através da mobilização organizada de setores populares como na questão da Reforma Psiquiátrica. Reconhecer os mecanismos de manutenção do sistema estabelecido é fundamental ao se pensar estratégias de desconstrução. Para fins de argumentação, neste ensaio, destaca-se aqui a compreensão de um caráter não estável destas estruturas, ou seja, se configuram em arenas de disputa. Em espaços possíveis de serem ocupados por setores comprometidos com as demandas das classes menos favorecidas.

Neste contexto, é importante articular uma análise do momento atual, embora de forma sucinta, considerando os limites impostos pelo fato de ser um artigo, com espaço reduzido. O desafio apresentado é o de buscar discutir a necessidade estratégica de uma inflexão do processo de luta por transformações onde os movimentos sociais logrem pautar suas demandas na agenda do estado e conquistem espaços efetivos de decisão.

Nesta perspectiva, considera-se fundamental que a sociedade civil organizada possa construir uma democracia participativa, entendendo-a no marco da participação popular voltada à garantia dos direitos civis, políticos, econômicos e sociais. Esta concepção é percebida como imagem objetiva, ou seja, não se dá de forma imediata através de decretos. É um contínuo processo de transformação das estratégias de luta, buscando criar condições de possibilidade uma mudança paradigmática do quadro hoje estabelecido.

Em questão estão as formas atuais de exercício democrático onde a sociedade, ao eleger seus representantes, delega aos mesmos o poder primeiro e último de decisão das políticas sem que estejam construídos mecanismos de participação direta desta mesma sociedade nas instâncias decisórias. Nas estruturas institucionais, constituídas para a participação de setores

e/ou renovou determinadas objetivações ou instituições sociais, que passaram a funcionar como portadores materiais específicos (com estruturas e legalidade próprias) das relações sociais de hegemonia.” (1999, p.129)

populares organizados, o cumprimento das deliberações nem sempre é garantido nos casos em que está em desacordo com as posições defendidas pelo grupo hegemônico de poder. O respeito a estes espaços está na dependência direta de um governo comprometido com os processos democráticos. Em períodos nos quais o poder hegemônico está comprometido com as políticas neoliberais, a voz dos movimentos sociais e entidades, então, passa a ter como cotidiano as lutas de rua, as quais sempre são reprimidas de forma violenta pelas estruturas do Estado. Em paralelo, há grande dificuldade destes movimentos em ampliar suas discussões para o conjunto da população. Assim, como a adesão da sociedade, de forma abrangente, às mobilizações é determinante para que reivindicações possam ser acatadas, este quadro se configura em um permanente obstáculo na implementação de políticas que refletem as demandas das classes mais desfavorecidas.

Ao considerar a luta antimanicomial, como já descrito, sua bandeira não se restringe ao fechamento dos hospitais psiquiátricos. Apesar de marco inicial da Reforma Psiquiátrica, ainda não implementado de forma plena, o lema 'por uma sociedade sem manicômios' amplia o escopo desta 'causa'. Na agenda do movimento está a luta contra um modelo excludente, onde os manicômios são a representação da segregação, do poder disciplinar, da discriminação das camadas vulneráveis e dos ditos diferentes, que não se adequam ao padrão exigido pela sociedade. O fechamento destes no aspecto amplo significa uma transformação social, ou melhor, significa um processo civilizatório.

Reportando-se ao processo de abertura democrática entre fins da década de 70 até a constituição cidadã de 1988, é importante considerar que as lutas específicas¹⁶ traziam novos espaços de discussão política e temáticas diretamente relacionadas às necessidades cotidianas das classes populares. Ao mesmo tempo, permitiam a ampliação da percepção sobre a articulação destas lutas locais e/ou específicas com uma cadeia complexa das relações macropolíticas.

A organização popular, em um momento de fragilidade inicial das organizações tradicionais (massacradas pela ditadura, que perseguiu, torturou, matou ou exilou seus militantes), aproximou importante parcela da sociedade. A politização das questões cotidianas, no sentido de contextualizá-las na luta democrática, permitiu aglutinar uma base militante, a qual construiu estratégias de mobilização e articulou formas de intervenção direta

¹⁶ Como, por exemplo, a aglutinação das associações de bairros na luta contra a carestia e, posteriormente, a discussão de um sistema universal de saúde.

nas políticas de Estado. As conquistas sociais da constituição de 88 refletem este cenário. Esta dupla percepção do processo: seja no que se refere à politização de uma temática que se amplia para a discussão da sociedade, seja em relação à efetividade da mobilização e suas conquistas, não pode desconsiderar um período anterior à globalização neoliberal e as mudanças operadas no mundo do trabalho e das relações sociais passados três décadas.

A ideia inicial de democracia participativa como estratégica para a conquista de direitos, a Reforma Psiquiátrica e os movimentos antimanicomiais tinham como espaço e ferramentas de disputa: os serviços, as mobilizações aglutinadoras de diversos segmentos da sociedade civil organizada, e as formas de participação nas estruturas de Estado, incluindo a ocupação de postos estratégicos da gestão em todos os níveis. Isto, associado a uma forte defesa da dimensão sociocultural, que considerava a intervenção no cotidiano do território e a desconstrução do imaginário social inerente às práticas transformadoras preconizadas. As ações da saúde mental no município de Santos, no período pós intervenção na Casa de Saúde Anchieta, refletem esta preocupação. Ao mesmo tempo, a efervescência das lutas, durante o período de tramitação do PL 3657/89 (PL Paulo Delgado), resgatam um certo perfil de intervenção comum aos trabalhadores, usuários e familiares da saúde mental. Ao mesmo tempo, permitem observar uma diferença no momento atual, considerando o montante de pessoas envolvidas nos dispositivos da 'Reforma Psiquiátrica'. Talvez seja possível dizer que as formas de organização da sociedade pós década de 90 e as características do processo político no Brasil pós golpe apresentam diferenças que precisam ser consideradas para resistência aos tempos sombrios que atravessamos.

Para analisar, hoje, as questões do controle social das políticas públicas, é necessário realizar uma crítica construtiva do processo estabelecido (com o cuidado de não jogar fora a água da bacia junto com o bebê) para, posteriormente e a partir disto, buscar estratégias para implementar um processo democrático participativo, que tenha como meta fundante uma efetiva garantia de políticas de Estado no campo dos direitos humanos. Entende-se que, nestas, estão contidas as políticas de acesso universal à saúde, à saúde mental, aos direitos (civis, políticos e sociais).

Assim, uma ferramenta importante é o conceito de hegemonia – articulando-o com a ideia de que o imaginário social é parte estruturante na busca pela garantia de direitos. Neste sentido, retorna-se ao conceito de "instituições privadas de hegemonia" como locais fundamentais a serem "ocupados" e reconstruídos no sentido da resposta a questões simples

(simples apenas em uma primeira visada): A quem servem estas instituições? Para que servem estas instituições? A serviço de quem atuam? A quem respondem?

Outro aspecto seria a efetiva garantia de espaços de participação nas estruturas de gestão, através do resgate dos espaços (alguns já existentes) de formulação, implementação e acompanhamento de políticas e destinação de financiamento, que não fossem forjados como lugares de ratificação da lógica dominante, mas sim, lugar com poder de deliberação e voto.

Um aspecto sensível parece ser a compreensão que, entre a gestão no poder executivo – ou seja, os espaços formais de gestão da política nas estruturas de estado – e os movimentos sociais, existem perspectivas distintas mesmo que, em certos casos, se possa afirmar que são perspectivas distintas para bandeiras comuns. Sendo assim, estes últimos (os movimentos sociais) não podem estar submetidos à agenda da gestão. Isto, apesar de, necessariamente, ambos estarem em permanente relação – de pressão, de diálogo – mas preservando a visão estratégica de não poderem ser capturados como instrumentos a serviço da pauta da própria gestão. Digo isto, mesmo no cenário de uma gestão no campo democrático-popular.

O período de aparente harmonia no campo das bandeiras comuns não significou que os avanços conquistados fossem ratificados por um movimento antimanicomial que perpetuasse uma renovação de suas lideranças e formação política de sua militância. As formas de contrato de trabalho e as remunerações reduzidas, mesmo de estatutários, gerou uma rotatividade crescente dos trabalhadores. Este ponto também foi um dos aspectos que influenciou, negativamente, a apropriação destes da história das lutas e do caráter conceitual e político do processo em curso. Isto, considerando que, ainda hoje, a formação técnica prioritária acontece nos serviços, pois as universidades ainda são reproduutoras, na graduação, de uma lógica conservadora do cuidado em saúde mental, salvo exceções em poucas instituições e em nível de pós-graduação.

A crítica construtiva se dá, também, no sentido das diretrizes que, por muitos motivos, sejam estruturais ou de concepção, não lograram uma implementação que superasse o reducionismo da reorganização de serviços com fechamento de hospitais. A inserção cotidiana na cidade, no imaginário social estruturante, da lógica de ruptura de paradigma defendida, implicaria que, nas ações realizadas, a organização dos usuários e familiares precisa ser entendida como parte inerente da construção do protagonismo. Esta linha de ação não se configurou como potência prioritária da ampliação das redes de saúde mental.

Desta forma, analisar os impasses do processo de Reforma Psiquiátrica com o olhar sobre a luta política até então em curso aponta para uma agenda propositiva de articulação dos movimentos e entidades. É preciso considerar, entretanto, a atual fragilidade do estado democrático no país. Pensar em formas de organização dos movimentos não se dá nos mesmos parâmetros da década de 80, e, principalmente, na década de 2000. O quadro de desmonte generalizado de todas as políticas públicas ligadas aos direitos sociais e a vertente religiosa voltada às questões civis define uma urgência ímpar na definição de uma visão estratégica do processo de resistência.

Uma agenda plural de consenso para a ação

Partindo da concepção estruturante de que a luta pelos direitos humanos é a luta por um processo civilizatório, por uma sociedade inclusiva, solidária, e que reconhece na diversidade a sua grande riqueza, hoje, o desafio é aglutinar forças. É a busca pela articulação de um movimento social forte (e aqui falamos diretamente ao campo da Reforma psiquiátrica antimanicomial) e que tal qual a discussão sobre o processo civilizatório, tenha clareza de suas divergências, mas também encare sua diversidade como potência. Articulação que tenha a capacidade de esgotar o diálogo em prol de pactuações de princípios fundamentais e bandeiras.

Ampliar as lutas pela restituição de um estado democrático de direito no país, junto aos diversos setores organizados, mas tendo a clareza de que suas bandeiras específicas e a disputa pela conquista de corações e mentes, a disputa pela hegemonia do campo da luta antimanicomial é parte estruturante e aglutinadora das bases – usuários, familiares, pesquisadores, gestores, formadores no âmbito formal (academia) e informal (comunidade).

Constituir frentes de luta também no campo institucional, ampliando os espaços participativos através de alianças estratégicas com parceiros engajados e outros movimentos de defesa dos direitos humanos. No âmbito da macropolítica, é necessário ter instrumentos legais de impedimento do desmonte do estado democrático de direito e, no subsetor saúde mental, encontrar caminhos para pequenos avanços e resistência à precarização de conquistas históricas. Exemplos destes espaços são os Conselhos de Saúde, de Direitos Humanos, as Frentes Parlamentares, os setores do Ministério Público, a defensoria pública entre outros.

Ter como perspectiva estratégica a intervenção no imaginário social como determinante para a difusão de uma concepção de mundo que esteja voltada à redução das desigualdades. Deste modo, as instituições que produzem saber e consciência coletiva são fundamentais. As universidades e escolas cumprem um papel determinante na formação de consciência política e, desta forma, o investimento nos currículos, com o objetivo de incorporar as agendas dos direitos humanos. No campo específico da saúde, a questão da desconstrução do modelo biomédico em prol de uma compreensão integral do sujeito. Neste bojo se insere a questão da ruptura com o paradigma manicomial. Assim, tanto os cursos de graduação quanto as pós-graduações necessitam ter como compromisso a produção de um conhecimento crítico. Apropriar-se de uma experiência formativa que não esteja restrita a um repasse de técnicas de diagnóstico e tratamento ou à padronização do andar a vida.

Fortalecer entidades engajadas na luta do campo específico, entendendo a importância da produção intelectual, epistemológica e seu papel na difusão para a sociedade de uma perspectiva crítica. No campo da saúde mental, a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), com sua configuração multiprofissional, além de abranger diversos setores (usuários, familiares, profissionais de serviço, intelectuais, estudantes, ativistas de direitos humanos e causas libertárias) é um exemplo de instrumento afirmativo de um posicionamento político estratégico no campo macropolítico e das lutas por uma sociedade democrática – e este fortalecimento se traduz na participação, no planejamento e organização da agenda de lutas e bandeiras. Tal qual a ABRASME na saúde mental, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) são entidades da Saúde Coletiva que, historicamente, têm produzido formulações técnicas e políticas no campo geral e subsetores da saúde orientados pela lógica da Reforma Sanitária como um processo civilizatório.

Por fim, voltado à luta antimanicomial faz-se necessária a ênfase em uma rearticulação do movimento em suas bases. A importância de garantir espaços de discussão política no cotidiano dos serviços de saúde mental e o incentivo à criação e ao fortalecimento de associação de usuários e familiares são compreendidos como o caminho para a construção do protagonismo de seus atores. Não há luta sem consciência política e a consciência do potencial de transformação determina o protagonismo. Desta forma, entende-se tal ação como uma das dimensões da Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial.

Em última instância, é uma estratégia de cuidado – de garantia do cuidado como emancipação e, deste modo, inherente ao objetivo de ruptura com o paradigma antimanicomial. Esta emancipação está voltada, não apenas aos usuários, mas também aos trabalhadores, considerando a perspectiva clínico-política do campo antimanicomial. Colocando de outra forma, esta ferramenta nos permite sair do lugar de espectadores passivos para um outro, onde se possa tomar as rédeas de nossos caminhos e escolhas no campo individual e coletivo.

Sendo assim, como conclusão deste ensaio, a assertiva de Sérgio Arouca, a partir da proposta do CEBES na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, reflete, em uma frase, a discussão: “Saúde é Democracia” e, explicitando o que está dito de forma subliminar, a democracia só é possível através da efetiva participação popular.

Referências

ALVES, Ana Rodrigues Cavalcanti. O conceito de hegemonia: De Gramsci a Laclau e Mouffe. *Lua Nova*, São Paulo. 80;71-96. 2010

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. PanoramaENSP. 1995.143p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Emenda constitucional nº 95, de 2016**. Publicação Original. Legislação informatizada. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 14/08/2017.

COELHO, Daniela Albrecht Marques. **Consciência antimanicomial em tempos democrático-populares**: caminhos de um movimento. Rio de Janeiro: Gramma. 2017. p.283-312.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira. 1999. 318p.

FREITAS, Fernando & AMARANTE, Paulo. **Medicalização da Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2015.148p.

HONNETH, Axel. **Luta por Reconhecimento**. A Gramática Moral dos Conflitos Sociais. São Paulo: Editora 34, 2009, 2ª edição.

IBGE. Projeção da população do Brasil e das unidades da federação. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> acesso em 13/08/2017.

MBEMBE, Achille. A Era do Humanismo está terminando. Tradução André Langer. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos/IHU On-line.** Janeiro 2017. DISPONÍVEL EM: <http://www.ihu.unisinos.br/564255-achille-mbembe-a-era-do-humanismo-esta-terminando>. ACESSO EM 15 de julho 2017.

NASCIMENTO, Bruno Ribeiro. A mistificação das massas: os operadores da indústria cultural na obra de Adorno e Horkheimer. **Revista temática.** Ano VII. nº9 – setembro/2011 disponível em: www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/tematica/article/download/30009/15853

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência:** diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Ed. Papel Social. 2016. 228p.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 2010. 192p.

Abstract

The Brazilian Psychiatric Reform process is considered a reference in mental health care in the world and today it is a State policy. From its beginnings in the late 1970s to the present day, it has reached countless achievements. Among the main ones are the national mental health law (10.216 / 01) and the establishment of a territorial services network. It is considered that the existence of a powerful social movement - the anti-asylum movement - was the driving force behind this trajectory and is still a fundamental device in guaranteeing its sustainability. This essay tries to discuss in the temporal frame of the process of Psychiatric Reform, aspects that involve the anti-asylum fight, its course and challenges in the current conjuncture. It is assumed that this is a proposal of transformation of society and is not restricted to the closure of psychiatric hospitals. From the historical context of the struggles for rights in Brazilian society, specifically in the conformation of the anti-asylum struggle as a social movement, articulates the analysis of the current political moment in the international and Brazilian society scope with a critical perspective towards the strengthening of the hegemony dispute of a model of mental health care which has a close relationship with the civilizing process of society and the struggle for democracy.

Keywords: Psychiatric Reform. Mental health. Public policy. Antimanicomial fight.