Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Milene Santiago Nascimento

Estratégia e inclusão social: debates sobre desinstitucionalização no campo da saúde mental

Rio de Janeiro
2021

Milene Santiago Nascimento

Estratégia e inclusão social: debates sobre desinstitucionalização no campo da saúde mental

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

N244 Nascimento, Milene Santiago

Estratégia e inclusão social: debates sobre desinstitucionalização no campo da saúde mental / Milene Santiago Nascimento – 2021.
189 f.

Orientador: Martinho Braga Batista e Silva

Doutorado (Tese) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Saúde mental – Teses. 2. Desinstitucionalização – Teses. 3. Assistência em saúde mental – Teses. 4. Controle social formal – Teses. I. Silva, Martinho Braga Batista e. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Milene Santiago Nascimento

Estratégia e inclusão social: debates sobre desinstitucionalização no campo da saúde mental

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 10 de dezembro de 2021.

Orientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Rogério Lopes Azize

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

_____

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

_____

Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

Universidade Federal de São Paulo

_____

Prof.ª Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Aos que fizeram história em minha trajetória e motivaram este estudo: Dário, Edson, José Antônio, Onísio, Maria José, Maria das Graças, Nilton, Genésio, Raiffe, Patrícia e Eunice. Àquele que é a história do meu coração: Francisco, meu “Chico”.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto de Medicina Social, por me receber e propiciar minha caminhada pelo campo da Saúde Coletiva. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo suporte financeiro.

Ao acolhimento e companheirismo com o qual Martinho Braga Batista e Silva facilitou meu percurso. À você toda minha gratidão por ter tornado esta história mais leve e, sobretudo, pela orientação respeitosa e de grande maestria. Orientadores-ponte são poucos. Orientadores que amparam, menos ainda. Muito obrigada!

À todas as orientadoras que contribuíram para a construção do meu conhecimento: Profª Drª Ingrid Vorsatz, Profª Drª Maria Isabel Fortes, Profª Drª Regina Herzog, Profª Ms. Elisa Maria Ramos Carvalho. Mulheres na pesquisa!

Àquela que desde sempre me incentivou à trajetória acadêmica: Rosaura Oldani Félix.

À Maria Paula Cerqueira Gomes, que me recebeu no primeiro momento em que decidi ser doutora, quem me disse que a "desinstitucionalização" é um caminho que não tem ponto final, que deveria ser objeto de minha pesquisa e me apresentou ao meu orientador. Toda minha gratidão.

Ao professor Dr. Ricardo Sparapan Penna, pela acolhida na Universidade Federal Fluminense, no estágio de docência.

Aos meus pais, Sandra e Marcos, e à minha irmã querida, Melise: incansáveis motivadores, apoiadores. São eles que oferecem sempre o amor suficiente para continuar a caminhada. Suporte diário, parceiros da vida...

Ao meu amor "Negão", vulgo "Ricardo", companheiro, interlocutor nos debates sobre a filosofia da vida, a pessoa que admiro imensamente, apoiador desta jornada. Quem me disse: "quando você decidir fazer o doutorado, você vai fazer!". Minha gratidão e amor!!!

Às minhas queridas tias amadas, Nena e Mara, e aos meus primos: Mateus, Lívia e Letícia. Com vocês, aprendi que realmente é necessário uma comunidade inteira para criar uma criança.

Aos amigos que suportaram minhas ausências e meus momentos de desespero: Gustavo, Fernanda, Simone, Bel... estou de volta desta imensidão que é o doutoramento. Obrigada pelo suporte e carinho!!!

Àqueles que torceram e enchem a boca para dizer "agora você é doutora!": Luena, Josie, João Paulo, Tia Susy e Débora.

Ao meu amigo e “sobrinho” Guga, pelos “socorros” técnicos durante esta jornada.

E, por fim, todos que fizeram parte de minha trajetória, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, na militância, àqueles que receberam meu ato de cuidar e aos parceiros de discussão sobre o mar da Saúde Mental. Os incontáveis. Agradeço muito nosso encontro!

Que se eu tiver que ficar nu / Hei de envolver-me em pura poesia / E dela farei minha casa, minha asa / Loucura de cada dia / Dá-me o silêncio da noite / Pra ouvir o sapo namorar a lua / Dá-me direito ao açoite / Ao ócio, ao cio /À vadiagem pela rua / Deixa-me perder a hora / Pra ter tempo de encontrar a rima / Ver o mundo de dentro pra fora / E a beleza que aflora de baixo pra cima / Ó meu Pai, dá-me o direito / De dizer coisas sem sentido / De não ter que ser perfeito / Pretérito, sujeito, artigo definido / De me apaixonar todo dia / E ser mais jovem que meu filho / De ir aprendendo com ele / A magia de nunca perder o brilho / Virar os dados do destino / De me contradizer, de não ter meta / Me reinventar, ser meu próprio deus / Viver menino, morrer poeta.

Vander Lee

RESUMO

NASCIMENTO, Milene Santiago. *Estratégia e inclusão social:* debates sobre desinstitucionalização no campo da saúde mental. 2021. 187 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Sabe-se que a desinstitucionalização é compreendida a partir do referencial italiano de desconstrução do aparato manicomial, relativo a inimputabilidade, cronicidade, periculosidade e incapacidade que configuram o estatuto social da loucura. Entretanto, práticas e discursos ao longo do processo de reforma psiquiátrica brasileira apontam para uma polissemia do termo, geralmente confundido com desospitalização. Este estudo se propôs identificar os usos e sentidos da desinstitucionalização no campo da saúde mental, tendo como referência o conceito italiano, cunhado por Rotelli, Leonardis e Mauri, apropriado no Brasil por Paulo Amarante e ampliado pelas discussões de Yasui e Saraceno, bem como a construção contemporânea dos níveis de desinstitucionalização de Venturini. Foi realizada uma investigação bibliográfica em documentos produzidos nesse campo, publicados entre os anos de 1990 e 2015, do mesmo modo como uma etnografia de eventos presenciais e virtuais, promovidos entre os anos de 2018 e 2020. Para tanto, beneficiamo-nos da perspectiva de Juarez Furtado, Ligia Vieira-da-Silva e Pierre Bourdieu e consideramos a saúde mental um campo ao mesmo tempo científico e burocrático, seu agentes, os “mentaleiros”, circulando por espaços variados de luta antimanicomial e cunhando categorias de percepção e apreciação da realidade específicos. Para construir os procedimentos metodológicos, adotou-se a etnografia de interface proposta por Ortner e uma etnografia em congresso conduzida por Azize. Observou-se que “estratégia” e “processo” são os sentidos de desinstitucionalização mais frequentes nos documentos oficiais consultados, como as portarias, enquanto “inclusão social” e “habilitação psicossocial” são os prevalentes nos artigos científicos reunidos. Estes resultados apontam para usos do conceito que extrapolam, mas envolvem a saída do hospital psiquiátrico. A etnografia em eventos ratificou os resultados da investigação bibliográfica e expandiu os sentidos para transinstitucionalização, resistência, e neo-institucionalização. Além disso, marcada pelas atividades em ambientes digitais e atravessada pandemia de COVID-19, essa etapa da pesquisa revelou temáticas pouco abordadas pelos documentos, como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e sofrimento devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Saúde mental. Análise documental. Etnografia em eventos.

ABSTRACT

NASCIMENTO, Milene Santiago. *Strategy and social inclusion*: debates on deinstitutionalization in the field of mental health. 2021. 187 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

It is known that deinstitutionalization is understood from the Italian framework of deconstruction of the asylum apparatus, related to non-imputability, chronicity, dangerousness and incapacity wich configure the madness' social status. However, practices and discourses throughout the Brazilian psychiatric reform process point to a polysemy of the term, generally confused with dehospitalization. This study aimed to identify the uses and meanings of deinstitutionalization in the field of mental health, considering the Italian concept as a reference, stated by Rotelli, Leonardis and Mauri, appropriated in Brazil by Paulo Amarante and expanded by the discussions of Yasui and Saraceno, as well as the Venturini's contemporary construction of levels of deinstitutionalization. A bibliographic investigation was developed with documents produced in this field, published between 1990 and 2015, as well as an ethnography of presential and virtual events, promoted between 2018 and 2020. Therefore, we were benefit from the perspective of Juarez Furtado, Ligia Vieira-da-Silva and Pierre Bourdieu and considered mental health as a scientific and bureaucratic field at the same time, its agents, the "mentalers", circulating through various spaces of anti-asylum struggle and stating specific categories of perception and appreciation of reality. To develop the methodological procedures, the interface ethnography proposed by Ortner and a congress ethnography conducted by Azize were adopted. It was observed that "strategy" and "process" are the most frequent meanings of deinstitutionalization in the official documents consulted, such as ordinances, while "social inclusion" and "psychosocial qualification" are prevalent in the scientific articles gathered. These results point to uses of the concept that go beyond, but involve the leaving of the psychiatric hospital. Event ethnography confirmed the results of the bibliographic research and expanded the meanings for trans-institutionalization, resistance, and neo-institutionalization. In addition, marked by activities in digital environments and crossed by the COVID-19 pandemic, this stage of the research revealed themes that were little addressed in the documents, such as Custody Hospitals, Psychiatric Treatment and suffering due to the abusive use of alcohol and other drugs.

Keywords: Deinstitutionalization. Mental health. Document analysis. Ethnography at events.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais
EAP	Equipe de Atenção Básica Prisional
FASM	Frente Ampliada de Saúde Mental
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LGBTQIA+	Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAILI	Pograma de Atenção Integral ao Louco Infrator
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	**O CONCEITO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**.....	18
1.1	**O marco teórico de desinstitucionalização: Franco Rotelli, Ota de Leonardis e Diana Mauri**.....	20
1.2	**O conceito de desinstitucionalização no Brasil**.....	23
1.2.1	As dimensões da Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização.....	26
1.3	**Os níveis de desinstitucionalização de Ernesto Venturini**.....	32
1.4	**A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial**.....	36
2	**ELABORAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS**.....	42
2.1	**Um percurso teórico: o conceito de campo**	43
2.1.1	O conceito de campo, a Saúde Mental e a Saúde Coletiva.....	43
2.1.2	A concepção de campo de Pierre Bourdieu.....	56
2.2	**Procedimentos metodológicos**.....	65
2.2.1	A investigação bibliográfica.....	65
2.2.2	A etnografia de eventos.....	67
3	**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM DOCUMENTOS: USOS E SENTIDOS**.....	76
3.1	**O campo burocrático**.....	80
3.2	**O campo científico**.....	99
3.3	**A relação entre os campos burocrático e científico**.....	116
4	**A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM EVENTOS: O QUE DIZEM OS AGENTES?**.....	124
4.1	**Os eventos presenciais**.....	129
4.1.1	Desinstitucionalização como resistência.....	133
4.1.2	Desinstitucionalização e intersetorialidade na mesa.....	138
4.1.3	Desinstitucionalização e encarceramento no eixo.....	143
4.1.4	Desinstitucionalização na roda.....	148
4.1.5	(Trans)(Desinst)Institucionalização.....	149
4.1.6	Promoção está para os usuários como inclusão está para os profissionais?.....	151
4.2	**Os eventos virtuais**.....	153

4.2.1 Associações, conselhos, universidades promovendo saúde mental..... 156
4.2.2 A desinstitucionalização no campo virtual: preocupação com os HCTPs..... 160
4.2.3 A desinstitucionalização subentendida..... 166
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 168
REFERÊNCIAS..... 179

INTRODUÇÃO

Dentre as múltiplas possibilidades para iniciar esta tese, optei por trazer uma memória que me motivou a me debruçar sobre o tema da desinstitucionalização. Foi o percurso trilhado no campo da Saúde Mental, ora como psicóloga, ora como gestora, que me levou até à desinstitucionalização. Durante a graduação em Psicologia, entre os anos de 1999 e 2003, pouco ouvi falar sobre a Reforma Psiquiátrica, sendo a ela dedicada apenas uma disciplina, em um semestre, com a carga horária 100 minutos semanais. Por sorte, outra professora, referência para minha trajetória, me apresentou, de forma mais aprofundada, Goffman, Foucault, Bataille, Castel, dentre outros autores que foram imprescindíveis para que eu pudesse adentrar na prática profissional a partir da perspectiva da Reforma.

Logo após a graduação, ingressei no mestrado, na área que acreditava que seria o alicerce principal para minha prática profissional: Teoria Psicanalítica. Costumo dizer que ela é fundamental, mas não esgota as exigências do campo pelo qual me apaixonei. Encontrei-me com o Sr José, com Genésio, com Dário e com tantosoutros usuários que mudaram o curso da minha profissão ao final do mestrado. Esse encontro foi marcado por um processo de ressignificação pessoal e profissional, exigindo que eu buscasse ferramentas afetivas, simbólicas e conceituais.

Ingressei no campo da Saúde Mental como psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, em um município de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, quase na divisa com São Paulo, em 2007. Na época, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ainda denominada Programa de Saúde Mental, possuía apenas um CAPS II e um CAPS álcool e outras drogas (CAPS ad). Além desses, um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes, composta por equipe multidisciplinar. Atuando no CAPS II, me aproximei dos munícipes que estavam internados em um hospital psiquiátrico de referência há muitos anos. A proposta era visitá-los, semanalmente, para construção de vínculo, pois iriam futuramente para a Residência Terapêutica (RT) a ser implantada. Não utilizávamos a palavra “desinstitucionalização”, embora seja interessante destacar que a desinstitucionalização já era uma referência que pautava a lógica do campo da Saúde Mental e os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O movimento de visitas semanais ao hospital psiquiátrico me revelou a urgência da saída, para qualquer lugar que fosse, daquelas pessoas que estavam num lugar que cheirava ao horror da violência e da segregação. “Qualquer lugar”, eu pensava. Não pensava em inclusão social, contratualidade, desconstrução do paradigma psiquiátrico. Pensava que, humanamente,

era impossível viver e existir naquele lugar. Pela primeira vez deixei de ter medo de morrer e passei a ter medo de enlouquecer. Pela primeira vez me senti convocada subjetiva, ética e civilmente a me posicionar.

E assim foram passando os anos. Fui me aproximando daquelas pessoas, da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Conselho Municipal de Saúde, da Associação de Saúde Mental do município. Frequentando espaços de construção de pensamento e de estratégias para o campo. À medida que o tempo foi passando, fui me aproximando da "famosa" desinstitucionalização. O tempo me mostrou que não se tratava de "qualquer lugar" ou ainda "sair do hospital" ou ainda "implantar a RT".

Passei a coordenar o processo que denominávamos de "desinstitucionalização e implantação da RT", insistindo na palavra desinstitucionalização. Neste ínterim, um caso em particular me afetou. Patrícia tinha 19 anos quando saiu de uma instituição de acolhimento para crianças e adolescentes e foi "transferida" do serviço de saúde mental infanto-juvenil para o CAPS II. Tratava-se de um quadro extremante grave, sem suporte familiar e social; por isso, Patrícia foi internada no hospital psiquiátrico pouco tempo depois. O município não tinha RT, nem outro espaço para acolhimento de adultos. Patrícia foi um caso emblemático, que atestou para toda a equipe a sanidade existente no caos: a saída mais sã diante do contexto era adoecer. Patrícia emudeceu e produzia um quadro físico que mudava rapidamente quando a buscávamos no manicômio e levávamos ao hospital geral. Era um pedido de socorro!

Enquanto lidávamos com tamanha complexidade, inauguramos a RT no ano de 2011. Eu me perguntava: e agora?!? É isso? Sair de um manicômio e ir para outro? Capacitar cuidadores, idas dos moradores ao CAPS, receber o Benefício de Prestação Continuada, aposentadoria ou o auxílio-reabilitação do Programa de Volta para Casa (PVC) e... só. Na RT permaneciam dia e noite, em meio a outro caos. Eu me perguntava: a desinstitucionalização é isso? Chegamos a um ponto final?

Esse desconforto que nomeávamos de desinstitucionalização transformou um processo de trabalho em um objeto de pesquisa. Queria saber qual era a especificidade e os possíveis significados que este termo adquire no campo da Saúde Mental no Brasil. Sabia que a referência era o modelo italiano da Reforma e que utilizávamos seu conceito de desinstitucionalização: "ruptura com o paradigma da psiquiatria e do discurso médico acerca da loucura". Contudo, percebia que embora a referência italiana alicerçasse o entendimento sobre a a desinstitucionalização no Brasil, neste contexto, ela poderia ter características distintas.

Assim, busquei no campo da Saúde Coletiva as ferramentas para tentar responder aos questionamentos e acolher o desconforto que minha prática, por vezes, me causava. Isto porque percebia um certo descompasso entre o que entendia por desinstitucionalização e o que fazia como desinstitucionalização. Além disso, sentia que havia, nos documentos governamentais que orientavam o cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, a implantação de serviços e as propostas denominadas de desinstitucionalização, mais um pragmatismo que se referia à operacionalização do processo e menos relacionado à dimensão ideológica.

Para desenvolvermos esta pesquisa, buscamos responder ao seguinte problema: quais os usos e sentidos de desinstitucionalização acionados pelos agentes do campo da saúde mental brasileiro?

Partimos do pressuposto de Furtado *et al*. (2016), que entende a Saúde Mental como um campo, identificando que os agentes que o compõem transitam por diversos espaços, como o científico e burocrático. Por esta via, os pesquisadores, buscando compreender como os agentes do campo se apropriam do termo "território", procederam a uma investigação bibliográfica nas publicações do campo científico e nos documentos produzidos pelo campo burocrático. O pressuposto de Furtado *et al* é fundamentado na pesquisa de Vieira-da-Silva e Pinell (2014), que se propuseram a refletir se a Saúde Coletiva poderia ser considerada um campo.

Seguindo esses passos, estruturamos nossa pesquisa: assumindo, também, que a Saúde Coletiva é um campo, acessamos suas produções, através de pesquisa bibliográfica, em documentos científicos e governamentais elaborados no período compreendido entre 1990 e 2015. Além disso, realizamos uma etnografia de eventos produzidos pelo campo, nos anos entre 2018 e 2020.

O ano de 1990 foi considerado o marco teórico de nossa pesquisa. É apresentado, no primeiro capítulo, no qual abordamos o conceito de desinstitucionalização. Nele, explanamos o conceito, a partir da referência italiana: Rotelli, Leonardis e Mauri, que têm seus trabalhos no livro "Desinstitucionalização", publicado em 1990 e organizado por Fernanda Nicácio. Neste capítulo apresentamos a apropriação brasileira do conceito, através dos três "Ds" propostos por Amarante (2010 [1996]): "desinstitucionalização como desassistência", "desinstitucionalização como desospitalização" e "desinstitucionalização como desconstrução". Além disso, a concepção das dimensões da Reforma Psiquiátrica (teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural), também propostas por Amarante (1999; 2003), com as contribuições de Yasui (2010) para pensarmos se é possível

afirmar que as mesmas dimensões também podem ser associadas à desinstitucionalização. Apresentamos referências mais recentes de desinstitucionalização trazidas por Venturini (2016a), que propõe os níveis da desinstitucionalização: desospitalização, habilitação social, inclusão social e promoção de valor social. Por fim, trouxemos algumas contribuições de Saraceno (2001) acerca das relações entre reabilitação psicossocial e desinstitucionalização.

Os postulados teóricos do primeiro capítulo nos serviram para construir um alicerce que serviu de chave de análise para a interpretação dos nossos achados, tanto na pesquisa bibliográfica, quanto na etnografia.

No segundo capítulo, apresentamos um referencial teórico-metodológico e os procedimentos utilizados para a coleta de dados. No referencial teórico-metodológico, nos aprofundamos no conceito de campo, partindo de concepções mais abrangentes, trazidas por Furtado *et al* (2016), acerca do campo da Saúde Mental e sobre o campo da Saúde Coletiva, demarcadas por Vieira-da-Silva e Pinell (2014) e Vieira-da-Silva (2019), até a concepção mais específica, ou seja, o conceito de campo de Pierre Bourdieu. Esta última é um alicerce importante para o campo Saúde Coletiva.

Com a apropriação desse conceito, pudemos assumir que a Saúde Mental é um campo, o que nos orientou para compreender seu funcionamento, o papel de seus agentes e sua circulação por diversos espaços, simultaneamente, como serviços, militância e academia. Nesse sentido, nos ofereceu a indicação para os procedimentos metodológicos. Dentre várias possibilidades de conhecer o campo, escolhemos acessá-lo através de suas publicações e das declarações dos agentes nos espaços interacionais, ou seja, nos eventos. O leitor irá se deparar, portanto, inúmeras vezes com o termo “campo” nesta tese. Ressaltamos que ele se difere da expressão “trabalho de campo”. Com relação ao termo “campo”, como dissemos, utilizamos um referencial da Teoria Social; a expressão “trabalho de campo” refere-se a uma metodologia utilizada pela Antropologia.

O campo científico foi investigado através das publicações indexadas na *SciElo*, no qual buscamos os trabalhos que continham “desinstitucionalização” e “saúde mental” nos títulos, resumos e palavras-chave. O campo burocrático foi acessado através dos documentos publicados pelo Ministério da Saúde, disponíveis no sítio da Coordenação Nacional de Saúde Mental e na Biblioteca Virtual em Saúde. Assim como no campo científico, utilizamos alguns descritores, como “desinstitucionalização” e “saúde mental”. Como já indicado, pesquisamos os documentos publicados por ambos os campos no período entre 1990 e 2015.

A etnografia dos eventos foi sustentada na metodologia proposta por Ortner (2010), que propõe o estudo de grupos ou espaços sociais através das atividades que ele abre à

comunidade. Ela denomina esta empreitada de “etnografia de interface”. Tomamos, ainda como referência, a etnografia de um congresso realizada por Azize (2010), que contribuiu para a construção de nossos passos. Buscamos, assim como na investigação bibliográfica, os eventos que tivessem “desinstitucionalização” no título ou como eixo temático.

Durante a etnografia, que estava sendo realizada nos anos de 2018 e 2019, com previsão que acontecesse até 2020, fomos pegos pela pandemia do Coronavírus. Tal condição impossibilitou o campo de realizar eventos presenciais, levando-o a migrar para o campo virtual. Assim, os eventos passaram a acontecer de forma remota. Utilizando os estudos realizados por Bonet (2014) sobre a institucionalização da Medicina de Família e por Deslandes e Coutinho (2020) a respeito da pesquisa social em ambientes digitais, migramos a etnografia para esse espaço, compreendendo que não seria necessário a construção de uma metodologia específica. Entendemos que existem ferramentas específicas para investigação digital, mas dadas as condições da pandemia, do tempo disponível e as referências supracitadas, percebemos que não havia a necessidade de adotá-las.

O referencial teórico-metodológico e os procedimentos utilizados conformaram uma metodologia que construímos para a análise do campo da Saúde Mental. Obtivemos, assim, por intermédio dos documentos as produções dos agentes, legitimadas por seus pares, fundamentais para o reconhecimento dentro do campo. Através dos eventos, acessamos as falas dos agentes, que foram legitimadas ou não, o que elucidou as disputas pertencentes ao campo.

No terceiro e no quarto capítulos, são apresentados os resultados da investigação. No terceiro, elucidamos e discutimos os resultados da pesquisa bibliográfica, que nos permitiu caracterizar a desinstitucionalização no contexto brasileiro predominantemente no polo de dominância funcional, descrito por Furtado *et al* (2016). A desinstitucionalização apresentou como sentidos prevalentes: “estratégia”, “processo” e “desospitalização”, no campo burocrático; e “desospitalização”, “habilitação social” e “inclusão social”, no campo científico. Além disso, entre os campos burocrático e científico percebemos uma relação de influência do primeiro sobre o segundo.

No quarto capítulo, são apresentados os achados da etnografia dos eventos físicos e virtuais. Os eventos físicos ratificaram os achados da pesquisa bibliográfica, embora, com maior incidência, se comparado aos documentos dos campos científico e burocrático, identificamos o sentido “promoção de valor social”. Chamou-nos a atenção o fato de a desinstitucionalização ser acionada como resistência e, ainda, por aparecerem discussões sobre neo-institucionalização, transinstitucionalização e reinstitucionalização. Entretanto,

esses últimos fenômenos não fizeram parte de nossas análises, por não possuirmos ferramentas para a empreitada nesta tese.

Com relação aos eventos virtuais, nos saltaram aos olhos alguns aspectos: 1) a maioria deles trouxe uma preocupação com o desmonte da política de saúde mental, garantia de cuidado e sustentação da Reforma Psiquiátrica; 2) também predominam preocupações com a pandemia e a garantia de cuidado na RAPS; 3) a desinstitucionalização foi pouco acionada. Quando ocorreu, foi no contexto da discussão sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e com os sentidos mais ou menos equilibrados entre "promoção de valor social", "desconstrução", "desospitalização" e "inclusão social".

Nossa pesquisa ratificou a concepção de Amarante (2010 [1996]), que defente existir uma diversidade de práticas sob o guarda-chuva da "desinstitucionalização", assim como a assertiva de Venturini (2016a), que defende se tratar de um termo polissêmico.

Este estudo não traz julgamentos ou qualifica os achados. A perspectiva deste trabalho foi apresentar a pluralidade em torno da desinstitucionalização, trazendo a singularidade dessa lógica no campo brasileiro da Saúde Mental. Esta tese não teve a pretensão de esgotar o tema, mas, ao contrário, abrir uma porta para que mais agentes do campo possam se apropriar desta polissemia e assim construirmos um aprofundamento do debate sobre a desinstitucionalização.

Nas páginas a seguir será encontrado um fio conduzido, desde 1990, através de documentos produzidos pelo campo, que passa pelas falas de seus agentes, chegando ao debate realizado em ambiente virtual. O conceito que é sistematizado por Rotelli, Leonardis e Mauri, em 1990, continua sendo assunto há 31 anos.

1 O CONCEITO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Em uma das saídas do manicômio, lugar que seria deixado brevemente, para visitas semanais à comunidade onde se situaria a Residência Terapêutica, “Seu” Antônio, internado há aproximadamente 20 anos, tinha o olhar perdido pela janela da Kombi. Perguntei: “o que o senhor está vendo?”. Ele me respondeu: “a cidade. Ela está brilhando que nem um diamante”. Naquele momento, percebi a imensidão da palavra “desinstitucionalização”. Não se tratava de sua alta, ou de sua inclusão numa comunidade somente. Aquela palavra comportava uma dimensão simbólica, impossível de ser assimilada em um único sentido. Aquela palavra passeava por diversos sentidos: desde os que se situam em rearranjos territoriais para o cuidado extra-hospitalar até os que atingem um nível social, como nos diz Venturini (2016a, p. 95), “reabilitar a cidade”. Estes sentidos não estão desconectados, são utilizados por vezes simultaneamente, outras vezes como sinônimos e outras contraídos num sentido único.

A questão é: como usamos a palavra desinstitucionalização? “Desins”, “desinsti”? Nos processos de trabalho no campo da saúde mental, na ideologia que sustenta o movimento da Reforma Psiquiátrica, na dimensão jurídico-política que a compõe, essa palavra é usada comumente. Mas, o que queremos dizer quando acionamos este termo? Muitas vezes tais perguntas me assolavam, assim como a respeito de minha prática no campo da Saúde Mental sob a égide “desinstitucionalização”. Por vezes, me vi pensando que não estava “praticando” a desinstitucionalização; muitas outras, me perguntava se o que eu fazia era aquilo que lia nos livros. O incômodo com o termo e com as práticas no dia a dia do trabalho me trouxeram até aqui.

Para compreender como o termo é acionado e em que sentido é usado, é necessário construirmos um alicerce teórico, ou seja, um ponto de referência de onde partiremos. Amarante (2010 [1996]) afirma que existe uma variedade de saberes e fazeres sustentados na lógica da Reforma Psiquiátrica. Para ele, o que distingue os diferentes projetos da Reforma é “a forma do lidar prático e teórico com a desinstitucionalização” (AMARANTE, 2010 [1996], p. 15).

O processo de desinstitucionalização construído no Brasil resulta do movimento da Reforma Psiquiátrica[1], principalmente quando ela deixa de ser apenas uma bandeira dos trabalhadores do campo da saúde mental e se transforma em um movimento social e

[1] Não realizaremos uma retomada histórica do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois entendemos que se trata de um tema exaustivamente trabalhado e que o leitor desta tese já se encontra familiarizado com ele.

democrático (AMARANTE, 2010 [1996]). Ambos os movimentos, a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, nasceram como resultado do enfrentamento à ditadura militar no Brasil e se constituíram em um processo pela redemocratização e luta pelos direitos (YASUI, 2010).

Organizando uma série de estudos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, Amarante (2010 [1996]) indica a estreita relação entre o caso brasileiro e a Reforma Psiquiátrica italiana. Para o autor, o uso de certos conceitos tem origem nas reflexões do reformista italiano Franco Basaglia. Esta mesma constatação está presente em Venturini (2016b) e Delgado (2016).

Venturini (2016b) sublinha que, tanto na Itália como no Brasil, houve uma iniciativa radical que impulsionou a publicação das leis centrais que orientam a reforma, a "Lei Basaglia" e a Lei nº 10.2016, de 1978 e 2001, respectivamente. O movimento de ambas as reformas visava a completa extinção dos manicômios. Nas leis, o que se viu foi uma mediação entre narrativas reformistas e conservadoras: orientações na mudança do cuidado, regulação na porta de entrada dos manicômios. Para o autor, ambas as leis possuem aspectos positivos, mas, ao mesmo tempo, são alvos de críticas. Por um lado, é um passo na desconstrução do estigma da loucura, ou seja, a ideia de que o "louco precisa de tratamento"; por outro lado, elas não absorvem todos os sentidos possíveis que emergem da loucura e não são leis "antimanicomiais" no sentido de destruírem os manicômios. Venturini destaca que permanece em aberto o conflito entre o hospital e a saúde de base comunitária. Tanto na Itália como no Brasil essa questão é uma realidade, sobretudo porque ambos os países têm como meta a saúde comunitária, proporcionada por um sistema único de saúde; no entanto, ainda que regulados e em número diminuto, são mantidos os manicômios.

Delgado (2016) também contribui com reflexões para a aproximação entre os modelos reformistas brasileiro e italiano. Afirma que a Reforma Psiquiátrica italiana é "matriz política e simbólica da brasileira" (2016, p. 41). Tanto para Venturini como para Delgado, a marca desse processo da Reforma é uma sensibilidade coletiva, ou seja, um conjunto de fatores políticos, científicos, culturais e sociais que propiciaram uma mudança de paradigma frente ao estatuto da loucura.

Nesse campo complexo da Reforma Psiquiátrica, no qual estão incluídas práticas, saberes, ideologias e leis, aqui nós destacamos a desinstitucionalização, objeto deste estudo. Amarante (2010 [1996]) considera que na Reforma Psiquiátrica italiana o conceito mais importante é desinstitucionalização, que se constitui no alicerce teórico-metodológico do processo de transformação:

> A noção de desinstitucionalização é uma das mais importantes referências, e não apenas no Brasil, do atual projeto de reforma psiquiátrica. É com Basaglia que a mesma deixa de ser entendida em sua versão abolicionista, isto é, como ausência de mecanismos institucionais de controle e violência para a loucura, ou como simples desospitalização, tal como originalmente proposta pelos norte-americanos, para integrar-se num contexto maior, que remonta à ideia de desconstrução. (AMARANTE, 2010 [1996], p. 83)

Portanto, neste capítulo, exploraremos as bases conceituais da desinstitucionalização. Iniciaremos com o que consideramos "marco teórico", ou seja, o conceito italiano de desinstitucionalização; em seguida apresentaremos a apropriação do termo no contexto teórico brasileiro; e, por fim, abordaremos outras maneiras para pensarmos a desinstitucionalização, que servirão de referência para a análise dos resultados dessa pesquisa: a concepção dos níveis da desinstitucionalização proposta por Ernesto Venturini em 2016 e as reflexões de Saraceno sobre reabilitação psicossocial e desinstitucionalização.

1.1 O marco conceitual de desinstitucionalização: Franco Rotelli, Ota de Leonardis e Diana Mauri

Como apresentado anteriormente, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como referência a experiência italiana. Por isso, escolhemos sua concepção de desinstitucionalização como ponto de partida e alicerce para as reflexões dessa pesquisa, indicando-a como marco teórico desse trabalho. Um importante trabalho sobre o tema foi publicado no Brasil em 1990: textos sobre a experiência da Reforma Psiquiátrica italiana, escritos por trabalhadores e pesquisadores, como Franco Rotelli, Ota de Leonardis e Diana Mauri. Esses trabalhos foram organizados por Fernanda Nicácio em um livro intitulado "Desinstitucionalização" (2019[1990]).

No capítulo "Desinstitucionalização, uma outra via" (2019[1990]), Rotelli, Leonardis e Mauri analisam a experiência italiana de desinstitucionalização, comparando-a com o modelo norte-americano. Além disso, postulam a desinstitucionalização como uma crítica ao paradigma psiquiátrico da loucura, caracterizando-a como um processo social complexo, que envolve diversos sujeitos sociais, transforma relações de poder entre os sujeitos e instituições e cria espaços de cuidado que substituem os manicômios. Por fim, apontam que a desinstitucionalização é um processo continuado, sustentado pela legislação que ela constrói.

Do que se trata “desinstitucionalizar o paradigma”? Para Rotelli, Leonardis e Mauri, o paradigma racionalista é aquele que representa uma direção para a cura, ou seja, do diagnóstico, compreendendo todo o arsenal de explicações teóricas sobre a doença, o prognóstico, a cura da doença. A cura situa-se como uma solução racional para a doença (problema). O primeiro ponto criticado pelos autores é que a psiquiatria lida com uma doença, a doença mental, que é indefinida e indeterminada. Sendo a cronicidade o “objeto por excelência” (2019[1990], p. 26), a psiquiatria falha nesse paradigma, tornando-se impotente para encontrar a solução-cura para os transtornos mentais. Rotelli, Leonardis e Mauri assinalam que essa poderia ser uma “falta constitutiva da psiquiatria” (2019[1990], p. 27), escondida no arsenal de diagnósticos, especialismos e nos aparatos organizativos e terapêuticos.

Por esse caminho, a desinstitucionalização representa a desconstrução de um modelo hegemônico de pensamento, a psiquiatria clássica. Não se trata apenas de desinstitucionalizar o manicômio, enquanto espaço físico, mas também a instituição simbólica, esse conjunto de aparatos que mantém a loucura como sinônimo de incapacidade, periculosidade, cronicidade e inimputabilidade:

> O que era a instituição a ser negada? A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: a “doença”, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto “periculosidade”.
> Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a *separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade.*
> *Sobre essa separação artificial se constituíram os conjuntos institucionais todos referidos à “doença*”. Era necessário desmontar esse conjunto (negar aquelas instituições) para retomar contato com a existência dos pacientes enquanto “existência doente”. Portanto, as antigas instituições eram superadas por serem cultural e epistemologicamente incongruentes (e o mesmo acontecerá às instituições previstas por diversos projetos de lei da contra-reforma). *A ruptura do paradigma fundante dessas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização*: e a ruptura do paradigma se fundamentava também na ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura. (ROTELLI, 2019[1990], p. 90, grifos nossos).

Esta afirmação indica que desinstitucionalização não é sinônimo de antipsiquiatria. Em primeiro lugar, a desinstitucionalização é um confronto com uma estrutura científica, terapêutica, normativa e organizativa legitimada social e historicamente. Compreendendo essa situação, a desmontagem deve se voltar para a explicação causal entre doença-etiologia-cura,

ou seja, ao aparato científico e institucional que definiu o sofrimento mental como doença, que fez com que a loucura se expressasse e existisse como desvio e, portanto, "curável".

> A ruptura do paradigma (fundante das instituições) se refere à passagem da *pesquisa causal* à reconstrução de uma *concatenação possibilidade-probabilidade*; rompe-se a rigidez mecanicista constitutiva do processo de "doença". (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2019[1990], p. 30, grifos dos autores)

Rotelli, Leonardis e Mauri destacam que a desinstitucionalização mobiliza diversos atores sociais, que vão desde os técnicos, passando por instituições, estruturas sanitárias e aqueles que ocupam cargos políticos no Estado. A política é um dos alicerces do processo:

> Na Itália, ao contrário, a desinstitucionalização se configurou como um trabalho concreto e cotidiano dos técnicos que produziram degrau por degrau as mudanças... Por isso aí se encontram investindo, envolvidos e mobilizados, os sujeitos sociais como atores de mudança: os pacientes, a comunidade local, a opinião pública, os sujeitos políticos institucionais e não institucionais. Esta maneira de praticar a desinstitucionalização suscita e multiplica as relações, isto é, produz comunicação, solidariedade e conflitos, já que mudança das estruturas e mudança dos sujeitos e de suas culturas só podem acontecer conjuntamente. (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2019[1990], p. 32)

Este circuito realoca o suposto "doente mental": deixa de ser mero receptor de um tratamento e passa a ser um dos atores políticos do movimento. Tal condição, juntamente com o novo papel dos técnicos e a ruptura epistemológica e científica com a psiquiatria clássica, faz com que a desinstitucionalização transforme as relações de poder. Ao retirar a contenção, restabelecer a relação do sujeito com o próprio corpo e consigo mesmo, construir capacidade de trocas sociais através do restabelecimento do direito e da palavra, descontruir a ideia de periculosidade, entre outras ações, a desinstitucionalização "muda progressivamente o estatuto jurídico do paciente" (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2019[1990]).

Em síntese, os autores indicam que a desinstitucionalização se faz em três pilares: 1) "construção de uma nova política de saúde mental"; 2) "centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes"; 3) "construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas ao manicômio".

Portanto, a desinstitucionalização *não incide sobre a clínica ou sobre o sujeito*, mas num *circuito social, científico e médico que produziu a loucura como doença*. A desinstitucionalização, nessa visão, requer uma relação direta com o território, volta-se mais para as pessoas do que para as instituições:

> Trata-se de negar o hospital psiquiátrico salvaguardando o direito de assistência, de negar a "política de setor" salvaguardando a unicidade de responsabilidade sobre um território determinado, de negar a comunidade terapêutica em favor de uma comunidade difusa, de negar o monopólio dos técnicos utilizando ao máximo suas potencialidades para ativar os recursos da pessoa. Esta linha de atuação é o que se entende em Trieste concretamente por desinstitucionalização. (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2019 [1990], p. 42)

Com esta concepção, os autores criticam outros modelos de desinstitucionalização, praticados em alguns países da Europa e nos Estados Unidos. Nesses, a mesma é igualada à desospitalização, a humanização do atendimento, uma reforma de ordem administrativa caracterizada por etapas circunscritas. Assim, a marca que difere a experiência italiana é que a desinstitucionalização italiana foi um movimento ideológico e político.

Outros autores trazem importantes concepções de desinstitucionalização, como Eduardo Mourão Vasconcelos, Fernando Tenório e Ana Paula Guljor, nomes relevantes na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Contudo, nesta tese utilizaremos, além da referência italiana, as concepções de Paulo Amarante (2010 [1996]) e Ernesto Venturini (2016), agregando as contribuições de Yasui (2010), Benedetto Saraceno (2016 [1995]) e Kinoshita (2016 [1995]), que ampliam a compreensão dos primeiros.

1.2 **O conceito de desinstitucionalização no Brasil**

Paulo Amarante é uma referência importante no campo da Saúde Mental no Brasil. O autor, cuja obra traz grandes contribuições para seu contexto teórico, é um dos principais atores e historiadores da Reforma Psiquiátrica. Suas reflexões resultam da militância no campo da saúde mental. Amarante conta:

> Foi num daqueles manicômios que, com mais dois colegas médicos, decidimos dizer não à violência da psiquiatria, denunciando à sociedade a realidade cruel e perversa das instituições psiquiátricas. Mas, como eram tempos de ditadura, fomos imediatamente demitidos e conosco todos aqueles que ousaram nos apoiar. Mas eram também tempos de "abertura democrática", e outros gritos ocorriam aqui e acolá... Neste contexto, ficou marcado o início do processo da reforma psiquiátrica brasileira que vem transformando, desde então, a relação entre a sociedade e a loucura, questionando não só as instituições e práticas vigentes, mas também os conceitos e saberes que dão fundamentos e legitimidade a tais práticas. (AMARANTE, 2013, p.11)

É com esse questionamento da relação entre a sociedade e a loucura, dos conceitos e práticas da psiquiatria que Amarante trata o tema da desinstitucionalização. Em "Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade" o autor define a desinstitucionalização como "saída ao exterior da situação científica esclerótica da psiquiatria" (2012[2000], p. 370) e de todo o seu arsenal de controle sobre as classes subalternas e da loucura.

> Na desinstitucionalização, essa prática da psiquiatria clínica tradicional é dilatada e espessada, rompida, e o saber da complexidade adentra a questão psiquiátrica, revertendo-a. (AMARANTE, 2012 [2000], p. 371)

É em um dos seus clássicos, intitulado "O homem e a serpente" (2010[1996]), que Amarante[2] destrincha o conceito de desinstitucionalização a partir de uma análise comparativa entre as experiências das Reformas Psiquiátricas italiana e brasileira.

Para o autor, a chave mestra do edifício teórico e metodológico da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização, que se traduz em três sentidos: desospitalização, desassistência e desconstrução. Essas reflexões surgiram da constatação da pluralidade de saberes e práticas nomeadas de desinstitucionalização. Para o autor, a forma de lidar e pensar a desinstitucionalização impõe uma distinção entre os variados projetos da Reforma Psiquiátrica. De acordo com ele, a desinstitucionalização sofre uma metamorfose importante e abre caminhos diferentes para o campo da Reforma.

Decorrente dos propósitos da psiquiatria preventiva e comunitária norte-americana, da década de 1960, o Plano de Saúde Mental previa a desinstitucionalização, que mais se equivalia à desospitalização. Voltada, sobretudo, aos objetivos administrativo-financeiros, ou seja, redução de custos para o Estado, a "desinstitucionalização como desospitalização" refere-se às medidas de prevenção de internações inadequadas em hospitais psiquiátricos; alta para o tratamento na comunidade; e implantação de serviços de base comunitária para o cuidado dos egressos das internações. Sustenta-se numa ideia de que essas medidas proporcionariam a correta aplicação dos princípios da clínica psiquiátrica, pois foi o seu mau uso que a teria levado à falência. Trata-se de uma nova engenharia de recursos e serviços, sem questionamento do paradigma psiquiátrico.

---

[2]A obra de Amarante pode ser considerada como uma referência das primeiras reflexões sobre as construções teóricas e as práticas do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. No momento de sua publicação não havia sido decretada a Lei 10.216/2001, ou seja, refere-se a um período no qual ainda não havia sido, de fato, sistematizada e oficializada uma diretriz nacional para o cuidado em saúde mental.

> Embora nascida como crítica à aplicação do modelo psiquiátrico, a desinstitucionalização, nessa versão, propicia uma ampliação do território psiquiátrico, isto é, alarga o conceito de doença para o de desvio, mal-estar social, desajustamento, anormalidade. Com isso, produz-se um efeito rebote, pois criam-se inúmeros novos serviços, especialidades técnicas que, em uma palavra, aumenta o número de pessoas assistidas e as possibilidades de intervenção técnica, sem que os resultados terapêuticos sejam correspondentes. (AMARANTE, 2010[1996], p. 17)

Amarante destaca que essa lógica se tornou um referencial importante no campo psiquiátrico, pela proposta de prevenção e utopia de uma sociedade sem sofrimento. Inclusive, indica que, no Brasil, existe um número significativo de projetos de Reforma sustentados nessa base conceitual.

A "desinstitucionalização como desassistência" é a marca da crítica realizada aos princípios da desinstitucionalização, levantada por interesses ou grupos que dependem financeiramente do êxito das internações hospitalares e corporações farmacêuticas. Trata-se de um movimento "contradesinstitucionalizante", que sugere que os pacientes, ao saírem dos hospitais psiquiátricos, ficariam abandonados, já que não haveria uma "infraestrutura" para o cuidado.

> Para além da questão do saber psiquiátrico, de sua cientificidade ou funcionalidade, é certo que se organizem interesses muito específicos de empresas e grupos que vivem na dependência do êxito desses mesmos interesses. Assim comportam-se, por exemplo, a indústria farmacêutica, a corporação psiquiátrica e, mais especificamente, em nosso contexto, os empresários de hospitais psiquiátricos. (AMARANTE, 2010[1996], p. 19)

Para nossa sorte, Rotelli já previa, no rol de instituições a serem desmontadas, o movimento contrarreforma. Ele ressalta que existe um empuxo contrarreformista que deve ser encarado. Esse movimento, inclusive, como veremos mais adiante, tem se colocado como um projeto da Política Nacional de Saúde Mental que se constituiu a partir do golpe de 2016.

A "desinstitucionalização como desconstrução" é a tendência que estabelece uma crítica epistemológica do saber médico e psiquiátrico. É a lógica sustentada por Franco Basaglia, que coloca em questão o conceito de doença mental. Amarante afirma que as concepções de Basaglia sobre a Reforma Psiquiátrica italiana foram utilizadas para balizar o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) no Brasil, oferecendo um novo significado para o conceito de desinstitucionalização. Para Amarante a desinstitucionalização como desconstrução indica o momento em que a Reforma Psiquiátrica brasileira transforma-se em um movimento social e ampliando as lutas do MTSM:

> É importante ainda destacar que a partir daí o movimento brasileiro tende a abandonar sua especificidade, de movimento de 'trabalhadores em saúde mental', para procurar tornar-se um movimento 'social' pela reforma psiquiátrica. Exemplo dessa iniciativa é a estratégia 'por uma sociedade sem manicômios', que reflete a tendência para comprometer a sociedade, em geral, no domínio do processo de desinstitucionalização. (AMARANTE, 2010[1996], p. 21).

É nessa última tendência que se encontra a desinstitucionalização que pode promover uma transformação social a respeito da loucura. Amarante indica que os passos iniciais da desinstitucionalização referem-se à desconstrução do paradigma problema-solução calcado pela medicina, no envolvimento da multiplicidade de atores e na legitimação de que a desinstitucionalização possui uma dimensão maior do que a técnico-científica: descontruir o paradigma psiquiátrico é um problema normativo, social e ético.

Nesse sentido, para que esse movimento se concretize, Amarante afirma que não se pode desprezar ou dispensar as instituições. Apesar do prefixo "des", a desinstitucionalização envolve as instituições sociais, políticas e médicas. Essas são o "dispositivo da desinstitucionalização" (2010[1996], p. 103).

Por fim, Amarante afirma que a desinstitucionalização deve se realizar em dois níveis: teórico e político. Considerando essa afirmação, é importante percorrermos algumas reflexões de Yasui (2010) sobre as dimensões da Reforma Psiquiátrica, propostas por Amarante.

1.2.1 As dimensões da Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização

Em 1999, através de uma análise do processo de manicomialização e o final do milênio, Paulo Amarante afirma que discutir a permanência do manicômio e as relações entre loucura e sociedade deveria ser obrigatório em nosso país. De acordo com o Amarante, é imperativo sustentar os princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica: romper com a tradição científica, baseada no positivismo; e romper com a patologização dos comportamentos.

> Daí advém o princípio de colocar a doença entre parênteses, como forma de inverter a tradição psiquiátrica, que é a de colocar o homem entre parênteses, para se ocupar da doença. (AMARANTE, 1999, p. 48)

Em 2003, Amarante afirma que "colocar a doença entre parênteses" é uma "denúncia social e política da exclusão" (2003, p. 56). Esta afirmação abarca a amplitude da Reforma

Psiquiátrica: um projeto político, social e ideológico, alicerçado em quatro dimensões. Tais dimensões foram apresentadas em 1999 e retomadas no texto supracitado, de 2003.

Amarante (1999) afirma que a Reforma Psiquiátrica tem como objetivos humanizar as relações entre os sujeitos, sociedades e instituições, e construir um outro lugar social para a loucura, para diversidade e divergência. Para ele, consiste em um processo complexo, composto por fatores que se inter-relacionam, se complementam e são dinâmicos. Alicerça-se, de acordo com o autor, em quatro campos, ou dimensões: 1) jurídico-política, que se refere à revisão da legislação penal, civil e sanitária a respeito das condições de "doente mental", "psicopata", "louco" e também ao que concerne à cidadania, trabalho e ingresso social; 2) teórico-conceitual, que se refere à ruptura com o paradigma racional médico e psiquiátrico, ou seja, a construção de saberes que não se sustentam no referencial psiquiátrico; 3) técnico-assistencial, que se constitui no conjunto de práticas de cuidado que acontecem em território e na construção de espaços de sociabilidade, trocas e produção de subjetividades; e 4) sociocultural, que caracteriza a Reforma Psiquiátrica como um movimento social, civilizatório, buscando transformar o imaginário social a respeito da loucura.

Yasui, em sua tese de doutorado que se tornou livro publicado em 2010, retoma essas dimensões. O autor articula as mesmas na seguinte reflexão:

> A Reforma Psiquiátrica buscou politizar a questão da saúde mental, especialmente na luta contra as instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no social (YASUI, 2010, p. 34)

O pensamento de Yasui, somado aos apontamentos sobre as dimensões da Reforma apresentadas por Amarante, colabora para pensarmos na desinstitucionalização e a apropriação do conceito pelo campo da saúde mental brasileiro.

Para Yasui, a dimensão jurídico-política deve ser renomeada de dimensão política, uma vez que se vê, na Reforma Psiquiátrica brasileira, tensões e conflitos que orientam a relação entre Estado e sociedade. Além disso, trata-se de um processo que "ativa e muda os atores sociais, cria instituições, inventa instituições de cuidado, transforma políticas municipais, provoca as universidades" (YASUI, 2010, p. 26). A Reforma Psiquiátrica, ao propor um desmonte de instituições sociais, médicas e jurídicas, promove um movimento de tensão na sociedade, própria de uma dimensão política.

Ademais, Yasui enfatiza que a dimensão jurídico-política não se reduz às normativas do Direito penal e civil e nem àquelas produzidas pelo Ministério da Saúde. Ela é ampliada, à medida que inclui a ocupação de espaços públicos pelos agentes do campo da Saúde Mental e a relação entre a militância e a orientação da política de Estado, como garantias para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. No capítulo em que ela é tratada, o autor também aborda as semelhanças e diferenças entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária. Ambos surgem como um movimento de ruptura com uma lógica existente. Entretanto, assinala o autor, a Reforma Psiquiátrica se iniciou como um movimento mais aberto, como um movimento dos trabalhadores que se ampliou para um movimento social. Com a institucionalização da Reforma, o viés social foi se perdendo. A Reforma Psiquiátrica se reduziu à burocratização, ou seja, implantação da política e de serviços. O Ministério da Saúde passou a ser o principal ator indutor chefe, posto que passa a definir os ritmos e rumos do processo. A Reforma se fortaleceu como política pública e se enfraqueceu como movimento social. Devido ao risco desse cenário produzir uma lógica de dominação, Yasui assinala que há que se desinstitucionalizar a Reforma Psiquiátrica.

Yasui aborda a dimensão teórico-conceitual como dimensão epistemológica e postula que a ruptura trazida pela Reforma Psiquiátrica não se refere somente ao paradigma da psiquiatria. Mais além, o autor indica a Reforma Psiquiátrica como um paradigma emergente, ou seja, uma subversão de um paradigma científico ocidental, sustentado no positivismo, que produz verdades universais. Como um paradigma emergente, a Reforma Psiquiátrica se situa no interior da crise da racionalidade ocidental, caracterizada por um período de transição de paradigmas. Tal crise, de acordo com os estudos do autor, não incide somente sobre a racionalidade médica e psiquiátrica, mas também na matemática, física, na psicanálise...

> A busca do conhecimento total nos leva não apenas a transpor as rígidas fronteiras entre as disciplinas, mas a reconstruí-las em uma perspectiva que supera os campos disciplinares, estabelecendo um constante diálogo transdisciplinar.
> Novamente aqui temos uma grande aproximação com a Reforma Psiquiátrica. Ao romper com a visão biológica reducionista e produzir uma desmontagem dos conceitos basilares da psiquiatria, ela propõe construir/tecer/inventar o seu campo teórico-conceitual estabelecendo um amplo, profundo e radical diálogo entre as diferentes disciplinas e conhecimentos que tratam do humano. (YASUI, 2010, p. 120-1)

A dimensão técnico-assistencial é abordada por Yasui a partir das ferramentas que instrumentalizam as estratégias de cuidado. Essas ferramentas são: território, responsabilização, acolhimento, projeto de cuidado e estratégias e rede social. Tais recursos orientam a política que sustenta o campo da Saúde Mental e, também, são os pilares da clínica

de atenção psicossocial. Configura-se, assim, o cuidado em saúde mental. Yasui retoma a Portaria nº336/2002, que orienta as modalidades de CAPS, para indicar que "responsabilização", "rede de cuidados" e "território" são apresentadas como características destes serviços. Quando Yasui afirma a necessidade de que o processo de cuidado recaia sobre o sujeito e não sobre a doença, parece que retoma uma das ideias centrais do processo de desinstitucionalização, ou seja, "colocar a doença entre parênteses":

> Cuidar, em saúde, significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhece-lo como alguém que represente mais do que mero objeto de intervenção. Preciso reconhece-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. (2010, p. 145)

Essa ideia também se encontra presente quando Yasui ressalta a relação entre cuidado e território:

> Se nos colocarmos na perspectiva de uma ruptura com essa racionalidade que determina o lugar do cuidado da loucura como o do isolamento, da exclusão, da disciplinarização, e também como dispositivo que penetra na sociedade como estratégia de controle, vigilância, domesticação, devemos estar atentos para as relações entre a produção de cuidado e o território no qual se inscreve o serviço. (2010, p. 151)

Assim, na ideia de território, estão presentes fundamentos importantes para pensarmos a lógica da desinstitucionalização: espaço de trocas, de construção da subjetividade, de tomada de responsabilidade por parte dos serviços, acolhimento, promovendo um cuidado diferente daquele operado pelo paradigma psiquiátrico.

Por fim, sobre a dimensão sociocultural, Yasui a aborda a partir de reflexões a respeito de trabalho e arte, que se expressam nas oficinas. Tanto o trabalho como a arte têm a função importante de mediar a inserção na cultura. O resultado destas atividades pode assumir a forma de bens e serviços, que gera valor de uso e de troca, com valor social. Ao mesmo tempo em que se produzem objetos, se produz vida, relações entre os indivíduos: "relações marcadas pela alienação, captura pelos processos sociais do modo de produção capitalista, mas potencialmente produtoras também de rupturas, de resistências, de lutas sociais" (YASUI, 2010, p. 204).

A produção desses bens, somada à construção de relações e trocas sociais, forja um outro lugar social para a loucura:

> Lugar da ousadia do criar, de correr riscos, do ir além. Lugar ético, de rupturas e desvios das práticas hegemônicas, de compromisso com a transformação, que olha para esse existir no futuro, sonhando com mudanças. (YASUI, 2010, p. 209)

A subversão, provocada pela dimensão sociocultural, segundo Yasui, é capaz de promover transformações não somente nos sujeitos, mas em toda a sociedade, à medida que esses movimentos viabilizam o debate e a reflexão, na sociedade, sobre sua relação com a loucura. De acordo com Yasui: "Mudar sua relação com essa alteridade não enquadrável, que escapa à racionalidade. Não há como conceber a criação desse lócus para a loucura, sem uma transformação social" (2010, p. 210).

Com os postulados trazidos por Yasui, é possível estabelecermos um paralelo entre as dimensões da Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização.

A desinstitucionalização também se insere como a emergência de um novo paradigma em saúde mental, à medida que propõe uma nova lógica para pensar o sofrimento psíquico e rompe com o paradigma médico-curativo. Desconstrói o circuito que entende a loucura como doença, ou sinônimo de irresponsabilidade, periculosidade, cronicidade e incapacidade, legitima os diferente modos de vida e de subjetividades:

> Se não existe mais um mundo produtivo definido no qual estar, *não existe mais uma saúde, mas existem mil*. Trata-se de decidir que é possível reproduzir-se em mil modos, mas que esses devem ser praticáveis. Trata-se de utilizar a riqueza infinita dos papéis sociais possíveis, mas é imprescindível promover afetivamente estas possibilidades. (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2019[1990], p. 30, grifos dos autores).

Dessa forma, podemos supor a dimensão epistemológica da desinstitucionalização, ou, nas palavras de Amarante, teórico-conceitual.

> A desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É manifestação ética, sobretudo, se exercitada quanto ao reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, e inventa – prática e teoricamente – novas possibilidades de reprodução social desses mesmos sujeitos. (AMARANTE, 2010[1996], p. 115)

Amarante já havia afirmado a desinstitucionalização nessa posição de transição paradigmática. Para o autor, ela opera "um novo conceito prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano" (2003, p. 55). A desinstitucionalização insere conceitos como "sujeito", no lugar de "doente"; "sofrimento", no lugar de "transtorno"; "cuidado", no lugar

de “tratamento”; “contratualidade”, entre outros conceitos que passam a ser inseridos nos discursos de agentes do campo da Saúde Mental. Assim, do mesmo modo em que a psiquiatria, segundo Amarante (2003), vem construindo conceitos, como degeneração, idiotia, imbecilidade, forjando práticas, através da construção do manicômio, tratamento moral e eletroculvulsoterapia, e a formação de um imaginário social acerca da loucura, como “o anormal” e “louco perigoso”, a desinstitucionalização também se insere construindo paradigmas, conceitos, modos de cuidar e transforma o imaginário social.

Os modos de cuidar são expressos através das estratégias de desinstitucionalização preconizadas pela Política de Saúde Mental, regulamentadas pela Portaria n° 3.090/2011 e pela Portaria nº 2.840/2014. Nesta última, a desinstitucionalização é consolidada como um Programa, do qual fazem parte, além de “equipes de desinstitucionalização”, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa (PVC). Tais estratégias se apresentam em consonância com as mudanças operadas na desinstitucionalização italiana, referindo-se às altas hospitalares, inserção dos egressos em moradias assistidas, participação em cooperativas sociais, como assinalado por Rotelli, Leonardis e Mauri (2019[1999]). Poderíamos assumir, com essas colocações, a dimensão técnico-assistencial.

Interessante notar que, no texto de Rotelli, Leonardis e Mauri, intitulado “Desinstitucionalização: uma outra via”, alguns subtítulos marcam exatamente as duas dimensões, epistemológica e técnico-assistencial: “desinstitucionalizar o paradigma”; “desinstitucionalização libera da necessidade de internação construindo serviços inteiramente substitutivos”, por exemplo.

As portarias supracitadas também atestam a dimensão jurídico-política, ou, como indicado por Yasui, a dimensão política. Além de regulamentarem a organização socioassistencial, a legislação que sustenta a desinstitucionalização resulta das mobilizações políticas dos agentes do campo. Rotelli, Leonardis e Mauri (2019 [1990]) afirmam que o trabalho da desinstitucionalização só pode ser completado se for subsidiado em uma legislação reconhecida.

Por fim, a dimensão sociocultural da desinstitucionalização pode ser verificada a partir do trabalho e da arte, como indicado por Yasui. O trabalho permite a inserção no lugar da troca simbólica e material; a arte oferece a inserção na cultura. Ambos os processos são capazes de transformar as relações sociais da sociedade com a loucura. Tais processos ocorrem em oficinas e *ateliers*, lugar da criação, de ruptura com práticas hegemônicas e de transformação.

> São todos exemplos do cotidiano, de uma produção de cuidado feita de detalhes, de simples gestos que podem transformar uma vida, possibilitar ao usuário habitar o mundo, habitar seu tempo. (YASUI, 2010, p. 209)

Portanto, habitar o mundo e circular entre os espaços sociais permite uma reconstrução do imaginário social acerca da loucura. As estratégias de economia solidária, manifestações culturais, como blocos de carnaval, comemorações do Dia da Luta Antimanicomial, exposições de arte... todas se configuram como ferramentas da desinstitucionalização nesta dimensão sociocultural.

Observa-se, com as concepções de Rotelli, Leonardis e Mauri, Amarante e com as reflexões de Yasui, que a desinstitucionalização opera sob uma lógica de desconstrução. Situa-se como um dos pilares da Reforma Psiquiátrica, acionada e caracterizada por diferentes referenciais e sentidos. A seguir, apresentaremos uma concepção mais recente sobre a desinstitucionalização, trazida por Venturini (2016a).

1.3 Os níveis de desinstitucionalização de Ernesto Venturini

No livro intitulado “A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização” (2016a), Ernesto Venturini reúne vários textos nos quais apresenta sua experiência, reflexões e construções teóricas sobre o processo de desinstitucionalização na Itália. Logo no início, o autor destaca a polissemia do termo “desinstitucionalização” e nos convida “redescobrir seu significado original” (2016a, p. 72). O autor assinala que, ao termo, está relacionado um problema de ordem terminológica, usado como sinônimo de desospitalização, reforma psiquiátrica, antipsiquiatria, negação manicomial; e, por outro lado, o problema também se refere às práticas:

> Porém, o problema surge quando o termo desinstitucionalização, que deveria permitir uma compreensão das práticas, resulta genérico e impreciso. Experiências profundamente diversas entre si, embora ligadas por momentos comuns, são reunidas por esse abrangente termo. (VENTURNI, 2016a, p. 66)

“Redescobrir seu significado original” talvez seja o motor de suas formulações. Segundo Venturini, existem equívocos em processos atuais de desinstitucionalização, que sofrem influência de políticas neoliberais e extenuam os profissionais envolvidos. Ele constata que os princípios fundamentais da desinstitucionalização são negados ou

desvirtuados. Outrossim, afirma que existe de uma ambiguidade do termo: 1) um simples processo de desospitalização ou transinstitucionalização[3]; 2) transformação do paradigma da psiquiatria. O alicerce teórico utilizado por Venturini é o pensamento de Franco Basaglia e as intervenções na reforma psiquiátrica italiana realizadas por Paulo Amarante, Denise Dias Barros, Maria Stella Brandão Goulart e Franco Rotelli.

É justamente essa ambiguidade e a diversidade de experiências equivocadas sob o título de desinstitucionalização que fazem com que Venturini sugira a existência da falsa e da verdadeira desinstitucionalização. A falsa desinstitucionalização indica um simples processo de desospitalização ou transinstitucionalização ou, ainda, a humanização do manicômio. Já a verdadeira desinstitucionalização opera uma transformação do paradigma da psiquiatria, que não se refere somente à destruição da estrutura física do manicômio e de sua organização. Ela é, antes de tudo, uma desconstrução simbólica da manicomialização:

> O processo parte da denúncia da violência manicomial para evidenciar a existência de uma série de instituições, normas e procedimentos que se referem à sanidade, ao direito, à educação, à assistência social e às práticas de cidadania capturadas e consolidadas pela existência do manicômio. Há algo mais: a permanência de estruturas segregadoras na sociedade constrói as relações entre as pessoas, dirige o modo com o qual todos nós concebemos, no dia a dia, o que nos liga uns aos outros. (VENTURINI, 2016a, p. 15)

Essa perspectiva permite ao autor afirmar que a verdadeira desinstitucionalização promove um processo individual e coletivo de emancipação e libertação, que envolve inúmeros atores, além dos trabalhadores e pacientes: administradores públicos, políticos, pessoas comuns, “na busca utópica, mas paradoxalmente realizável, de uma sociedade sem manicômios” (VENTURINI, 2016a, p. 15).

Diante dessa ambiguidade, Venturini propõe que suspendamos o uso do termo “desinstitucionalização” a fim de elucidar sua raiz. Está aí a originalidade do pensamento do autor, que sugerirá quatro fases em progressão da desinstitucionalização, pertencentes a um único processo: desospitalização, habilitação psicossocial, inclusão social e promoção de valor social. Essas fases são divididas em dois grupos descontínuos do ponto de vista ideológico e científico: desospitalização e desinstitucionalização.

A desospitalização é o processo de “humanização” do hospital psiquiátrico, a redução do número de leitos e de internos, transinstitucionalização, ou ainda, retorno dos pacientes para suas famílias, porém sem intervenção social.

---

[3] Venturini se refere ao “fenômeno da transinstitucionalização – a passagem de internos em instituições públicas para instituições públicos/privados, sem melhorias significativas da qualidade de vida dos pacientes” (2016:73)

A habilitação psicossocial, que Venturini indica como o primeiro nível da desinstitucionalização, envolve a aceleração de altas, com algumas intervenções significativas em relação à regressão institucional, mas sem ação sobre os mecanismos sociais que constrangem a experiência da loucura ou do sofrimento em doença mental. O autor enumera os efeitos negativos dessas ações, como abandono de pacientes, seja nas ruas ou mesmo na casa de seus familiares; transinstitucionalização, incluindo instituições privadas; dessanitarização, isto é, passagem da responsabilidade pelo cuidado do Estado para a esfera social, a fim de desonerá-lo. Mas também, alguns efeitos positivos são observados: reabilitação fora do hospital psiquiátrico e inclusão de familiares no processo de cuidado.

A inclusão social (segundo nível da desinstitucionalização) incide nas instituições psiquiátricas mudando o circuito psiquiátrico. Desconstrói o manicômio, erigindo ações solidárias. Envolve intervenções no nível social, jurídico, político, acerca dos direitos dos usuários e condições de trabalho e incide sobre tratamentos e cuidados. Diversos efeitos são enumerados por Venturini: cuidado do paciente grave, com internação em hospitais gerais e acompanhamento territorial; construção de uma rede de apoio com a integração de toda a organização sociossanitária pública e privada; ativação de recursos sociais; remanejamento de recursos financeiros que antes eram destinados somente à psiquiatria; capacitação psicossocial para toda a rede sociossanitária; mudança do modelo de tratamento psiquiátrico: inclusão dos familiares e usuários no processo de cuidado; envolvimento das instituições privadas sem fins lucrativos, inserção dos sujeitos no mundo econômico: economia solidária e cooperativas de trabalho; intervenções preventivas.

Neste ponto, vale a pena trazermos as contribuições de Benedetto Saraceno (2016 [1995]). Sua perspectiva acerca da reabilitação psicossocial aproxima-se do que Venturini descreve no nível da inclusão social.

Saraceno define a reabilitação psicossocial como uma “exigência ética” (2016 [1995]: 19) própria de um campo que tem como prioridade uma abordagem ética da saúde mental. A reabilitação psicossocial não se refere a uma estratégia técnica, mas sim a uma estratégia global. Como estratégia global, implica uma ruptura com uma política de serviços tradicionais de saúde mental, envolve diversos atores, como profissionais, pacientes, familiares e comunidade e se coloca no nível de construção ou potencialização de habilidades. Portanto, trata-se de um circuito que destrói uma lógica de cronicidade (SARACENO, 2016 [1995]). Com essas reflexões, podemos afirmar que Saraceno pensa na desinstitucionalização pela ótica da reabilitação psicossocial, como verificaremos no próximo item.

Para Saraceno (2016 [1995]), na reabilitação psicossocial está envolvida a concepção de habilidade para contratualidade, isto é, elementos que possibilitam a produção de valor social. São estes elementos que permitem o sujeito circular em um espaço de troca. O autor indica que todos os sujeitos atuam em três cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social. Neles, cada sujeito pode estar mais ou menos habilitado, ou ainda, desabilitado, por falta de poder contratual. É aí que intervém a reabilitação, reconstruindo a habilidade, viabilizando o exercício da cidadania e da contratualidade.

É a partir dessa concepção de Saraceno que podemos aproximar a reabilitação psicossocial do nível inclusão social, proposto por Venturini. Entretanto, aqui cabe ressaltar que Venturini estabelece algumas críticas à ideia de reabilitação. Ele não critica a proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno, mas sim a proposta de reabilitação como forma de cuidado sob a lógica da desinstitucionalização.

Venturini afirma que, na desinstitucionalização, o paciente é recurso, desenvolvendo seu protagonismo. Nesse sentido, não cabe a ideia de reabilitação:

> Não se pode reabilitar o outro! A intervenções terapêutico-pedagógicas corriam o risco de serem manipulações, falsificações, porque somente o sujeito está em condições de se reabilitar. Ao técnico pede-se que concorde com esse processo colocando à disposição a sua competência e experiência, provocando uma redistribuição dos poderes internos e externos à pessoa, aumentando a contratualidade do usuário. (2016a, p. 94)

Entendendo, com Kinoshita (2016 [1995]), que a contratualidade se refere ao valor que cada sujeito possui no campo social, que o permite estabelecer uma relação de interdependências com os demais sujeitos, instituições e com a organização social, podemos compreender o que Venturini está nos dizendo. Para Kinoshita, o poder contratual nos permite trocar mensagens, afetos e bens. Assim, no processo de desinstitucionalização, as ações devem visar a organização social, objetivando criar espaços e condições de se positivar ou estabelecer seu poder contratual. Venturini afirma que a segunda palavra de ordem, após o desenvolvimento do protagonismo do usuário, é "*reabilitar a cidade*" (2016a, p. 95)

Voltando aos níveis sugeridos por Venturini, chegamos ao último, a promoção de valores sociais. O terceiro nível da desinstitucionalização atua sobre uma comunidade, desconstruindo o estigma e as representações sociais e culturais tradicionais da doença. As ações erigidas nesse nível atuam sobre o sujeito e sobre o contexto social. Entre os efeitos, estão: construção do exercício de direitos, integração social por meio da contratualidade, melhoria da rede de cuidado e apoio, envolvimento dos atores da desinstitucionalização na

construção de políticas sociais e participação ativa dos cidadãos na política de saúde mental, ênfase na prevenção, promoção de saúde e redução de danos. Portanto, nesse nível podemos compreender em que sentido a desinstitucionalização inclui reabilitar a cidade.

Para Venturini, esses modelos, ou formas de desinstitucionalização, permitem que uma variedade de sentidos que sejam atribuídos a ela, de onde podemos inferir uma polissemia relacionada ao termo.

Com essa concepção, Venturini critica as noções que relacionam a desinstitucionalização a uma mudança de lógica clínica, e a reabilitação. Para o autor, as propostas de reabilitação e integração social se traduzem em um erro ideológico, pois pressupõe recuperação, ou uma modalidade de adaptação de um estranho a uma realidade dominante. No lugar da reabilitação, Venturini propõe a habilitação. Habilitação se refere ao presente, à parte saudável, ao exercício de direitos, as trocas interpessoais e sociais e à cooperação, que são os pilares da desinstitucionalização.

De acordo com Venturini, o "terapêutico" da desinstitucionalização é o laço social, que se constrói através da reciprocidade, solidariedade e contratualidade social. Assim, o autor redefine o papel do profissional, deslocando-o do lugar de terapeuta para o papel de mediador cultural. Nesse sentido, os recursos da comunidade são, em si, terapêuticos, o que leva Venturini afirmar a cidade como "sistema imunitário" (2016b, p. 149). Portanto, a desinstitucionalização para Venturini é um processo filosófico e político, que incide no tecido social.

1.4 A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial

Em entrevista concedida a Pedro Gabriel Delgado, em março de 2015, Benedetto Saraceno abordou a desinstitucionalização no contexto brasileiro, trazendo apontamentos para pensarmos sua relação com outros países. A entrevista se intitula "A Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: entrevista com Benedetto Saraceno" e está disponível no Repositório Institucional da Fiocruz.

Saraceno inicia afirmando que a desinstitucionalização é um processo difundido em todo o mundo, caracterizando-se por redução de leitos e do tamanho dos hospitais psiquiátricos e pela lógica da saúde mental de base comunitária. Além disso, essa concepção se sustenta em evidências científicas e epidemiológicas de que o cuidado em território é

melhor do que a internação psiquiátrica. Assim, com o respaldo na Saúde Pública, somado a uma concepção ética e uma sustentação jurídica para a desinstitucionalização, é correto afirmar que ela é necessária, não uma opção. Entretanto, Saraceno afirma que, para que aconteça, é imprescindível uma intensidade mais ideológica do que epistemológica. Para ele, a intensidade epistemológica já é consistente. Essa visão endossa a concepção da dimensão epistemológica de Amarante, retomada na análise de Yasui. A originalidade da reflexão deste último é trazer a Reforma Psiquiátrica para o interior da crise da racionalidade ocidental, caracterizando-a como um paradigma emergente. Não se trata somente da construção de um alicerce epistemológico próprio, como indicado por Amarante, mas propor a Reforma Psiquiátrica como uma alternativa da racionalidade ocidental, que se encontra em crise. Com este postulado, Yasui reafirma uma fala de Boaventura de Sousa Santos: "paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente" (SANTOS *apud* YASUI, 2010, p. 188).

É nesta afirmação da intensidade ideológica que Saraceno discute a relação entre a desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica brasileira. Pensar a desinstitucionalização, no contexto brasileiro, é discutir o cenário político do país e os seus impactos para a Reforma Psiquiátrica. Segundo ele, a Reforma brasileira é um modelo para o mundo, e destaca três pontos que a diferencia de outros modelos de reforma: 1) embora o Brasil seja um país continental, a Reforma Psiquiátrica recobre todo o território; 2) há uma participação ativa de usuários e familiares, o que não acontece em outros países do mundo; 3) o Brasil é o único país do mundo que destina mais recursos financeiros para a Saúde Mental de base comunitária do que para os hospitais. Ao mesmo tempo, Saraceno assinala que a crise financeira e política impõe uma tensão ética e moral que impede avanços da reforma: os princípios conservadores e a visão biomédica aumentam seu capital na disputa pelo objeto da Reforma. Este cenário foi apresentado por Saraceno em 2015 e é o que vemos se delinear, de forma cada vez mais nítida, no momento atual. O teórico e reformista afirma que o Brasil tem uma responsabilidade cultural, ética, moral, política e científica de defender a Reforma: "se a Reforma retroceder no Brasil, retrocede no mundo" (SARACENO, 2015).

Neste terreno, para que se possa atuar pela perspectiva da desinstitucionalização e fazê-la acontecer, de acordo com Saraceno, são necessárias alianças intersetoriais: polícia, justiça, comunidade, igrejas, sindicatos, educação, justificando a importância da Rede de Atenção Psicossocial. Outrossim, essa é a perspectiva apresentada por ele, com o conceito de Reabilitação Psicossocial, em 2001 (1999), no livro "Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível".

A princípio, Saraceno busca compreender os motivos que levaram um interesse do campo da psiquiatria pela reabilitação. O teórico afirma que este interesse se relaciona com as demandas sociais, culturais e econômicas geradas pela condição de vida do portador de sofrimento psíquico severo. Para ele, tais demandas fizeram mais por essas pessoas do que a própria psiquiatria. A reabilitação está, assim, relacionada à desinstitucionalização como uma forma de atender à demanda de entretenimento extramanicomial: alívio para as famílias, alternativa à solidão daqueles egressos de internação psiquiátrica, que passaram a residir sozinhos; inserção no mundo produtivo; apoio à vida habitacional; e auxílio às intervenções terapêuticas. Saraceno parte da seguinte definição de desinstitucionalização:

> O processo de desinstitucionalização consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições da psiquiatria, hospitalares ou não, e dos automatismos invalidantes que caracterizam o círculo vicioso doença / reposta invalidante à doença. (2001 [1999], p. 23)

A partir dessa perspectiva, Saraceno exclui as ações de alta manicomial, chamada desospitalização, que, para ele "transferiu multidões de pacientes do abandono manicomial ao abandono extramanicomial" (2001, p. 23). A experiência italiana de desinstitucionalização é tomada como referência para indicar a complexidade da desinstitucionalização, como algo que extrapola a ideia de humanização do tratamento:

> Eis porque a ruptura com a segregação manicomial iniciada em Gorizia iniciada em 1964 por Franco Basaglia não significa somente a humanização de um lugar desumano, mas a interrupção da conivência entre técnicos e ideologia da razão burguesa, crise da cientificidade fundada sobre a normativa paterna e a violência do dominador. (SARACENO, 2001, p. 66)[4]

Não se trata de mudar o lugar de tratamento, se não se romper com a ideologia psiquiátrica. Para Saraceno há um grande erro em se criticar o manicômio, caracterizando-o como lugar desumano e antiterapêutico. É aí que ele situa o equívoco de muitas práticas no campo da Saúde Mental e em alguns movimentos antimanicomiais:

> O grande equívoco se encontra no uso sinonímico, sempre mais difundido, das noções de desospitalização e desinstitucionalização, a desospitalização sendo um ato administrativo que faz sair um paciente de uma instituição-hospital, enquanto a desinstitucionalização é um processo que faz sair um paciente da instituição-psiquiatria. (SARACENO, 2001, p. 70)

---

[4] Mais uma vez verificamos a afirmação de que a ruptura com a lógica manicomial rasga a crise da cientificidade, ou seja, do paradigma científico e psiquiátrico ocidental.

Esta afirmação nos é muito cara, pois a desospitalização, como veremos, é um dos sentidos atribuídos à desinstitucionalização. Para Saraceno, enquanto tratarmos a desinstitucionalização pela crítica ao manicômio, enquanto instituição material e não como o paradigma psiquiátrico, não sustentaremos sua lógica. Saraceno assume a definição de desinstitucionalização como o movimento que rompe com a instituição simbólica do manicômio e considera que psiquiatria é o paradigma do entretenimento.

Para o autor, o manicômio representa o paradigma dos processos de desabilitação, em que todas as experiências cotidianas da vida humana, como dormir, comer e trocar afetos acontecem de maneira empobrecida e des-subjetivada. O tempo divide essas atividades meramente de forma cronológica. Ele é sequestrado dos sujeitos. Saraceno destaca que, como entretenimento, no sentido etimológico da palavra, a psiquiatria mantém os sujeitos dentro de uma instituição, produzindo um espaço restrito de trocas empobrecidas. Lazer, comer, beber e dormir não são experiências singulares. Vemos um entretenimento formulado em uma única dimensão, que pode ocorrer no manicômio, ou em qualquer outra instituição que não rompa com esse circuito. Saraceno nos alerta: "é a unidimensionalidade da doença a instituição que deve ser transformada, é o entretenimento unidimensional da doença a função a ser interrompida (2001, p. 72).

Com essas considerações, podemos compreender a relação entre desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial proposta por Saraceno. Entendendo que a desinstitucionalização é o movimento de ruptura com o paradigma da psiquiatria, que promove um entretenimento unidimensional da doença, e o manicômio sua instituição material, o lugar de desabilitação, a saída possível é a promoção da reabilitação. A desinstitucionalização é operacionalizada pela Reabilitação Psicossocial.

No capítulo intitulado "A reabilitação como cidadania", Saraceno nos apresenta os pilares da Reabilitação Psicossocial: o "morar"; "trocar as identidades"; e "produzir e trocar mercadorias e valores". O norte da proposta de Reabilitação Psicossocial é a reabertura de espaços de negociação e troca para o sujeito, sua família, comunidade e serviços. O que Saraceno denomina de "efeito habilitador" se refere ao aumento das oportunidades de troca de recursos e afetos:

> A teoria e a práxis da desinstitucionalização consistem em substancial inversão: o negócio precede o ócio, ou seja, somente a partir do direito ativo ao exercício do negócio (da troca de oportunidades materiais), o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação. Podemos definir a criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas como um tecido de uma "rede de negociação", ou seja, as redes de negociação, na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos fracos de uma sociedade; poder-se-ia dizer, de outra forma, que o mercado (ou seja, o lugar

> físico e material da troca das mercadorias) precede e determina em uma comunidade a possibilidade de relação entre os seus membros. (SARACENO, 2001 [1999])

E, para o autor, os eixos através dos quais se constroem essa capacidade contratual são: 1) o "morar", que se expande para o habitar. Para Saraceno, essa ideia não se reduz ao ter ou não uma casa. Habitar se refere a um grau mais evoluído de propriedade do espaço onde se vive. Diz respeito à possibilidade de organizar material e simbolicamente o espaço habitado, de conseguir dividir e estabelecer acordos afetivos com quem se vive. Habitar é oposto ao "estar", próprio do manicômio. A reabilitação, aqui, se preocuparia com uma conquista concreta da casa, como um direito político, do espaço onde se vive e à mobilização dos desejos e habilidades referentes ao habitar. 2) trocar as identidades, ou, em outras palavras, participar ou não dos espaços onde se trocam afetos, bens simbólicos, estabelecendo as redes sociais. 3) produzir e trocar mercadorias e valores, que não se reduzem à ergoterapia ou à terapia ocupacional, mas ocupar um espaço onde há articulação de interesses, necessidades e desejos, a partir da qual se pode produzir algo que tenha valor social. E, não somente produzir, mas inseri-lo no espaço da troca. Considera-se a perspectiva de que o trabalho é importante indicador de funcionamento social, mediando as relações entre os indivíduos e deles com o meio econômico.

Como se vê, para Saraceno, a Reabilitação Psicossocial estabelece, com a desinstitucionalização, o que ele denomina de "dupla conceitual", sustentando, necessariamente a troca social e a contratualidade, organizadoras da lógica social e legitimadoras das ações do sujeito nessa lógica:

> O que interessa, em particular, valorizar, com respeito à desinstitucionalização, é sua função de restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição; mais precisamente, é a possibilidade de recuperação da contratualidade, isto é, de posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. (SARACENO, 2001 [1999], p. 133)

Este capítulo nos permitiu caminhar por algumas concepções de desinstitucionalização. Nossa intenção foi construir ferramentas teóricas e conceituais para analisarmos os achados de nossa pesquisa. Não tivemos aqui a proposta de delinear historicamente a Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois outros pesquisadores fizeram amplamente esta empreitada. Entendemos a desinstitucionalização como uma lógica que orienta a Reforma Psiquiátrica, assim como a luta antimanicomial. E, neste estudo,

queremos compreender como o campo da Saúde Mental aciona e significa o termo “desinstitucionalização”. Para tanto, como veremos no capítulo a seguir, estamos assumindo a Saúde Mental como campo, assim como Furtado *et al* (2016). Adiante, apresentaremos os aspectos teórico-metodológicos que justificam nossa escolha, bem como os procedimentos para acessar o campo.

2 ELABORAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Construir uma metodologia para pesquisa é percorrer uma série de fazeres, de caminhos trilhados para a obtenção do conhecimento. Não se pretendeu buscar apenas um modo de fazer, mas tecer uma espécie de "colcha de retalhos", composta por referências e modos de caminhar, que contribuíram para a construção de um referencial teórico-metodológico, não somente um procedimento de coleta de dados. Esse referencial permitiu que tentássemos responder ao nosso problema de pesquisa: quais são os usos e sentidos do termo desinstitucionalização no campo da saúde mental brasileiro?

No primeiro capítulo, nos propusemos a construir o marco teórico, a partir do qual realizaremos a análise dos achados desta pesquisa. Assumimos três referências para o conceito de desinstitucionalização: o primeiro deles, o sentido italiano, conceito proposto por Rotelli, Leonardis e Mauri, que confere à desinstitucionalização o sentido de desconstrução da lógica manicomial; o segundo é a apropriação desse conceito por Amarante, que o considera o alicerce metodológico da Reforma Psiquiátrica, definindo-o em três sentidos: desassistência, desospitalização e desconstrução; por fim, reflexões mais contemporâneas, trazidas por Venturini, que sugere os quatro níveis da desinstitucionalização: desospitalização, habilitação social, inclusão social e promoção de valores sociais. Assim, realizamos um passeio histórico: de 1990, quando o conceito foi publicado oficialmente no Brasil, e seu significado 26 anos depois.

Nesta pesquisa empenhamo-nos para conhecer como a desinstitucionalização é adotada e significada pelos agentes do campo da saúde mental, inclusive por aqueles que circulam em eventos científicos e nos registros que eles deixam em publicações científicas e governamentais. Para isso, construímos um referencial teórico-metodológico: passaremos pela apresentação do conceito de campo e, então, serão abordados os procedimentos metodológicos, ou seja, os métodos para a coleta de dados nas publicações e nos eventos.

Iniciaremos, assim, pela apresentação do conceito de campo e sua apropriação na Saúde Mental, a partir de Furtado, Oda, Borysow e Kapp (2016); em seguida, abordaremos o conceito de campo trabalhado por Vieira-da-Silva e Pinell (2014) e Vieira-da-Silva (2018), de modo que tenhamos uma visão mais abrangente do conceito e de sua utilização no campo da Saúde Coletiva; finalizaremos com Bourdieu (2003 [1997]), apresentando a definição de campo própria da Teoria Social. Após esse percurso teórico, descreveremos nossos procedimentos de levantamento, coleta e sistematização de dados, retomando as contribuições

de Furtado *et al* (2016) e também através dos trabalhos de Ortner (2010), Azize (2010) e Campos e Furtado (2008).

2.1 Um percurso teórico: o conceito de campo

O termo "campo" é utilizado amplamente em nossa linguagem cotidiana por diferentes disciplinas, como a medicina, ciências sociais, biologia, geografia, física ou botânica, por exemplo. Ele designa desde uma zona de manifestação de um fenômeno eletromagnético, passando por área situada fora dos limites urbanos, pela área em que se é desenvolvida determina atividade e esfera de atuação de um indivíduo ou grupo, até espaço para lutas e disputas (MICHAELIS DICIONÁRIO BRASILEIRO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2015).

Dessas definições, nos chamam a atenção aquelas que o consideram como área em que se é desenvolvida uma atividade, que pode ser por um indivíduo ou um grupo, bem como espaço de lutas e disputas. Essas características de campo, trazidas por diferentes áreas de saber, foram aprofundadas pelos estudos de Pierre Bourdieu (1989; 2003 [1997]), que servirão de alicerce para investigarmos o campo da saúde mental.

2.1.1 O conceito de campo, a Saúde Mental e a Saúde Coletiva

Furtado, Nakamura, Generoso, Guerra, Campo, Tugny (2010) e Furtado, Oda, Borysow e Kapp (2016) são nossa referência, tanto pela utilização do conceito de campo na Saúde Mental, como também pelos procedimentos metodológicos desse último trabalho.

Em 2010, Furtado *et al* publicaram os resultados de uma pesquisa que se debruçou sobre as experiências de inserção social e construção da habitação, com os recursos de moradias assistidas, redes sociais e serviços de base territorial em um contexto de desinstitucionalização. Nessa pesquisa, os autores preocuparam-se em estabelecer as diferenças entre moradia e habitação, a partir das noções de *habitus* e campo de Bourdieu. Habitação se refere ao campo onde se articula o *habitus*, ou seja, lugar onde ocorre a singularização ou subjetivação do processo de morar. O *habitus* é o operador da constituição do sujeito, a partir de suas experiências. É ele quem media aspectos da realidade externa

vivida e os elementos internos ao sujeito, ou seja, a apropriação das experiências. Sob este enfoque, a habitação estaria, assim, a serviço da promoção do sujeito e das suas relações sociais. Moradia seria o campo no qual o sujeito se constitui e interage na articulação do *habitus*, no caso, os Serviços Residenciais Terapêuticos, enquanto dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.

> Os dois termos permitem distinguir dois estados do mesmo lugar em dois tempos: a moradia é o campo determinado para a habitação anterior à experiência do sujeito; a habitação é a constituição do *habitus* no decorrer de uma experiência. (FURTADO *et al*, 2010, p. 391)

A habitação permite o acontecer do processo de inserção social. Ainda com base em Bourdieu, os autores enfatizam que se trata de um processo que envolve a simbolização e a atribuição de significados a coisas e experiências. Nesse sentido, a comunicação, trocas sociais e um compartilhamento social da significação de mundo são fundamentais.

Utilizando essas categorias, os autores analisam algumas experiências de desinstitucionalização brasileiras, comparando-as com o caso canadense. Furtado *et al* observam que existem uma pluralidade de fazeres e uma diversidade de modos diferentes de inserção social, que vão desde modalidades diferentes de moradia a redes de suporte distintas. Em todos esses casos, evidenciaram-se relações distintas com a comunidade e com os territórios.

> No entanto, considerando as relações entre habitação e inserção social, julgamos de especial interesse a inserção social de portadores de sofrimento mental grave que, por alguma razão, não mais residem com membros de seu núcleo familiar original, enfrentando um conjunto de questões inerentes ao estabelecimento de um espaço de moradia no meio comunitário e de problemas relacionados à sua inserção numa determinada comunidade. (FURTADO *et al*, 2010, p. 393)

Diante desse achado, a pesquisa identificou seis vertentes nas quais as pesquisas sobre moradia e habitação deveriam se debruçar:

> 1) Levantamento da composição e estruturação da rede de saúde mental dos locais definidos para a pesquisa; 2) Identificação da rede de equipamentos sociais e culturais existentes no território; 3) Estudo dos moradores de SRTs: como se apropriam e interagem com o espaço físico, urbano e social; 4) Estudo dos usuários de Caps: como equacionam suas moradias longe da família e na comunidade; 5) Estudo do suporte oferecido: como a rede de saúde mental entra nessa relação habitação-inserção social; perspectivas dos trabalhadores; 6) Inserção dos principais atores envolvidos com a iniciativa no processo avaliativo, de modo a garantir uso dos resultados e efetiva contribuição do estudo para a qualificação daqueles casos abordados. (FURTADO *et al*, 2010, p. 394-5)

Em 2014, Furtado e Nakamura organizaram um livro no qual estão presentes estudos sobre inclusão social e condições de moradia para pessoas em sofrimento psíquico grave e egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, a partir das perspectivas da Psicanálise, Arquitetura, Antropologia e Saúde Coletiva. Dentre as publicações, destacam-se os trabalhos: "Construções imperfeitas: hospitalidade aos doentes mentais no Brasil", de Juarez Pereira Furtado; "Inserção social: dimensões e significados da vida sociocultural", de Eunice Nakamura; "A ampliação da clínica e centralidade do sujeito nas práticas sanitárias: um referencial para a abordagem de moradores e moradia" e "Análise da Saúde Coletiva: moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos", ambos de Juarez Pereira Furtado e Florianita Coelho Braga Campos. Nos resultados desses trabalhos fica evidente a relação entre a inserção social, moradia e morar com o território.

Furtado discute a necessidade de ampliação dos SRTs e a diversificação de tipos de oferta de moradia condizentes com as necessidades específicas dos sujeitos demandantes. Ele parte das experiências motivadas pela canonização, em 1247, de Dimphna, que se tornou santa e padroeira dos doentes mentais; foi criada a igreja de Santa Dimphna numa pequena cidade que hoje é belga, na qual eram abrigados os peregrinos que buscavam a cura. Furtado enfatiza que essa experiência apresenta iniciativas de atenção e inserção dessas pessoas na comunidade, que oferece abrigos. Outras experiências destacadas por Furtado são a assistência heterofamiliar de Juliano Moreira, repetida, ainda no início do século XX, em São Paulo, por Franco da Rocha. Para Furtado, no Brasil, estas duas últimas são as primeiras experiências destinadas a altas hospitalares e acompanhamento nas comunidades. Novas experiências aconteceram na década de 1990, em Porto Alegre, Ribeirão Preto e Campinas, precursoras da portaria nº 106/2000.

Analisando a clientela atendida pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas demandas por moradia no Brasil, comparando-as com a realidade do Canadá e Estados Unidos, Furtado infere que há, em nosso país, uma estagnação no que se refere à proposta dos SRTs, tanto nas ações que exerce quanto na quantidade implantada, e a diversidade de demandas de morar. Com essa conclusão, o autor estabelece novos estudos, a fim de avaliar a condição dos moradores dos SRTs.

Os novos estudos são apresentados em dois capítulos, escritos conjuntamente com Florianita Coelho Braga Campos. Neles, os resultados são elucidados a partir de eixos norteadores: intersetorialidade das ações voltadas aos moradores dos SRTs e aos usuários dos CAPS que possuem outras maneiras de morar; gestão da clínica, que tem como dispositivos as equipes de referência, vínculo entre técnicos e usuários, projeto terapêutico individual;

utilização de múltiplos paradigmas; promoção de autonomia. O que se destaca nesses estudos, e é retomado em pesquisa posterior, é a relação do sujeito com o território de vida. Assim, torna-se fundamental compreender a apropriação do conceito de território realizada pelos profissionais do campo da Saúde Mental.

As colocações de Nakamura endossam a importância de se compreender o uso que os agentes do campo da Saúde Mental fazem do território:

> O conceito de integração à comunidade utilizado pelos autores baseia-se na noção de cidadania, posto que os moradores devem assumir seus papéis e modos de vida, participando como membros da comunidade em contextos de vida comum aos de outras pessoas e com direito à oportunidade de viver, estudar, trabalhar e se divertir da mesma maneira que os outros. (2014, p. 69)

A metodologia utilizada por Furtado, Nakamura, Generoso, Guerra, Campo, Tugny (2010), somada às reflexões trazidas nos capítulos do livro organizado por Furtado e Nakamura (2014), deixa claro que é pertinente, para se compreender a inserção social dos portadores de sofrimento psíquico grave, na perspectiva da desinstitucionalização, estudos sobre a apropriação do território. Isso se faz necessário à medida que habitar pressupõe relações com o território, a capacidade de contratualidade social e a construção da subjetividade nesse espaço.

Alguns anos depois, Furtado, Oda, Borysow e Kapp (2016) retomam essa investigação e aprofundam-se na pesquisa acerca do conceito de território no campo da Saúde Mental. Os pesquisadores buscaram os sentidos atribuídos ao termo território pelos agentes do campo, à medida que para eles os diferentes sentidos interferem nas práticas dos mesmos, com repercussões para o processo de desinstitucionalização.

> Em pesquisa empírica realizada sobre inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave, constatamos que a relação destas pessoas com o espaço urbano varia de um extremo a outro: desde aqueles que se sentem mais à vontade na rua do que na sua própria casa até aqueles que se sentem tão expostos e desprotegidos que dizem preferir os antigos hospitais. O fato de termos encontrado situações tão drásticas, as quais os serviços de saúde e seus trabalhadores dão pouca atenção, parece indicar a falta de referencial plenamente estabelecido sobre como o território afeta os usuários subjetiva e objetivamente. (FURTADO *et al*, 2016, p. 2)

Para a metodologia do estudo, os autores assumiram a Saúde Mental como um campo, no sentido de Bourdieu, assim como Vieira-da-Silva e Pinell (2014) fizeram com a Saúde Coletiva. O mergulho no campo da Saúde Mental, juntamente com a referência indicada, permitiu aos autores afirmarem algumas de suas caraterísticas: um trânsito de agentes que

circulam por diversos espaços sociais, ou campos, como o científico (universidades, centros de pesquisas, grupos de estudos) e burocrático (espaços administrativos e estratégicos e serviços); outrossim identificaram a influência mútua desses dois campos: o campo científico produz documentos resultados de pesquisas e estudos, em grande parte influenciado por ações do campo burocrático. Este último determina, através de manuais, leis, portarias e outros documentos, recomendações e orientações para implantação de serviços, seu financiamento e manutenção, bem como para o próprio cuidado em saúde mental de base territorial.

Enquanto as concepções de Bourdieu permitiram distinguir as concepções de campo científico e burocrático, Vieira-da-Silva e Pinell ofereceram embasamento para compreender a inter-relação entre os campos:

> Tomamos como verdadeiro para as instituições da Saúde Mental no Brasil o que Viera-da-Silva constata acerca da Saúde Coletiva em geral: trata-se de um espaço social caracterizado pelo trânsito de agentes entre os campos científico e burocrático. Por essa razão, recorremos à análise concomitante de artigos científicos e textos oficiais. Ela permite mostrar que formulações surgem e repercutem nesses dois campos e como eles se influenciam mutuamente. (FURTADO *et al* 2016, p. 3)

Com este estudo, podemos constatar que as mesmas leis que regem o campo da Saúde Coletiva regem o campo da Saúde Mental: diversidade de agentes, como usuários, pesquisadores, militantes, trabalhadores e gestores, que circulam em diversos espaços sociais, como academia, associações, serviços e dispositivos burocráticos de gestão. Estas características podem ser exemplificadas por uma série de ações e movimentos em cada dimensão da Reforma Psiquiátrica, identificadas por Amarante (2003) e Yasui (2010). Na dimensão jurídico-política, o papel das associações na construção das políticas de saúde mental, bem como a função burocrática dos gestores e do Ministério da Saúde, que orienta ações estratégicas para o campo; na dimensão técnico-assistencial, os trabalhadores e os serviços; na dimensão sociocultural, as manifestações culturais, como blocos de carnaval e movimentos artísticos e culturais que dinamizam as comemorações do dia da Luta Antimanicomial; e na dimensão epistemológica, estudos e pesquisas que tem a Saúde Mental como objeto de estudo, ou movimentos como o MTSM e a Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (FASM), que desconstroem o paradigma psiquiátrico acerca da loucura e tratamento.

Além das ações empreendidas, a reconstrução do paradigma epistemológico referente à loucura proporcionou a constituição de um campo, que se sustenta, por exemplo, no compartilhamento da perspectiva da desconstrução do paradigma psiquiátrico. Este se torna um importante aspecto para distinguirmos quem pertence e quem não pertence ao campo.

O campo burocrático da Saúde Mental vem publicando importantes normativas desde 1966, a partir da Lei nº 5.026, que institui o desenvolvimento de campanhas de Saúde Pública. A Saúde Mental passa a fazer parte dessas campanhas a partir do ano seguinte, através do Decreto nº 60.252, que implanta a Campanha Nacional de Saúde Mental. De lá, até a publicação da lei mister da Saúde Mental, nº 10.216/2001, algumas portarias e leis foram importantes para a consolidação do campo, como a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990 e o projeto de Lei nº 3.657/1989, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória (RIBEIRO *et al*, 2017).

A partir da publicação da Lei nº 10.216/2001, o campo burocrático passa a organizar um arsenal de leis, portarias, decretos, manuais, recomendações. Este versa sobre a implantação e custeio de serviços extra-hospitalares, organização da Rede de Atenção Psicossocial, estabelecimento de dispositivos de moradia e trabalho, extinção dos manicômios, redução do número de leitos e regulação das portas de entrada para internações psiquiátricas, bem como sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais.

O ano era 2016, e comemorávamos conquistas importantes para o campo da saúde mental, como, por exemplo, a instituição da RAPS e seus componentes, através da Portaria nº 3.088/2011. Dentre eles, estavam inseridos: a "Atenção Básica em Saúde", que tinha o Consultório na Rua como um dispositivo estratégico; "Atenção Psicossocial Especializada", com os CAPS organizados de acordo com as demandas específicas (sofrimento psíquico, álcool e drogas, e infância e adolescência); "Atenção Hospitalar", que incluía as enfermarias em hospitais gerais; e "Estratégias de Desinstitucionalização", compostas pelos Serviços Residenciais Terapêutico e Programa de Volta para Casa. Cabe ressaltar que dentre os serviços que compunham a RAPS não estavam incluídos os hospitais psiquiátricos e ambulatórios especializados. Outras conquistas comemoradas se referiam à redefinição das modalidades dos Serviços Residenciais Terapêuticos, que aumentou os valores de implantação e custeio, através da Portaria nº 3.090/2011; e o Programa de Volta para Casa, importante dispositivo da desinstitucionalização, que destina um auxílio financeiro para egressos de internações psiquiátricas.

Entretanto, vivíamos também um momento político crítico no Brasil, que se estende de 2016, com o golpe, até os dias atuais. A partir desse momento, vivenciamos um período de desmonte das políticas públicas, sobretudo nas áreas da Saúde, Assistência Social, Educação e das políticas afirmativas: um movimento contra a democracia e as instituições de Estado. De

2016 até 2020, vimos uma redução de investimentos no campo da saúde, consequentemente no campo da saúde mental e um desmonte de seus aparelhos:

> Por mais de trinta anos, o modelo de cuidado em saúde mental, pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos mentais, avançou lenta, porém ininterruptamente. A rede de serviços de base comunitária, o orçamento para estes serviços e sua proporção com o custo dos hospitais psiquiátricos, cresceram em cada um destes anos. Desde 2016, no entanto, pela primeira vez, vemos um "processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica" (Delgado, 2019a). (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020, p. 2)

Cruz *et al* (2020) afirmam que, de 2016 a 2019, foram editados em torno de quinze documentos do campo burocrático, como portarias, resoluções e decretos, para constituir a "Nova Política Nacional de Saúde Mental". Nesta proposta, há claramente um retorno à lógica manicomial: incentivo à internação, exclusão da política sobre álcool e outras drogas da Saúde Mental e o tratamento das questões relacionadas ao sofrimento devido ao uso abusivo de substâncias pela ótica proibicionista e punitivista, bem como o financiamento de Comunidades Terapêuticas. Os mesmos autores indicam que essas mudanças contrariam

> as leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (promulgado no Brasil pelo Decreto n. 592/1992), além de recomendações específicas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH). (CRUZ *et al*, 2020, p. 3).

Em meio à pandemia de COVID-19, durante o recesso do Congresso Nacional, foi instituído, pelo Ministério da Saúde, um grupo de trabalho para rever a RAPS, com a possibilidade de revogar algumas portarias importantes da política de Saúde Mental. O que foi denominado de "revogaço", extinguiria em torno de cem portarias publicadas entre 1991 e 2014 e atingiria, principalmente: o Programa de Volta para Casa, os Consultórios na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS ad) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que seriam extintos, e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que seriam reduzidos somente à reabilitação. Com o "revogaço", grande parte dos documentos do campo burocrático que são analisados por esta pesquisa cairiam, mudando o sentido deste trabalho.

Em menos de vinte e quatro horas, após o anúncio das possíveis revogações, profissionais, usuários, familiares, associações e coletivos do campo da saúde mental criaram a Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (FASM), que se organizou e vem atuando para enfrentar o desmonte da

política de saúde mental. Esse movimento ratifica o dinamismo e a diversidade do campo da saúde mental. Diante da pandemia e da necessidade do distanciamento social, a FASM nacional conseguiu reunir mais de 12 mil agentes conectados através de suas redes sociais, como o *Instagram*, e em torno de 2 mil no *Telegram*. Cada estado também mantém sua Frente Ampliada, reunindo grande número de agentes. Essa Frente, assim como outras instituições do campo, tem ativado os agentes, através de eventos virtuais, como webnários, *lives*, congressos e outras atividades. Nesse sentido, mesmo com a pandemia, a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica continuam atuantes e vivas. Retomaremos esse ponto quando abordamos nossos procedimentos metodológicos.

Diante do exposto, podemos caracterizar a Saúde Mental como um campo por: 1) sua relativa autonomia com outros campos, como a Saúde Coletiva ou a Psicologia e Psiquiatria; 2) sua circulação de agentes entre os campos científico e burocrático, estabelecendo práticas de cuidado, estratégia de gestão, pesquisas e documentos normativos; 3) sua diversidade de agentes, que vão de trabalhadores, usuários, associações, instituições a movimentos; 4) a disputa pelo capital próprio do campo, ou seja, o discurso e as narrativas sustentadas na lógica antimanicomial.

Para refletirmos sobre as características acima citadas, visitamos o trabalho de Ligia-Vieira-da-Silva e Pinell referenciado por Furtado *et al* (2016) e buscamos a pesquisa realizada pela primeira autora em 2018, que realizou um mergulho pelo campo da Saúde Coletiva. Estes trabalhos contribuem para pensamos a Saúde Mental como um campo, adotando a mesma perspectiva usada por Furtado *et al* (2016).

Em 2014, Vieira-da-Silva e Pinell publicaram um estudo acerca da gênese da Saúde Coletiva no Brasil, justamente o que foi citado por Furtado *et al* (2016) como referência para caracterizar o campo da Saúde Mental. No artigo, Vieira-da-Silva e Pinell trazem importantes considerações para pensarmos a Saúde Coletiva como um campo sob a perspectiva de Bourdieu.

O estudo se caracterizou por uma análise histórica do período compreendido entre 1970 e 1986. Tal período foi marcado pela criação de programas de pós-graduação em Saúde Pública, a emergência de um posicionamento crítico a respeito da relação entre doença e sociedade e a 5ª, 6ª, 7ª e 8ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil. Como método de investigação, os autores entrevistaram professores e profissionais de importantes departamentos de medicina preventiva ou que participaram da criação da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde). Além disso, consultaram biografias e arquivos de testemunhos orais de agentes já

falecidos do campo, e realizaram análise de seus currículos. Os autores verificaram que a participação dos agentes na construção deste espaço social consistiu em distintos posicionamentos, sociais, profissionais e políticos, apresentação de ideias sobre Saúde Coletiva e Reforma Sanitária, bem como a participação de diferentes identidades profissionais e opiniões acadêmicas. Os resultados ratificam a definição bourdiesiana acerca do campo e de seus agentes: como um espaço social constituído por agentes de diferentes conhecimentos, ideais, identidades profissionais e opiniões que, ao se interconectarem, formaram uma estrutura independente de cada agente individualmente. Além dos agentes, a Saúde Coletiva é composta por distintas disciplinas, como medicina e ciências sociais, instituições, como universidades, ABRASCO e CEBES, e espaços reificados, como os serviços de saúde. Outrossim, a pesquisa revelou que a gênese da Saúde Coletiva é caracterizada por conflitos e disputas pelo capital, por parte de agentes, disciplinas, instituições e serviços que também constroem um *habitus* específico.

O método de pesquisa se sustentou em três pilares: a posição dos sub-campos da Medicina Preventiva e da Saúde Pública tradicional em relação ao campo de poder (político e burocrático); a estrutura de relação entre os as posições dos fundadores na disputa pelo objeto da saúde coletiva; os *habitus* dos agentes.

Vieira-da-Silva e Pinell (2014) afirmam que a Saúde Coletiva é um espaço social, onde ocorre a produção de conhecimento e de práticas de saúde anti-hegemônicas, rompendo com o paradigma da Medicina Preventiva, da Higiene e da Saúde Pública tradicional. Ao abordarem o monopólio do capital próprio do campo, retomam as distinções estabelecidas por Bourdieu entre capital científico, político e burocrático, todos sendo formas convertidas do capital simbólico.

O monopólio, pelos agentes, dos capitais científico, burocrático e político determina a hierarquia do espaço social e influencia na tomada de posição. Por capital científico, Bourdieu concebe um conjunto de produtos que resultam da atividade intelectual que contribuem para o conhecimento científico; o capital político se refere à capacidade de cada agente de mobilizar pessoas em prol de uma luta; capital burocrático é um tipo de capital que exerce poder sobre as outras formas de capital. Nesse sentido, pode induzir ações em outros campos. Esses últimos existem no poder do Estado e instituições estatais (BOURDIEU *apud* VIEIRA-DA-SILVA, PINELL, 2014).

No trabalho, são indicados outros dois fatores que determinam o jogo de poder dentro do campo: o *habitus* e a *illusio*. Para os autores, as críticas que fizeram a Saúde Coletiva promover uma ruptura com os campos da Medicina Preventiva e Saúde Pública tornaram-se os

componentes do *habitus*, ou seja, considerar que a sociedade tem relação com a produção de doenças. Nesse sentido, a Saúde Coletiva não atuaria somente na doença ou promoção de saúde, mas nos processos sociais. O *habitus*, para os autores, formaria a *illusio*, que é um "*investment in the creation of this new space*"[5] (VIEIRA-DA-SILVA, PINELL, 2013, p. 438).

Outro aspecto importante abordado pelos autores nesse estudo diz respeito à relativa autonomia do campo da Saúde Coletiva, concepção que abre uma via para questionarem se a Saúde Coletiva se configura como um campo ou um espaço. Esta questão é inserida para sublinhar o grau de autonomia da Saúde Coletiva em relação à Medicina e outros campos de poder. Segundo Vieira-da-Silva e Pinell, a diversidade e o trânsito de agentes por diferentes espaços ou sub-campos, como o campo científico e burocrático, fazem com que a Saúde Coletiva se assemelhe a outros campos de produção cultural, em relação ao grau de autonomia com as demandas de outros campos de poder. O estudo permitiu inferir que o espaço científico do campo possui uma grande autonomia; e, no que diz respeito ao espaço burocrático, o campo é mais dependente das demandas do Estado. Por outro lado, na Saúde Coletiva o acúmulo de capital burocrático é grande, haja vista grande número de agentes assumirem cargos de gestão. Este cenário poderia denunciar o baixo grau de autonomia enquanto campo científico. Essas reflexões sobre as caraterísticas do campo da Saúde Coletiva, sobretudo a circulação de seus agentes em diversos espaços sociais, deixam clara a dependência da Saúde Coletiva em sua relação com outros campos.

Em 2018, Ligia Maria Vieira-da-Silva publicou um livro intitulado "O campo da Saúde Coletiva" que, em grande parte, é sustentado na metodologia do estudo anteriormente mencionado, ou seja, a leitura da gênese social do campo a partir da perspectiva de Bourdieu.

Através das trajetórias dos agentes do campo, estudos sobre as instituições acadêmicas, os serviços de saúde e as formas de construção dos saberes, Vieira-da-Silva descreve as condições sociais e políticas que conformaram o campo da Saúde Coletiva. Ressalta-se, nesse trabalho, uma tensão nesse surgimento: uma ruptura com a Medicina e Saúde Pública tradicional de maneira que se enfatiza um campo da saúde como um movimento mais politizado, sustentado na determinação social da doença. Em meio à análise desse tensionamento, a autora nos apresenta o objetivo de seu trabalho: "o principal objetivo foi investigar empiricamente se a Saúde Coletiva poderia ser considerada como um campo no sentido de Bourdieu (1996)" (VEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 31).

[5] "investimento na criação deste novo espaço" (tradução nossa)

Essa afirmação é importante para nossa pesquisa: é a partir dela que sugerimos a possibilidade de assumirmos o "campo da Saúde Mental" e, ainda, traz um percurso metodológico no qual podemos nos apoiar. Assim como Vieira-da-Silva, buscamos, a partir da referência bourdiesiana, caminho também trilhado por Furtado *et al* (2016), abordar a Saúde Mental como um campo, cujas principais características seriam: 1) a ruptura com o paradigma da psiquiatria tradicional; 2) o tensionamento com outros campos de saber, como a própria Psiquiatria e Psicologia; 3) tensionamento que é expresso num movimento de desconstrução de um saber tradicional normatizante e adaptativo do sujeito e, por isso, segregador. Tal tensão explicita uma relativa autonomia do campo da Saúde Mental; e 4) a construção de um saber próprio, que seria a dimensão teórico-conceitual proposta por Amarante.

Seguindo Vieira-da-Silva, buscamos, de maneira empírica, ouvir as falas dos agentes do campo, embora não tenhamos utilizado em entrevistas. Abordaremos o procedimento metodológico a seguir. O caminho trilhado nos permitiu, do mesmo modo como Vieira-da-Silva fez com o campo da Saúde Coletiva, caracterizar o campo da Saúde Mental como um espaço social que não é exclusivamente científico, no qual os agentes acumulam outros tipos de capital, como o burocrático e político. E, através do capital acumulado, os agentes disputam o monopólio das práticas e saberes do campo, seja da Saúde Coletiva ou do campo da Saúde Mental.

> Para esse grupo, o motivo aglutinador foi a constituição de um campo de conhecimento em torno das Ciências Sociais em Saúde. Essa complementaridade de capitais (político e científico) contribuiu para delinear a futura estrutura que o espaço em processo de criação iria assumir. (VIEIRA-DA-SILAV, 2018, p. 63)

Seus estudos identificaram que os grupos distintos que participaram da gênese do campo da Saúde Coletiva possuíam capitais científicos e políticos similares, com poucas variações.

> Diferenciavam-se principalmente no que diz respeito à posição política, ao capital burocrático universitário, ao capital burocrático institucional e à geração. *A estimativa da composição das diversas espécies de capitais para cada agente faz parte do esforço de apreensão empírica do campo*. (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 64 – grifos nossos)

A afirmação supracitada nos mostra que é justamente o acúmulo de cada capital que se insere na disputa pelo objeto do campo, que faz com que cada agente possa ou não pertencer a esse campo. E segue:

> Para Bourdieu (1986a, 2009), os capitais econômico, cultural e social são as principais formas de poder usadas pelos agentes sociais nas suas lutas em um determinado espaço social. Ele também examinou os capitais que são específicos para a análise dos campos científico, burocrático e político, campos esses relacionados com a criação da Saúde Coletiva. *O capital simbólico que corresponde à transformação das outras espécies de capital em capital de reconhecimento também é importante*. (*Idem*, p. 64 – grifos nossos)

Vieira-da-Silva também destaca que o surgimento da Saúde Coletiva foi caracterizado por uma relação entre os campos, a partir de mudanças no campo científico e uma interseção com outros campos:

> O espaço da Saúde Coletiva foi assim constituído principalmente no interior do campo científico, porém com grande interseção com os campos político e burocrático. (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 115)

Dadas estas características, a autora enfatiza uma não linearidade no processo de construção do campo da Saúde Coletiva, ou seja, um processo no qual estavam presentes interesses de fundações de financiamento de pesquisas em saúde e institutos acadêmicos, agentes de orientação política de direita e de esquerda, gestores e trabalhadores:

> Esse pode ser considerado um processo não linear, pois resulta da interconexão de diferentes campos sociais relativamente autônomos que estão se constituindo, formados por agentes e instituições com interesses diferentes, mas que, por vezes, confluem. Os objetivos formalmente humanitários, ambiguamente definidos pelas fundações americanas, permitiram reunir, por um lado, profissionais das áreas sociais ou pensadores progressistas que encontram financiamento e local de trabalho em fundações. Por outro lado, estavam seus provedores e gestores que, por inúmeros movimentos e diversas microtomadas de decisão, formam uma rede de relações de pessoas com disposições políticas ligadas ao denominado establishment wasp que resolvem investir nessas áreas por razões diversas. *As vinculações entre esses agentes e o campo do poder permitem a incorporação dessas ações nas estratégias internacionais de busca por hegemonia.* (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 50 – grifos nossos)

O trabalho extramuros, juntamente com a implantação de projetos e serviços nos municípios de base territorial, também é destacado pela autora como aspectos importantes para a construção do campo: as práticas de saúde desenvolvidas para a comunidade, que permitiram uma integração entre o campo de conhecimento, ações de saúde e participação popular.

> Essa rede de relações que pode ser localizada nos diversos espaços de constituição da Saúde Coletiva criou uma estrutura que ia além das relações interpessoais no sentido de Elias (1994). Ela materializa a construção da estrutura do espaço social não apenas como campo de forças ou como campo de lutas, mas também como um universo de relações interpessoais de amizade, de solidariedade e de cumplicidade. (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 118)

Viera-da-Silva sublinha que a formação em Psicologia, em Psiquiatria e o envolvimento com a Reforma Psiquiátrica foram motivos mencionados pelos entrevistados para o ingresso na Saúde Coletiva. A autora sugere que a formação e atuação profissional vinculada aos campos político, burocrático e científico contribuíram para a criação do *habitus* fundamental para a inserção dos agentes no campo da Saúde Coletiva.

Por fim, a análise da identidade dos agentes do campo da Saúde Coletiva realizada por Viera-da-Silva também é de extrema importância para nossa pesquisa. Ela afirma que existe uma perda da identidade profissional de origem, da graduação. Muitas vezes, os agentes se referem como professores ou pesquisadores, ou ainda sanitaristas. A autora assinala que essa perda de identidade tem repercussões para a consolidação do campo da Saúde Coletiva, inclusive, a possibilidade de ocupar carreiras ou identidade profissionais em duas áreas simultaneamente, como político-acadêmica, acadêmico-burocrática, com um dos polos dominantes. A ruptura com uma identidade profissional de origem e a assunção de uma identidade comum indicam o grau de investimento dos agentes para a construção do campo. De acordo com cada um dos subcampos da Saúde Coletiva (Epidemiologia; Política, planejamento e gestão; ou Ciências Humanas e Saúde) as disposições dos agentes são influenciadas por um dos campos: científico, burocrático e político.

As questões com relação à identidade e a disposição para assumir um novo campo (deixar aquele no qual foi realizada sua formação) também evidenciam a relativa autonomia da Saúde Coletiva. Vieira-da-Silva nos diz que se trata de “um campo em processo de autonomização, dominado em relação ao campo de poder, mas que tem sua lógica específica relacionada com o universo à semelhança como outros campos da produção cultural” (2018: 227). Sua relativa autonomia se situa com relação ao Estado e ao mercado, seja na produção de pesquisa ou na oferta de serviços, ou ainda nessa assunção de uma nova identidade:

> Quadro político ambivalente – técnico para o campo político e político para o campo científico -, o espaço criado tem como uma das suas questões principais afirmar-se como campo no sentido da construção da identidade e busca da relativa autonomia. Se a nova identidade não está completamente estabelecida, as antigas também são recusadas de forma ambivalente. (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 230)

Este mesmo processo de autonomização também é evidenciado no campo da Saúde Mental com relação à Psiquiatria. Ao mesmo tempo em que se distancia através de uma ruptura com o saber convencional, a Saúde Mental compartilha conceitos, saberes e identidade. Além disso, os agentes do campo da Saúde Mental também vivenciam a "crise de identidade": seus participantes se autodesignam como "mentaleiros". Isso faz com que compartilhem de uma realidade que é própria do campo, como jargões ("desins" para se referir à desinstitucionalização), siglas (RT para residência terapêutica, CAPS para Centro de Atenção Psicossocial; PTS para Projeto Terapêutico Singular), linguagem que lhe é própria e muitas vezes não reconhecida por um "não-mentaleiro". Outro aspecto em comum entre os agentes é a forma como se apresentam, por exemplo: "meu nome é Ana, psicóloga de formação, militante da Reforma Psiquiátrica". O método de trabalho das equipes, orientada pela estratégia transdisciplinar, que leva a um "borramento" das fronteiras de cada campo de formação, resultando em compartilhamento de saberes e práticas construídas especificamente pelo campo.

Com essas pesquisas, podemos compreender como o conceito de "campo" pode ser utilizado tanto para designar a Saúde Mental quanto a Saúde Coletiva. Assim, investigar esse campo, que é, ao mesmo tempo, científico e burocrático e, também, caracterizado pela promoção de espaços de interação dos seus agentes, demanda que transitemos por suas publicações e os eventos que ele produz. Para uma melhor apropriação do conceito de campo, utilizada pela Teoria Social, exploraremos um pouco mais as formulações apresentadas por Bourdieu.

2.1.2 A concepção de campo de Pierre Bourdieu

O conceito de campo é construído por Bourdieu para interpretar o espaço social. Catani e*t al* (2017) enfatizam que esse conceito é o modelo através do qual é possível pensarmos sobre nossas sociedades, pois Bourdieu afirma que elas são constituídas por microcosmos, como os campos artístico, científico e religioso.

Pode-se definir "campo" a partir das características que Bourdieu atribuiu a ele ao longo de sua obra. O campo corresponderia a um universo intermediário, no qual estão inseridos agentes e instituições que são responsáveis pelas suas produções. Para Bourdieu "esse universo é um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou

menos específicas" (2004 [1997], p. 20). Dentre suas características, Bourdieu enumera: regras específicas, relativa autonomia de leis sociais externas, disputa pelo capital específico, que é distribuído dentro do campo, *habitus* próprio. Embora os campos sejam diversos, como campo científico, campo religioso, campo da alta costura, em todos eles podemos encontrar essas características (*Idem*).

Em "O poder simbólico" (1989), o sociólogo dedica um capítulo para tratar sobre a gênese dos conceitos de campos e *habitus*, centrais e indissociáveis em sua obra. Bourdieu adotou esses conceitos como uma recusa à alternativa reducionista, mecanicista, sobretudo estruturalista, na qual o indivíduo é reduzido ao papel de suporte de uma estrutura social. A noção de *habitus* coloca em evidência o papel criativo e ativo do agente em um espaço social, rompendo com o binarismo entre indivíduo e sociedade.

> Sendo as minhas posições próximas as de Chomsky, que elaborava, por então, e quase contra os mesmos adversários, a noção de *generative gramar*, eu desejava por em evidências as capacidades "criadoras" activas e inventivas do *habitus* e do agente (que a palavra hábito não diz), embora chamando a atenção de que este poder gerador não é o de um espírito universal, de uma natureza ou de uma razão humana, como em Chomsky - o *habitus*, como indica a palavra, é um conhecimento adquirido e também um *haver*, um capital... a disposição incorporada quase postural – mas sim de um agente em acção. (BOURDIEU, 1989, p. 63 – grifos do autor)

Com o *habitus*, Bourdieu chama a atenção para o lado ativo do conhecimento prático, realizado num espaço social. Ao *habitus*, o autor refere a expressão "sentido do jogo", como algo que orienta a ação em determinado espaço social. O *habitus* se coloca como um arsenal simbólico compartilhado por agentes de um campo. Bourdieu extraiu a ideia de *habitus* da noção de *hexis*, de Aristóteles, que significa uma disposição adquirida, dotada de caráter moral que orienta as ações e desejos do sujeito (1989). Para Catani *et al* (2017, p. 214), "o habitus é uma noção mediadora que ajuda a romper com a dualidade de senso comum entre indivíduo e sociedade". Assim, como uma disposição herdada socialmente, o *habitus* é um conceito importante porque caracteriza a atividade dos agentes de um campo na disputa pelo capital específico. O *habitus* é também aquilo que faz com que os agentes não sejam meros elementos passivos moldados pelas forças de um campo, mas sim, permite que se oponham a elas:

> Eles tem disposições adquiridas... que chamo de *habitus*, isto é, maneiras de ser permanentes, duráveis que podem, em particular, leva-los a resistir, a opor-se às forças do campo. *Aqueles que adquirem, longe do campo em que se inscrevem, as*

> *disposições que não são aquelas que esse campo exige, arriscam-se, por exemplo, a estar sempre defasados*, deslocados, mal colocados, mal em sua própria pele, na contramão, na hora errada, com todas as consequências que se possa imaginar. Mas, eles também podem lutar com as forças do campo, resistir-lhes e, em vez de submeter suas disposições às estruturas, tentar modificar as estruturas em razão de suas disposições, para conformá-las às suas disposições. (BOURDIEU, 2004 [1997], p. 28-9 – grifo nosso)

O *habitus* resulta das trajetórias de vida e da inserção no campo. Catani *et al* ressaltam: "apenas os que tiverem incorporado o *habitus* próprio do campo estão em condições de disputar o jogo e de acreditar na importância dele" (2017: 65). Bourdieu, em um curso sobre a gênese do Estado, que será trabalhado a seguir, afirma: "É uma lei fundamental da teoria dos campos: se você não tem um mínimo de chances no jogo, não joga. É preciso um mínimo de chances no jogo para ter vontade de jogar" (2020 [1989-92], p. 465).

Ao abordar a gênese de campo, no mesmo capítulo, o autor assinala que sua intenção ao formular o conceito de campo foi a mesma que com o conceito de *habitus*. Ele se propõe a romper com explicações que pretendem referenciar as produções intelectuais, de qualquer campo, ou situadas num contexto interno dos conteúdos desses campos, ou no contexto externo, na dimensão sócio-política.

Em 1997, na conferência e debate organizados pelo grupo *Sciences en Questions*, publicados nos livro "Os usos sociais da ciência" (2004) ele retoma esta explicação. A empreitada foi motivada por reflexões acerca dos usos sociais das ciências. Recuperando sua gênese, o autor afirma que em todos os campos (ciência, arte e literatura, por exemplo) há uma mesma oposição: ou se enfatiza suas produções em seu conteúdo textual, ou no contexto social. A elaboração do conceito de campo foi uma forma de escapar dessa lógica dicotômica.

Duas características do campo são fundamentais: ele é relativamente autônomo e se constitui como um microcosmo regido por leis próprias. O que isso significa? Bourdieu indica, tomando o exemplo do campo científico, que ele é movimentado por demandas sociais e de outros campos e, ao mesmo tempo, por demandas internas. Nesse sentido, entre os diferentes campos científicos ou entre os diferentes campos há uma relativa dependência:

> Um dos problemas conexos será, evidentemente, o de saber qual é a natureza das pressões externas, a forma sob a qual elas exercem créditos, ordens, instruções, contratos e sob quais formas se manifestam as resistências que caracterizam a autonomia, isto é, quais são os mecanismos que o microcosmo aciona para se libertar dessas imposições externas e ter condições de reconhecer *apenas* suas próprias determinações internas. (BOURDIEU, 2004 [1997], p. 21 – grifo nosso)

Em outras palavras, trata-se de questionar em que medida um campo pode ser completamente isento de influências externas ou de depender de outros espaços sociais, sustentando-se apenas em suas próprias leis. Para Bourdieu, uma das formas mais claras de verificarmos a autonomia de um campo é sua "capacidade de refratar" (2004 [1997], p. 22), isto é, retraduzir ou transfigurar demandas externas. Quanto mais autônomo, maior sua capacidade de refração. Assim, as demandas externas serão retraduzidas ao ponto de se tornarem irreconhecíveis.

> O grau de autonomia de um campo tem por indicador principal seu poder de refração, de retradução. Inversamente, a heteronomia de um campo manifesta-se, essencialmente, pelo fato de que os problemas exteriores, em especial os problemas políticos, aí se exprimem diretamente. (BOURDIEU, 2004 [1997], p. 22)

Para o sociólogo, todos os campos possuem essa mesma lógica de relação de relativa autonomia com os demais e de formação das leis internas. Todo o campo se configura como um espaço de disputas entre os agentes que o compõe, que podem ser indivíduos e instituições, cujo objetivo é transformá-lo ou conservá-lo. Bourdieu chama de "relações objetivas" as relações entre os agentes dentro de um campo, e são elas que determinam e orientam as tomadas de posição. Para o autor, as relações objetivas constituem a movimentação do campo: "É a *estrutura das relações objetivas* entre os agentes que determina o que eles podem ou não fazer" (BOURDIEU, 2004 [1997], p. 23, grifo do autor). Nesse sentido, as relações objetivas orientam as escolhas entre os pontos de vista, temas de investigação e trabalho objetos de intervenção, lugares de publicação no interior de um campo. Inclusive, através destas relações objetivas se pode definir o reconhecimento dos agentes pelos pares.

Outro aspecto importante que orienta as disputas em um campo é a distribuição do capital entre os agentes. O capital é uma espécie de capital simbólico, que se refere ao fato de ser reconhecido e valorizado pelo resto da sociedade (CATANI, *et al*, 2017). Assim, quanto mais capital um agente possui, mais reconhecido. Isso permite que ele ocupe, na hierarquia do campo, a posição mais alta. É justamente em busca da apropriação deste capital, ou seja, seu monopólio, que as disputas do campo são orientadas. Pode-se, inclusive, afirmar que também determina a participação ou não de um agente em um campo.

Outro conceito ligado à noção de campo é *illusio*. Quando Bourdieu (2004) nos apresenta as propriedades específicas do campo, a partir da análise sobre o campo científico, sublinha que o campo produz um interesse, ou investimento, que é a *illusio*. Catani *et al*

(2017) indicam que a noção de *illusio* comporta também um sentido de crença, de disposição e envolvimento no jogo colocado por um campo:

> O que a noção de illusio reflete, como interesse em um campo, é uma cumplicidade e o ajustamento entre as estruturas mentais dos sujeitos (seus habitus e suas disposições) e as estruturas objetivas (os próprios campos, suas regularidades, os alvos em jogo, as disputas), manifestados numa tendência à ação, ao investimento, que nasce desse acordo. (CATANI, *et al*, 2017, p. 231)

Considerando, então, a noção de *habitus*, o conceito de campo e de capital, podemos inferir que: a) a atividade dos agentes do campo ocorre conforme o *habitus* herdado de seu grupo social; b) pelo investimento em um campo; e c) pelo monopólio do capital. Bourdieu afirma:

> Os agentes sociais estão inseridos na estrutura e em posições que dependem do seu capital e desenvolvem estratégias que dependem, elas próprias, em grande parte, dessas posições, nos limites de suas disposições. Essas estratégias orientam-se seja para a conservação da estrutura seja para sua transformação, e pode-se genericamente verificar que *quanto mais as pessoas ocupam uma posição favorecida na estrutura, mais elas tendem a conservar ao mesmo tempo a estrutura e sua posição, nos limites, no entanto, de suas disposições* (isto é, de sua trajetória social, de sua origem social) que são mais ou menos próprias à sua posição. (2004 [1997], p. 29 – grifo nosso)

Podemos ilustrar o conceito de campo e seus principais elementos a partir do quadro a seguir:

Quadro 1: definição de "campo".

	ELEMENTOS	**CARACTERÍSTICAS**
CAMPO	Relativa autonomia	Grau de dependência das leis sociais externas
	Leis internas	Produção e disputas
	Agentes	Atividade sustentada no *habitus* e na *illusio*
	Habitus	Aptidão social adquirida
	Illusio	Investimento no campo
	Capital	Valor simbólico oferecido a um indivíduo ou grupo

Fonte: a autora, 2021.

Tomaremos as noções de Bourdieu acerca do campo para caracterizar o "campo da Saúde Mental". Utilizaremos como referência a afirmação de Furtado *et al* (2016) de que a dinâmica existente no campo da Saúde Coletiva é a mesma existente na Saúde Mental: o

trânsito de agentes entre os campos científico e burocrático. Assim, cabe, rapidamente, elaborarmos alguns pontos acerca do campo científico e burocrático.

O campo científico, como elaborado por Furtado *et al* (2016), é materializado nos estudos e pesquisas realizadas. Para Bourdieu, a luta que caracteriza o campo científico é identificada como:

> *le monopole de l'autorité scientifique inséparablement définie comme capacité technique et comme pouvoir social, ou si l'on préfère, le monopole de la compétence scientifique, entendue au sens de capacité de parler et d'agir légitimement (c'est-à-dire de manière autorisée et avec autorité) en matière de science, qui est socialement reconnue à un agent déterminé*. (BOURDIEU, 1976, p. 89)[6]

Bourdieu (1976) ressalta que a luta por esse reconhecimento dentro do campo científico não é somente científica, mas também política. No jogo que se coloca, há o monopólio pelo capital científico e uma situação de concorrência na distribuição desse capital:

> *Le champ scientifique est toujours le lieu d'une lutte, plus ou moins inégale , entre des agents inégalements pourvus de capital spécifique, donc inégalement en mesure de s'approprier le produit du travail scientifique (et aussi, en certains cas, les profits externes tels que les gratifications économiques ou proprement politiques) que produisent, par leur collaboration objective , l'ensemble des concurrents en mettant en oeuvre l'ensemble des moyens de production scientifique disponibles. Dans tout champ s'opposent, avec des forces plus ou moins inégales selon la structure de la distribution du capital dans le champ (degré d'homogénéité), les dominants, occupant les positions les plus hautes dans la structure de la distribution du capital scientifique, et les dominés, c'est-à-dire les nouveaux entrants, qui possèdent un capital scientifique d'autant plus important (en valeur absolue) que les ressources scientifiques accumulées dans le champ sont plus importantes*. (BOURDIEU, 1976, p. 96)[7]

Nesse sentido, nos espaços reificados, instituições, universidades e encontros, os agentes precisam se posicionar, engajando-se para impor o valor de suas produções e de sua

---

[6] "o monopólio da competência científica definida como capacidade técnica e poder social inseparáveis; ou, se quisermos, o monopólio da competência científica, entendida como capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente reconhecida a um agente determinado" (tradução nossa)

[7] "O campo científico é sempre o lugar de uma luta mais ou menos desigual, entre os agentes desigualmente dotados de capital científico específico, e, portanto desigualmente capazes de se apropriarem do produto do trabalho científico (e também em alguns casos lucros externos, tais como gratificações econômicas ou propriamente políticas) produzidos por sua colaboração objetiva por todos os concorrentes, utilizando todos os meios de produção científica disponíveis. Em qualquer campo se opõem, com forças mais ou menos desiguais dependendo da estrutura da distribuição do capital no campo (grau de homogeneidade), os dominantes, ocupando as posições mais altas na estrutura de distribuição do capital científico, e os dominados , ou seja, os novos entrantes, que têm um capital científico que é tanto mais importante (em valor absoluto) que os recursos científicos. (tradução nossa)

autoridade. Para Bourdieu (1976), o reconhecimento dos pares-concorrentes é fator fundamental para que o agente pertença ao campo.

No campo científico, há duas espécies de capital: 1) temporal (ou político), relacionado à ocupação de cargos e posições em instituições do campo, comissões, colegiados e ao poder de produção e de reprodução (estabelecimento de contratos, nomeações); 2) prestígio, relacionado ao reconhecimento dos pares-concorrentes (BOURDIEU, 2004). Para Catani *et al* (2017) essas formas de capital ratificam o caráter de relativa autonomia do campo, ou seja, a circulação dos agentes por espaços sociais diferenciados, simultaneamente:

> A autonomia relativa de um campo depende, portanto, do grau de diferenciação da hierarquia segundo a distribuição do capital científico e da hierarquia segundo a distribuição do capital temporal. Quanto mais essas hierarquias estiverem embaralhadas, mais a avaliação científica das contribuições será contaminada por critérios ligados propriamente ao conhecimento das potencialidades sociais dos indivíduos. (CATANI *et al*, 2017, p. 69)

O campo burocrático, denominado e apresentado por Furtado *et al* (2016), refere-se ao espaço de construção de políticas, legislação e estratégias que, muitas vezes, induzem o campo científico. Ele é materializado por portarias, leis, manuais que orientam a tomada de decisão, implantação de serviços e de práticas de um campo. Este campo tem relação com os interesses e demandas de um grupo específico.

As formulações acerca do campo burocrático foram discutidas por Bourdieu nos cursos ministrados no *Collège de France*, entre os anos 1989 e 1992. Essas aulas foram sistematizadas por seus alunos, Patrick Champagne, Remi Lenoir, Frank Poupeau e Marie-Christine Rivière, após o falecimento de Bourdieu, em uma obra publicada em 2012 na França e no Brasil em 2014[8]. Nas aulas, Bourdieu traz uma perspectiva sobre o Estado que supera a visão dicotômica que ou entende o Estado como coercitivo, ou como protetivo. Para ele, o Estado se constitui um metacampo, que se superpõe a outros campos, detendo, assim, um metacapital. Seu curso está dividido em três momentos: no primeiro, Bourdieu investiga a estrutura estatal, empreendendo uma história social de suas instituições. A partir da análise da gênese do Estado na Inglaterra e na França, o sociólogo estabelece a gênese do campo burocrático. No segundo momento, é abordado a noção do Estado como metacampo que acumula um metacapital. Por último, a partir da análise de categorias como “público/privado”, “nação”, “cidadão”, Bourdieu trata da distinção do Estado enquanto campo burocrático, referindo-se ao espaço e ao objeto das lutas e como nação, ou seja, uma construção própria do Estado.

[8] No Brasil, estamos na quarta reimpressão, de 2020.

Para esta tese, interessa as formulações a respeito do campo burocrático. Bourdieu afirma que há, entre os agentes do Estado, uma certa visão de que o Estado é superior a tudo e que produz uma "verdadeira ideologia do serviço público e do bem público" (CHAMPAGNE *et al*, 2020 [1989-92], p. 32). Com esta constatação as aulas se debruçam primeiro a compreender o que motiva esta visão; segundo, investigar e debater sobre o funcionamento do Estado; e terceiro, as caracterizar seus agentes.

Bourdieu assinala que o Estado é confundido como um princípio de ordem pública. Na verdade, destaca o sociólogo:

> O Estado é essa ilusão bem fundamentada, esse lugar que existe essencialmente porque se acredita que ele existe. Essa realidade ilusória, mas coletivamente validade pelo consenso, é o lugar para o qual somos remetidos quando regredimos a partir de certo número de fenômenos – diplomas escolares, títulos profissionais ou calendário. (CHAMPAGNE, *et al*, 2020 [1989-92], p. 38)

Esta afirmação denota os atos que são chancelados pelo Estado. E, por serem derivados dele, possuem legitimidade na sociedade. Assim, o primeiro ponto que se destaca é que os atos do Estado são consensualmente aceitos pela sociedade, como, por exemplo, decretos, resoluções, títulos concedidos... Bourdieu afirma que são "atos políticos com pretensões a ter efeitos no mundo social" (CHAMPAGNE, *et al*, 2020 [1989-92], p. 39). O Estado, confere, assim, aos seus agentes funções e atividades a serem realizadas em nome do poder.

Outro fator indicado por Bourdieu como característico do Estado é a teatralização do oficial e do universal, como estratégias para garantir a legitimação de seus atos. Poderíamos pensar que a teatralização é uma espécie de *habitus* do campo, ou seja, o que caracteriza seus agentes:

> Para conseguir esse efeito de des-particularização, esse conjunto de instituições a que chamamos "o Estado" deve teatralizar o oficial e o universal, deve dar o espetáculo do respeito público pelas verdades públicas, do respeito público pelas verdades oficiais em que a totalidade da sociedade deve supostamente se reconhecer. Deve dar o espetáculo do universal, aquilo sobre o que todos, em última análise, estão de acordo, aquilo sobre o que não pode haver desacordo porque está inscrito na ordem social em determinado tempo. (CHAMPAGNE, *et al*, 2020 [1989-92], p. 61)

Esta reflexão nos permite compreender porque o Estado se coloca como um indutor de outros campos. Além disso, a concepção bourdiesiana de que o Estado é um metacampo, detentor de um metacapital, endossa esta perspectiva. Para Bourdieu, o metacapital é a

acumulação, por um mesmo poder, de diferentes tipos de capital, como militar, econômico, simbólico, político...

Ao se propor a estudar a gênese do Estado e suas funções, Bourdieu sublinha que, na verdade, se trata de estudar a gênese das estruturas individuais e das estruturas sociais do *campo burocrático*: "O historiador que diz 'Faço história do Conselho de Estado' melhor faria se dissesse: 'Faço a história do campo burocrático'..." (CHAMPAGNE, *et al*, 2020 [1989-92], p. 145).

Portanto, o que é assinalado como "campo burocrático" é esse campo social, relativamente autônomo, composto pelos atos do Estado, agentes e seus *habitus*, instituições, como o Parlamento, e um tipo específico de capital, que de acordo com Bourdieu "joga um jogo particular, o jogo político legítimo" (CHAMPAGNE, *et al*, 2020 [1989-92], p. 145).

Bourdieu destaca que no campo burocrático há uma concentração de formas diferentes de recursos: informacionais (estatísticas e relatórios), capital linguístico (formas de falar, discursos, língua dominante). Além disso, o Estado, ou o campo burocrático garante determinada cultura como legítima.

Assim como os demais campos, o campo burocrático possui regras específicas, que são, conforme Bourdieu assinala, regularidades implícitas. Para ele os agentes, que são ativos, podem se colocar contra ou favor destas regras. Além disso, estes agentes possuem uma estrutura incorporada, o *habitus* e uma estrutura objetivada, o espaço social em seu conjunto. (CHAMPAGNE, *et al*, 2020 [1989-92]).

Bourdieu descreve a autonomização do campo burocrático como um processo de avanços e recuos, como resultado das relações entre Estado, o espaço social, as classes sociais e a apropriação do capital simbólico, que resulta da acumulação de outros capitais. Trata-se de "um processo de concentração e acumulação" (CHAMPAGNE, *et al*, 2020 [1989-92], p. 264).

Suscintamente, a gênese do campo burocrático é descrita por Bourdieu em três pontos: conjunto de agentes que surgem no lugar das pessoas, que no Estado dinástico ou na organização social familiar, era personificado em reis, súditos e membros da família, respectivamente. Esses agentes são, para o sociólogo, cúmplices no uso do poder ou adversários na concorrência pelo monopólio do capital. Em segundo lugar, a realização de um trabalho coletivo para se constituir o "público", para se opor ao "privado". Por último, os conflitos entre os agentes que são inseridos em diferentes posições na rede de poder. Para Bourdieu, os agentes, detentores de poderes distintos, lutam para que seu poder seja o poder legítimo. (CHAMPAGNE, *et al*, 2020 [1989-92]).

A partir dessas perspectivas, conhecer um campo é conhecer seus atores, a distribuição e monopólio do capital e seu *habitus*. Portanto, nosso estudo se realizou através do acesso aos campos científico e burocrático, materializado em documentos elaborados por "mentaleiros" ou nos espaços em que eles interagem. Nossa intenção é identificar, nas narrativas produzidas nos eventos e nas publicações, como os agentes utilizam o termo desinstitucionalização. Esse procedimento metodológico será apresentado a seguir.

2.2 Procedimentos metodológicos

Como vimos indicando, o campo da Saúde Mental brasileiro pode ser representado por suas produções científicas, seus documentos oficiais, pela participação dos agentes em serviços, instituições acadêmicas, espaços gestores e pela sua participação nos eventos.

Para que pudéssemos investigar o mencionado campo, escolhemos dois procedimentos metodológicos, dentre vários que seriam possíveis (como, por exemplo, cartografias de serviços, entrevistas com os agentes, estudos de caso): a pesquisa bibliográfica e a observação participante em eventos.

2.2.1 A investigação bibliográfica

Seguimos os procedimentos de Furtado *et al* (2016), em sua pesquisa sobre os usos e sentidos do termo "território" pelos agentes do campo da saúde mental, voltando-nos para "desinstitucionalização". Tomando as inferências de Vieira-da-Silva e Pinell, e apoiados no conceito de campo de Bourdieu, como indicamos, os autores entenderam que, para abordar o objeto de pesquisa, havia a necessidade de realizar um mergulho no campo da Saúde Mental através de suas publicações burocráticas e científicas. Segundo os autores, o campo burocrático pode ser acessado através de documentos oficiais do Governo Federal (normativas, manuais e relatórios), que tem a função de induzir as práticas. O campo científico é materializado pelas publicações indexadas, como artigos, dissertações e teses.

Assim, adotando este mesmo procedimento, percorremos publicações para compreender como o termo desinstitucionalização é acionado e significado, caracterizando-o em seguida.

Como mencionado anteriormente, as reflexões de Furtado *et al* (2016), somadas à concepção de campo do Bourdieu, sobretudo no que diz respeito à característica de relativa autonomia, permitem-nos compreender a Saúde Mental como campo. Seus agentes circulam inclusive por disciplinas científicas e certamente no cenário das políticas públicas, de maneira que atravessam tanto um espaço social burocrático – o Estado – e científico – a academia. Além disso, o pertencimento ao campo da Saúde Mental passa pela incorporação de um conjunto de jargões muito próprios da área, como o uso do termo "desinstitucionalização" e de "desinsti", ou "desins", que demonstram uma forma de apropriação do mesmo.

A investigação bibliográfica abrangeu o período entre 1990 a 2015, na tentativa de evidenciar o pensamento contemporâneo. O ano de 1990 foi definido, nesta pesquisa, como marco teórico do conceito de desinstitucionalização, ano em que foi publicado, no Brasil, o livro "Desinstitucionalização", com a compilação dos textos de Rotelli, Leonardis e Mauri. O ano de 2015 foi colocado como limite de nossa investigação, pois precedeu a construção do projeto de pesquisa. Contudo, incluímos alguns documentos com data posterior, por sua relevância para os campos científico e burocrático.

No campo burocrático, percorremos os seguintes passos:

1) No sítio da Coordenação Nacional de Saúde Mental: a) levantamento de documentos publicados no período selecionado; b) busca pelos documentos que contivessem os termos "desinstitucionalização" e "saúde mental"; c) leitura e análise dos documentos selecionados;
2) No sítio da BVS: a) busca dos documentos publicados pelo campo governamental, no período selecionado, através os descritores "desinstitucionalização" (*and*) "saúde mental" em "título", "resumo" e "assunto"; b) leitura e análise dos documentos selecionados.

A investigação do campo científico, no sítio da *SciElo*, ocorreu através das seguintes etapas:

1) busca de artigos através dos operadores booleanos (Quadro 2);
2) seleção dos artigos para análise, através da leitura dos resumos;
3) leitura e análise dos mesmos.

Quadro 2: Termos e operadores booleanos operados na busca de artigos

Base de dados	Termos e operadores booleanos
SciELO	Desinstitucionalização (título) Desinstitucionalização (resumo)

	Desinstitucionalizar (título) Desinstitucionalizar (resumo) Desinstitucionalizando (título) Desinstitucionalizando (resumo) Desinstitucionalizante (título) Desinstitucionalizante (resumo) Desinstitucionalização (título) AND Saúde Mental (título) Desinstitucionalização (resumo) AND Saúde Mental (resumo)

Fonte: a autora, 2021.

Nossa proposta inicial era abranger artigos indexados em outras bases, como *Medline*, *Pubmed*, Periódicos da CAPES, bem como capítulos de livros, teses e dissertações. Entretanto, algumas condições a serem descritas nos impôs uma restrição, que levou à necessidade de fazermos uma escolha metodológica.

A atual crise brasileira, que tem causado um desmonte das políticas de saúde, incluindo a política de Saúde Mental, como já explicitado, nos convocou, ética e politicamente, a abordar, nesta tese, a desinstitucionalização neste contexto. O movimento do "revogaço", que quase levou ao apagamento de uma série de documentos governamentais analisados por este estudo, e os enfrentamentos construídos pelos agentes do campo da Saúde Mental igualmente nos obrigou a analisar essa situação, uma vez que mudaria a proposta do mesmo e teria consequências para a desinstitucionalização.

Outro fator importante que nos levou a abrir mão de uma série de trabalhos elaborados pelo campo científico foi a própria condição da pandemia do Coronavírus. Parte de nossos estudos seria realizado por meio de observação participante de eventos presenciais; com a necessidade de distanciamento social migramos para os eventos em ambientes digitais. Dessa forma, ajustes metodológicos foram realizados, de maneira que pudéssemos continuar nossa caminhada e ainda abordar os retrocessos da política de saúde mental e suas consequências para a desinstitucionalização. Inclusive porque, como veremos, a mobilização realizada pelos agentes do campo é um importante indicativo da autonomia, organicidade e funcionamento do mesmo.

2.2.2 A etnografia de eventos

Parte da mobilização do campo da Saúde Mental acontece nos eventos realizados pelo campo. Neles, se encontram reunidos a diversidade de agentes, usuários, gestores,

pesquisadores, trabalhadores. Ali, se discutem estratégias de cuidado, estratégias políticas de resistência do campo, bem como resultados de pesquisa. Neste mesmo espaço, também acontecem encontros culturais e artísticos, a dimensão sociocultural do campo. É o espaço mais fecundo para observarmos as construções narrativas em torno de temas específicos e do objeto desse espaço, e como acontece a disputa pela apropriação do monopólio do capital engendrado pelo campo.

Nesse sentido, escolhemos, como outra estratégia metodológica para conhecer o campo, a observação-participante destes eventos. Buscamos eventos que tratavam do tema desinstitucionalização ou que tivesse "Saúde Mental" como eixo temático, contemplando os campos científico e burocrático da saúde mental. O período de realização da etnografia ocorreu entre 2019-2020. Em princípio, identificamos três eventos com relevância para o campo, sendo um com frequência mensal e dois realizados bianualmente e trienalmente, sendo que terminamos etnografando cinco. Havia, inicialmente, uma proposta de ampliação do número de eventos a serem etnografados, à medida que novos surgissem e fossem relevantes para esse estudo. Como nos indica Ortner (2010), a criatividade é fundamental para a etnografia, assim, a variedade de espaços e de material que possam contribuir para a riqueza da pesquisa devem ser etnografados.

Todos esses eventos eram abertos à participação de qualquer cidadão, sem restrição de formação específica ou classe profissional, inclusive para usuários, familiares e sociedade civil, organizada ou não. São eventos que sustentam um espaço e direito de fala para todos, o que faz com que qualquer colocação dos participantes seja de domínio público. Além disso, exceto pelo evento mensal, que tinha em média 30 participantes por encontro, os eventos contavam com a participação de mais de 2.000 participantes. Assim, o fato de não utilizarmos informantes e, dado o número elevado de participantes, o sigilo quanto às declarações fica garantido. Ainda assim, buscando o cuidado ético necessário, decidimos omitir dados de identificação do evento. Ressalta-se que optamos pela etnografia dos eventos, sem uso de entrevistas, roteiro e informantes.

Segundo Mattos (2011), a abordagem etnográfica muito contribui para as pesquisas qualitativas, sobretudo as que investigam processos de exclusão. Isso porque entende a cultura como um sistema de significados que mediam as estruturas sociais, ações e interações humanas; situa os atores como participantes ativos do processo; e porque contribui para o processo de significação do universo do pesquisado. Esses apontamentos convergiam com os objetivos de nosso projeto de pesquisa. Primeiro, pois estudamos o termo desinstitucionalização, frente contra processos de exclusão. Segundo, pois, ao pretendermos

investigar os usos e sentidos do "termo", estamos nos referindo a um universo linguístico, de significados e significantes, construídos a partir do referencial de um campo. Assim, a etnografia permite entender, validar, os discursos dos agentes desse campo, é a "escrita do visível" (MATTOS, 2011, p. 54). Trata-se de uma oportunidade de conhecimento das variações linguísticas do campo. Para Mattos (2011), esses significantes produzem eventos, ações e contexto. Daí a importância que sejam revelados.

Outro fator que contribuiu para a escolha do método etnográfico é também indicado por Mattos, ou seja, a "comparação etnográfica" (2011, p. 54). Para nós a comparação é importante, uma vez que pretendemos revelar os diferentes usos e sentidos que o termo desinstitucionalização adquire, e, assim, compará-los nos eventos e entre os campos investigados (científico e burocrático), além de viabilizar uma comparação entre as narrativas dos próprios agentes do campo.

Minha trajetória profissional também contribuiu para a opção pela etnografia. Sou graduada em Psicologia e trabalhei por quase 10 anos no campo da Saúde Mental, sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Assim, me identifico com os atores do campo, compartilho um mesmo *habitus*, o que contribui para a compreensão de expressão ou jargões típicos. Ortner chama esse empreendimento etnográfico de "*studying sideways*"[9] (2010, p. 221), reconhecendo nele uma cumplicidade entre pesquisador e pesquisado, um compartilhamento de um mesmo espaço social. O "estudo lateral" me permitiu conhecer bem o campo estudado, ponto fundamental indicado por Mattos (2011) e Ortner (2010). Além disso, possibilitou que eu falasse *com* os agentes desse campo e não *sobre* eles, um dos pontos centrais de uma observação participante.

Como a proposta foi etnografar eventos do campo da Saúde Mental que tratassem da desinstitucionalização ou que a Saúde Mental fosse um eixo temático, seguimos os passos de Orter (2010) e empreendemos uma "etnografia de interface". A autora construiu essa proposta como uma alternativa às dificuldades encontradas na pesquisa de campo em Hollywood, sobretudo no que diz respeito ao acesso. Ortner relata que o cinema hollywoodiano é uma comunidade fechada, que regula a entrada de estrangeiros, sustenta uma interioridade e um sigilo quase impossíveis de se penetrar. Para a autora, um binarismo interno/externo à Hollywood é a estrutura elementar que sustenta sua vida. Assim, seu acesso a entrevistas e alguns espaços onde pudesse fazer a observação participante foi impedido.

[9] "Estudo lateral" (tradução da autora).

Cabe fazermos algumas reflexões sobre essas conclusões de Ortner (2010) sobre a comunidade hollywoodiana. A autora destaca que o que torna Hollywood uma comunidade é o número relativamente pequeno de pessoas que dela participa, sua geografia bem delimitada, meios de publicação e publicidade voltados especificamente para ela e os seus rituais. Ortner afirma que suas fronteiras são mantidas por um vocabulário que a comunidade inventou, um conteúdo que o estrangeiro tem dificuldades para ler e as características dos espaços físicos, marcados por muros altos, impenetráveis.

Gostaria de chamar a atenção para esse binarismo externo/interno e os aspectos relativos ao vocabulário e conteúdo, pensando o campo da Saúde Mental. Será que igualmente podemos considerar a lógica do binarismo também referida ao campo da Saúde Mental?

Como trabalhadores e pesquisadores do campo, percebemos a existência de um certo binarismo externo/interno. Nos eventos visitados, bem como os anos de atuação no campo, verificamos que existe um linguajar próprio, adotado por seus agentes. Com um vocabulário singular, muitas vezes as falas não são facilmente compreendidas por pessoas que não estão inseridas nesse campo. A própria palavra "desinstitucionalização" é um exemplo. De acordo com o Dicionário de Latim-Português (SARAIVA, 2000) o termo é derivado de "*institutio*", que significa "estabelecer", "movimento para dentro", "fixar-se em um pensamento". Por esta via, o termo "des", de desinstitucionalização indica o antônimo. Desinstitucionalização seria, assim, o movimento de colocar para fora. Entretanto, na Saúde Mental, o termo não comporta somente este sentido. Temos outros exemplos, como "matriciamento", "redução de danos", "projeto terapêutico". Embora sejam termos técnicos, somente as pessoas que compartilham um *habitus* compreendem seus significados. O conteúdo das conversas é, igualmente, sem sentido para os que estão fora do campo.

Outro fator que é sinal importante de um binarismo externo/interno no campo da Saúde Mental é o acesso. Ainda que não seja tão marcante quanto em Hollywood, existe um percurso para se inserir no campo, ou seja, como trabalhador, militante, usuário ou mesmo pesquisador. E os agentes fazem questão de demarcar sinais de pertencimento como "é da saúde mental", ou "mentaleiro", ou "não é". Além disso, quando um "mentaleiro" tenta explicar para um "não mentaleiro" o que é um Centro de Atenção Psicossocial, ou um Serviço Residencial Terapêutico, ou ele tem dificuldades em se fazer compreender ou o seu interlocutor não consegue compreender a dimensão de seu significado.

Seguindo a metodologia proposta por Ortner (2010), os eventos se colocam como espaços intermediários, no qual ocorrem revelações importantes, próprias de um campo, de onde surge o termo "etnografia de interface". Os eventos se situam num "entre", onde as

pessoas se apresentam, relatam suas experiências, permanecendo essas falas em domínio público: "'*halfway' or 'interface' spaces in which some sort of revelations about insider´s ways of thinking and talking and (re-)presenting themselves might be heard and seem*" (ORTNER, 2010, p. 219)[10].

Outra experiência metodológica que é referência para este trabalho são os procedimentos utilizados por Azize (2010). O autor nos relata uma experiência etnográfica em um evento da Associação Brasileira de Psiquiatria. O pesquisador descreveu desde as etapas preliminares, como estudos teóricos, critério de seleção dos espaços etnografados e encontros prévios com alguns agentes do campo, passando pela descrição da área física do evento e suas características, bem como de seus participantes, e apresentou seus resultados, juntamente com suas percepções mais importantes e suas dificuldades durante o processo. Azize destaca a importância dos eventos, muito relevante para nossa pesquisa: ali está presente uma tensão própria do campo, ou seja, visões diferentes sobre um mesmo tema, no caso, a visão interacionista entre mente e cérebro. O pesquisador assim, expõe o artigo: "este artigo apresenta dados de uma etnografia realizada em um espaço onde essa tensão entre diferentes paradigmas a respeito da relação mental/cerebral se mostra bastante evidente" (2010, p. 369).

Essa tensão foi encontrada por Azize já nos seus estudos preliminares à etnografia. Ao buscar por grupos de especialistas na área, certificou-se das pistas etnográficas, ao mesmo tempo verificou que "os conselhos, por si só falavam de uma diferença e tensões naquele espaço, para as quais eu deveria estar atento" (2010, p. 392).

Outro fator relevante apontado por Azize se refere não somente às pistas etnográficas para a construção de um roteiro e o direcionamento do seu olhar, que são prévios à pesquisa, mas também às pistas oferecidas pelo próprio evento. Circulando pelos espaços coletivos do congresso, Azize identifica um ponto que orienta o foco da etnografia, importante passo que redireciona o roteiro pré-programado: "percebi nas experiências neste estande que eu deveria estar atento a uma relação fina entre os medicamentos e as ações de marketing, relação esta que nem sempre é tão óbvia para alguém não versado em psicofarmacologia" (2010, p. 379).

Azize também nos alerta sobre os cuidados com o "etnocentrismo", ou seja, o atravessamento ou a sustentação do olhar e a interpretação a partir de valorações pessoais. Reconheço que esse fato, para nós, é uma questão importante, uma vez que possuímos um arsenal pessoal, profissional e científico de significados sobre o termo desinstitucionalização.

---

[10] "espaços intermediários ou de interface nos quais algum tipo de revelação pensar e falar e se (re) presentar pode ser ouvido e visto" (tradução da autora).

Não utilizar esse arsenal, colocando-o como referência para minhas análises, foi tarefa bastante difícil.

Extraímos, ainda de Azize, um modelo de escrita interessante: pessoalidade e informalidade marcam sua narrativa da experiência com os congressos. Esta estrutura narrativa é muito relevante para este trabalho, sobretudo porque estamos falando de um campo que nos é caro e do qual fazemos parte.

Os eventos são, assim, importantes pois apresentam as tensões e as narrativas dos agentes do campo, referentes ao termo desinstitucionalização. Nestas narrativas, ao acionarem o termo desinstitucionalização, os agentes se posicionam entre uma dimensão da ação no campo e uma dimensão política, registros da memória e dos recursos linguísticos. Campos e Furtado (2008) são igualmente referência para os nossos procedimentos metodológicos. Buscando a construção de um método para pesquisa avaliativa dos serviços de saúde mental, os autores destacam a análise das narrativas como uma ferramenta importante para a ampliação do campo teórico e de conhecimento sobre uma temática e dos agentes que falam.

Realizando análises que vão desde o campo filosófico, passando pela historiografia, pela Teoria da Comunicação e Psicanálise, os autores elencam o que podemos denominar de funções da narrativa: 1) como mediação entre discurso e ação; 2) como mediação entre acontecimento e estrutura; 3) como mediação entre indivíduo e sociedade; 4) como mediação entre memória e ação política.

Essas reflexões são essenciais para nosso estudo. Pensar na narrativa como mediadora do discurso e da ação nos remete à relação entre as construções teóricas referentes à desinstitucionalização e a práticas dos agentes sob o título desinstitucionalização. Campos e Furtado afirmam: “narramos e é sempre a linguagem, a experiência e a ação que esta articula que resistem. Memória (passado), *atentio* (presente), espera (futuro) existem em nós como um tríplice presente” (2008, p. 1091). Nesse sentido, as narrativas podem expressar a aplicação da dimensão teórico-conceitual nas práticas cotidianas dos agentes. Sobre isso, os autores assinalam: “a narrativa tem seu sentido pleno quando é restituída ao tempo do agir. Esse momento caracteriza a aplicação. Haveria uma intersecção entre o mundo do texto e o mundo do leitor” (2008, p. 1092).

A segunda conclusão dos autores se refere à narrativa como mediação entre estrutura e acontecimento. Para nós, esse achado é relevante, pois se refere às relações entre as instituições e modos de pensar próprios de um campo (estrutura) e seus efeitos para os acontecimentos do campo. Nessa perspectiva, podemos compreender as influências das instituições do campo da Saúde Mental, que se referem aos seus posicionamentos sobre a

desinstitucionalização e o acontecer da desinstitucionalização nesse mesmo campo. Além disso, rompe com a cisão entre a micro e a macro política, que se misturam, quando aceitamos a participação simultânea em campos distintos pelos agentes da Saúde Mental:

> Essa abordagem também é de interesse para as pesquisas sobre o SUS, pois permitiria explorar as relações entre estrutura e eventos observados e/ou registrados nos serviços de saúde, fugindo assim da dicotomia indesejável entre macro-política e micropolítica nessas pesquisas. (CAMPOS, FURTADO, 2008, p. 1093)

O terceiro achado do estudo de Campos e Furtado diz respeito à narrativa como mediação entre indivíduo e sociedade, ou seja, a interlocução. Trata-se de uma perspectiva importante para nossa análise, à medida que na interlocução ficam explícitas as tensões e disputas pelo monopólio do capital:

> Quando se trata de sujeitos em comunicação, há sempre um viés relacional, que é produzido na ação de afetar e ser afetado por outro sujeito na mediação narrativa. Assim, para esses autores, as narrativas oferecem recursos para lidar com os acontecimentos (sejam esses miúdos ou graúdos, intensos ou insignificantes) que emergem na (apenas) aparente repetição da experiência da vida cotidiana. (CAMPOS, FURTADO, 2008, p. 1093)

Além disso, os autores destacam que as narrativas são critérios de pertencimentos a uma determinada cultura, autorizando que os falantes podem ou não dizer:

> As narrativas determinam os critérios de competência e/ou ilustram a sua aplicação; definem o que se tem direito de dizer ou fazer na cultura e, como são parte desta, encontram-se legitimadas. (*Idem*, p. 1094)

Por fim, a última assertiva de Campos e Furtado traz a narrativa como mediação entre memória e ação política. Nos eventos etnografados há uma dimensão política, no sentido de que se produzem disputas de narrativas, disputas ideológicas e a luta pelo monopólio do capital. Seguindo os argumentos apresentados por Campos e Furtado, compreender a narrativa como a mediação entre memória e ação política significa compreendê-la como aquilo que sustenta o posicionamento subjetivo e político dos agentes na *polis*.

> Isso porque somente a ação como narração e a narração como ação caracterizam essa vida "bio", especificamente humana. Dessa maneira, ela solda as relações entre vida, narrativa e política, já que a vida na *pólis* é sempre mediada pela palavra. A narrativa, aptidão para enunciar uma "bio-grafia", torna-se tão necessária quanto problemática, pois a narrativa, por mais brilhante que seja, não teria como salvar uma vida. (CAMPOS, FURTADO, 2008, p. 1094)

Temos, aí, construído nossos procedimentos metodológicos: 1) investigação bibliográfica dos campos científico e burocrático; 2) a etnografia de eventos, com a análise nas narrativas, entendendo que elas expressam a tensão existente no interior do campo e sua relativa autonomia. Para análise dos resultados, utilizamos a fundamentação teórica em Rotelli, Mauri e Lonardis, Amarante e Venturini, apresentadas no capítulo anterior.

Como já descrito, a previsão para a etnografia seria nos anos 2019 e 2020. Visitamos cinco eventos de maneira presencial, até que nossa pesquisa de campo foi interrompida pela pandemia do Coronavírus. Devida a necessidade do distanciamento social, as atividades foram mantidas de forma virtual, o que inclusive temos que destacar como uma força do campo da Saúde Mental. Diversas atividades foram realizadas de maneira remota, por instituições do campo, a fim de discutir temas pertinentes. Os mesmos eventos contaram, assim como nos eventos presenciais, com a participação de inúmeros agentes. Nossa pesquisa de campo migrou, assim, para os ambientes digitais, mas ainda sustentada pela mesma metodologia para os eventos presenciais: assistimos e participamos daqueles próprios do campo da Saúde Mental e também de outros campos, que tivessem a Saúde Mental como eixo temático. Buscamos, também nos eventos virtuais, pelo termo desinstitucionalização, ou seja, tentando identificar como ele era acionado pelos participantes.

Bonet (2014), ao estudar o processo de institucionalização da especialidade "medicina da família" e suas características epistemológicas, realizou uma empreitada etnográfica semelhante. Seu percurso consistiu em pesquisas de campo, através da observação de serviços de saúde brasileiros e argentinos, congressos da área e estudo de listas de *e-mail*s, nas quais ocorriam discussões da área, através de uma comunidade de leituras. Nestas comunidades, os médicos tiravam dúvidas a respeito da formação, das práticas de trabalho e também, elas consistiam em espaço para estudos. A etnografia foi o método escolhido pelo autor para verificar como uma epistemologia orienta as práticas e a construção da identidade profissional dos médicos da família. Para tanto, não estabeleceu diferenças metodológicas em cada campo estudado: fossem os serviços, os congressos ou as listas de discussão virtual. Bonet afirma: "o mesmo processo de investigação foi deixando mais claro que existia uma comunidade de leituras – que se viu incrementada com a inauguração das listas de discussão pela internet" (2014, p. 66).

Essa empreitada nos mostrou que é possível a continuidade de um procedimento metodológico, considerando espaços sociais diferentes. Em nosso caso, o espaço presencial e o virtual dos eventos, desobrigando-nos a construir metodologias de investigação distintas.

Outrossim, ressalta-se que a referência teórico-metodológica de campo utilizada por Bonet é a de Bourdieu, o que também nos permite seguir a metodologia proposta.

3 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM DOCUMENTOS: USOS E SENTIDOS

Característica importante do campo da Saúde Mental brasileiro é o arsenal de documentos produzidos e publicados: são diversos, abrangendo diferentes temas que permeiam as discussões do campo; são em grande quantidade, produzidos desde as experiências anteriores à publicação da Lei nº 10.2016/2001, tanto por agentes do campo científico como pelos do burocrático; no campo científico, esses documentos são geralmente resultados de pesquisas ou configuram-se como relatos de experiência; no campo burocrático, referem-se a diretrizes governamentais e são o reflexo do importante envolvimento político de usuários, familiares, trabalhadores e gestores.

Ribeiro *et al* (2017) estudam a trajetória da Legislação em Saúde Mental no período entre 1966 e 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira. As autoras identificam sete documentos, entre leis, portarias e decretos que versam sobre a saúde mental. A partir do ano 2001, o campo produziu um número muito elevado de leis, portarias, decretos, manuais, cartilhas, relatórios que organizam legalmente o campo, promovem incentivos financeiros para a implantação de serviços territoriais de saúde mental, estimulam e orientam a clínica psicossocial. Dado que ilustra o número de documentos burocráticos foi a publicação, entre 2002 e 2004, de dois livros sobre legislação em saúde mental, que tiveram inclusive mais de uma edição: "Legislação em Saúde Mental: 1990-2002" (BRASIL, 2002) e "Legislação em Saúde Mental: 1990-2004" (BRASIL, 2004). Em 2010, outra edição foi publicada, com os documentos produzidos no período entre 2004-2010. Cabe ressaltar que o tema "Saúde Mental" também está presente em documentos que não são produzidos pelo campo, como, por exemplo, o número temático Saúde Mental do "Cadernos da Atenção Básica" (BRASIL, 2013).

Campos *et al* (2020), em estudo específico sobre as publicações científicas do campo da Saúde Mental, através de um levantamento apenas na Revista Ciência & Saúde Coletiva, registraram 934 artigos num intervalo de 25 anos. Destaca-se que, no Brasil, temos um número elevado de revistas do campo da Saúde Mental, como Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Revista de Saúde Mental e Subjetividade e Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental; um número igualmente elevado de revistas do campo da Saúde Coletiva, como *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Saúde em Debate e Cadernos de Saúde Coletiva. Além de publicações em revistas da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, verificam-se publicações com

o tema “Saúde Mental” em outros campos, como Psicologia, Psiquiatria, Antropologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, entre outros.

Essas informações atestam a robustez documental dos campos científico e burocrático da Saúde Mental e confirmam a afirmação de Saraceno, de que temos uma intensidade epistemológica, conforme a entrevista concedida a Pedro Gabriel Delgado (2015), mencionada no primeiro capítulo desta tese. Outrossim, essas informações nos oferecem uma pista metodológica para nossa pesquisa, ou seja, identificar como a desinstitucionalização é acionada e significada no campo da saúde mental pode apontar para seus elementos de ordem epistemológica. Este capítulo traz os resultados da pesquisa bibliográfica dos campos burocrático e científico da Saúde Mental, meio pelo qual escolhemos recolher mais sentidos para desinstitucionalização.

Como descrito no capítulo anterior, seguiremos os passos de Furtado *et al* (2016), que investigaram os usos e sentidos do termo “território” no campo da saúde mental, aplicando seu método de coleta e análise de dados para investigar os usos e sentidos do termo “desinstitucionalização” nos campos burocrático e científico da saúde mental. Neste trabalho, os autores preocuparam-se em compreender os usos do termo território e suas correlações com a prática no campo da saúde mental através das análises dos documentos burocráticos e científicos. Um achado relevante desse estudo diz respeito à relação entre os campos: os documentos burocráticos induzem práticas do campo da saúde mental e documentos científicos.

Igualmente, a pesquisa de Furtado *et al* foi sustentada nas reflexões de campo de Bourdieu e no conceito de território da Geografia Crítica. Essa análise permitiu aos autores afirmarem que a maneira como o termo território é utilizado tem consequências para a reinserção social de pessoas com sofrimento psíquico grave. E é, neste ponto, que as reflexões que aqui trazemos sobre a desinstitucionalização dialogam com os resultados da citada pesquisa.

No campo científico, os autores encontraram três formas de abordagem do território: 1) conceitos mais sofisticados de território, como discussões sobre desterritorialização, território existencial; 2) indefinição da base conceitual de território; 3) uso do termo de forma descritiva ou alusiva, sem reflexões críticas.

Quanto aos conteúdos do termo, a análise evidenciou quatro acepções ou sentidos de território: 1) área de cobertura de serviços extra-hospitalares, que são acionados por moradores das mesmas; 2) conjunto de recursos terapêuticos, com ênfase na inclusão social de pacientes graves; 3) território existencial constituído por uma dimensão histórica que

comporta um espaço de construções simbólicas, de pertencimento, e tem em Deleuze e Guattari sua referência; 4) território cunhado por Milton Santos, como uma interface entre o político e o cultural, evidenciando a relação entre sua base material (espaço, seu uso e o processo histórico) e a base social da ação humana.

Essas quatro acepções permitiram aos autores proporem a existência de dois polos, como um *continuum*, que vai de uma dominação mais concreta, como ações, espaço físico e serviços, à mais simbólica, apropriação subjetiva do espaço e sua utilização político-social. O primeiro deles é o polo de dominância funcional, que corresponde às duas primeiras acepções, ou seja, cobertura de serviços extra-hospitalares e conjunto de recursos terapêuticos; o segundo é o polo de dominância simbólica, ou seja, as acepções três e quatro, em que se verificam relações de poder (FURTADO *et al*, 2016).

No campo burocrático, a pesquisa demonstrou os seguintes resultados: 1) território como conceito que organiza a rede técnico-assistencial das iniciativas em saúde mental; 2) cuidados em saúde mental ofertados para determinada população de um território geográfico; 3) concepção de território aproximada às reflexões de Milton Santos, porém, omitindo a dimensão política e a disputa pelo poder.

Os autores nos chamam a atenção para o fato de que a forma como território é utilizado nos documentos governamentais caracterizam o campo da saúde mental com uma neutralidade política, assim como as resistências do campo econômico, clínico e moral para a inserção de pessoas com sofrimento psíquico grave não são mencionadas. Portanto, para Furtado *et al* (2016), as acepções de território no campo burocrático se reduzem ao polo de dominância funcional.

Essas análises têm consequências diretas para as ponderações que trazemos sobre a desinstitucionalização. O que demonstramos até aqui é que a dimensão política é essencial no processo de desinstitucionalização. Aliás, talvez exatamente a que permita a circulação das pessoas em sofrimento psíquico grave nos espaços sociais e de troca. A desmontagem de um aparato legislativo, administrativo, médico e social acerca da experiência da loucura só é possível a partir de uma disputa de discursos e de poder. Nesse sentido, perguntamos: como é possível a desinstitucionalização, na perspectiva rotelliana, se do conceito de território mais utilizado é obliterada a dimensão política?

Furtado *et al* (2016) nos respondem que a hegemonia do polo de dimensão funcional nos documentos governamentais despotencializa o conceito de território como espaço de disputa de poder e resistência. Sobretudo porque, como assinalam de saída, o campo burocrático é indutor de práticas. Os autores relembram que o processo italiano de

desinstitucionalização pressupõe embates no território e lutas por resistência. Assim, a hegemonia do polo de dominância funcional não permite a desinstitucionalização em toda a sua potência:

> Estamos numa encruzilhada entre a verdadeira inserção no território e uma transinstitucionalização. Se a primeira representa conflitos, o difícil convívio com a diferença e avanços por vezes lentos e sempre parciais, a segunda representa somente a saída do hospital psiquiátrico em direção à tutela na comunidade, conduzida por profissionais de instituições como os CAPS e os SRT. (FURTADO e*t al*, 2016, p. 10)

Por fim, uma outra análise é possível ser extraída da proposta dos polos de dominância funcional e simbólica. Os níveis da desinstitucionalização propostos por Venturini podem ser relacionados aos dois polos. A desospitalização e o primeiro nível, habilitação social, podem ser vinculados ao polo de dominância funcional, ou seja, altas de hospitais psiquiátricos, redução de leitos, controle da porta de entrada, organização da rede de serviços de base territorial. Ao polo de dominância simbólica, podemos referir o segundo e terceiro níveis, ou seja, a inclusão social e promoção de valores sociais. Neles se verifica a dimensão política e ideológica da desinstitucionalização, que rompe com o circuito manicomial médico, social e jurídico.

Para Furtado e*t al* (2016), os polos devem compreender um conjunto, ou um *continuum*, para que não se perca a dimensão política que permite as lutas de enfrentamento e resistência no processo de desinstitucionalização:

> Ao abrandar a capacidade crítica e analítica dessa concepção, omitindo a caracterização do verdadeiro (des)encontro entre pessoas com sofrimento mental grave e o espaço urbano e social na sociedade brasileira contemporânea, tanto o campo científico quanto o burocrático tornam ainda mais vulneráveis e fragilizados os trabalhadores dos serviços e seus usuários. Para aqueles que tentam se inserir socialmente, é imenso o risco de sujeição a valores e comportamentos hegemônicos. (FURTADO *et al*, 2016, p. 10)

Os resultados que serão apresentados a seguir nos auxiliarão a estabelecer uma comparação com esse estudo de Furtado *et al* (2016), bem como evidenciar o pensamento contemporâneo acerca da desinstitucionalização. Além disso, também servem de base para as discussões dos resultados encontrados nos eventos do campo da Saúde Mental, que serão apresentados no próximo capítulo.

A investigação bibliográfica abrangeu o período entre 1990[11] a 2015[12], na tentativa de observamos historicamente as mudanças a respeito do uso do termo desinstitucionalização, conhecer o debate atual e, ainda, constatar que a desinstitucionalização é um tema atual e necessário nas discussões do campo. No Brasil, o termo é utilizado mais fortemente a partir de 1990, recobre temas científicos e é pauta das discussões do campo burocrático. Ressalta-se sua relevância pelo fato de que recentemente foi publicada a segunda edição do livro "Desinstitucionalização" (NICÁCIO, 2019).

3.1 O campo burocrático

Como já discutido no capítulo anterior, a maneira escolhida para acessar o campo burocrático foi através da análise de suas publicações oficiais, como normativas, portarias, leis, relatórios, entre outros, seguindo a metodologia adotada por Furtado *et al*. (2016). Antes de passarmos a apresentação e análise dos resultados, cabe tecermos algumas reflexões que importam para essa pesquisa.

Nossos estudos começaram em 2015, ano prévio ao ingresso no doutorado. Ano que precedia a deposição da Presidenta Dilma Rousseff e após a publicação de documentos importantes para o campo da Saúde Mental: a portaria nº 3.088, de dezembro de 2011, que estabelecia a RAPS, e a portaria nº 3.090, de dezembro de 2011, que redirecionava os valores de incentivo para o credenciamento de Serviços Residenciais Terapêuticos e seu custeio. Elencamos essas duas portarias como muito importantes, uma vez que a desinstitucionalização é assumida como um dos eixos da RAPS e os SRTs são reafirmados como dispositivos estratégicos para os programas de altas hospitalares e para a lógica da desinstitucionalização.

Até 2015, uma série de documentos importantes eram publicados frequentemente e muitos eventos caracterizavam o campo político da saúde mental: reuniões de gestores, fóruns de trabalhadores, gestores e usuários, encontros de trabalhadores. Nesses espaços, a política de saúde mental era discutida e estratégias de trabalho regionalizados eram pactuadas. Além disso, era frequente a implantação de serviços consorciados e a construção de ações

[11]Ano em que consideramos, a partir da publicação do texto sobre o tema de Rotelli, Leonardis e Mauri, o marco teórico do termo "desinstitucionalização".
[12] Ano que precedeu a construção do projeto de pesquisa.

intersetoriais efetivadas. Segundo pesquisa publicada na Agência Brasil, em 22 de agosto de 2015, em nove anos o número de leitos psiquiátricos cadastrados no SUS diminuiu quase 40%. No ano de 2006, existiam 40.942 leitos em 228 hospitais psiquiátricos. Em 2015, o número caiu para 25 mil, em 166 hospitais psiquiátricos. Esse cenário era resultado da conjunção de diversos setores do campo da Saúde Mental, como gestores, militantes, pesquisadores, trabalhadores, que construíam estratégias em prol da luta antimanicomial.

Precisamos acentuar a importância da legislação para esse estado de coisas: o arsenal de documentos publicados pelo campo burocrático, desde antes de 2001 até 2015 intensificava a proposta de uma política de saúde mental antimanicomial, desinstitucionalizante, antiproibicionista. O fato de que recursos públicos fossem destinados mais a serviços de base comunitária do que para hospitais psiquiátricos era ponto crucial para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica.

Nossa pesquisa encontrou 37 documentos com incidência simultânea dos termos "desinstitucionalização" e "saúde mental"[13], entre os anos de 1990 e 2015. Entretanto, com o golpe de 2016 e mais fortemente com o risco do "revogaço" proposto no final de 2020, muitos desses documentos levantados e analisados seriam invalidados, mudando o curso e a proposta de nossa pesquisa.

Ao final de 2017, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) apresenta uma carta à população, na qual critica a atual Política Nacional de Saúde Mental, acusando-a de ter pouco embasamento técnico-científico, deixando os usuários dos serviços de saúde mental desassistidos. Esse posicionamento mostra claramente a perspectiva da ABP sobre desinstitucionalização. Se considerarmos os três "Ds" de Amarante, para a ABP desinstitucionalização implica em desassistência.

Juntamente ao que, tanto a ABP como o Ministério da Saúde denominam "diagnóstico" (ABP, 2017), realizado pela então Coordenação de Saúde Mental, uma "nova política de saúde mental" surge. Com o apoio da APB, essa "nova política" atua por meio da criação de Sistema Ambulatorial, qualificação e financiamento de Hospitais Especializados; estímulo ao processo de Desinstitucionalização, porém sem fechar leitos psiquiátricos; criação de CAPS específicos para áreas de consumo de crack e outras drogas; regulamentação das Comunidades Terapêuticas, agregando-as à rede assistencial; e definição da abstinência no lugar da lógica de redução de danos.

[13] Foi incluído um documento publicado em 2016, pois se tratava do relatório de gestão do período 2011-2015.

Tal posicionamento retira a ABP como agente do campo da Saúde Mental, uma vez que sustenta o modelo biomédico, estigmatizante e proibicionista de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico severo e usuárias de álcool e outras drogas. Ao contrário, ela contribui para a destruição de um movimento político, ideológico, cultural e epistemológico que caracteriza a Reforma Psiquiátrica. O Ministério da Saúde oficializou a Nova Política de Saúde Mental, em publicação no ano de 2019, intitulada Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que esclarece sobre mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019).

Com o risco de perdermos parte importante de nossas normativas, rapidamente o campo se organizou através da ABRASME e recentemente pela FASM, mais uma vez para lutar contra os retrocessos e a favor das conquistas da Saúde Mental. A ABRASME reitera o modo autoritário e antidemocrático pelo qual as ações e a política de Saúde Metal vêm sofrendo transformações. Recomenda que os conselhos profissionais e entidades representativas das profissões do SUS sejam consultados sobre as alterações nas políticas de Saúde Mental, não sendo privilégio de apenas uma classe – psiquiatras – participar de tais decisões, como foi a situação da ABP; a convocação do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental para que se insiram no debate e que todas as mudanças na política de Saúde Mental sejam debatidas na Comissão Intersetorial de Saúde Mental, do Conselho Nacional de Saúde, como previsto na Lei nº 8.080/1990; e, por fim, que qualquer proposta de alteração na política seja debatida em audiência pública convocada pelo Congresso Nacional (ABRASME, 2020).

A ABRASCO (2019) relembra que a Nota Técnica foi retirada do ar logo após sua publicação e, para a instituição, isso foi resultado do movimento do campo da Saúde Mental e da pressão social. Apesar de a Nota ter sido excluída, a portaria, que vigora desde 2017, em que se incluem os Ambulatórios Especializados e Hospitais Psiquiátricos na RAPS (3.588/2017), não foi revogada. Além disso, ressaltamos que uma nova portaria que destina recursos financeiros para as Comunidades Terapêuticas (582/2021) passa a vigorar, lembrando que a política de drogas deixa de ser matéria do Ministério da Saúde e passa a ser do Ministério da Cidadania.

Com esses fatos, somados ao ponto de vista da ABRASCO, queremos sublinhar a importância dos movimentos sociais na proposição das políticas e na manutenção das conquistas do campo burocrático. Conseguindo sustentar as suas produções, os agentes do campo burocrático da saúde mental elaboraram os 37 documentos listados no quadro a seguir, que tem desinstitucionalização e saúde mental em seu texto.

Quadro 3: Documentos governamentais com incidência simultânea dos termos "desinstitucionalização" e "saúde mental".

	Tipo de documento	Título do documento	Ano
01	Relatório de Conferência Nacional de Saúde Mental	II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final	1994
02	Relatório de Conferência Nacional de Saúde Mental	Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental	2001
03	Publicação Oficial	Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não	2001
04	Publicação Oficial	Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário – Relatório Final do Seminário para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	2002
05	Decreto Federal	Decreto de 28/05/2003	2003
06	Portaria	Port. GM/MS nº 2.077	2003
07	Publicação Oficial	A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas	2003
08	Publicação Oficial	"De Volta para Casa" – Manual do Programa	2003
09	Portaria	Port. GM/MS nº 52	2004
10	Publicação Oficial	Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial	2004
11	Publicação Oficial	Residências Terapêuticas: o que são e para que servem	2004
12	Recomendações do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil	Recomendação nº 1	2005
13	Publicação Oficial	Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas	2005
14	Publicação Oficial	Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho	2005
15	Publicação Oficial	Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil	2005
16	Portaria	Port. GM/MS nº 678	2006
17	Publicação Oficial	Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. relatório de Gestão 2003-2006	2007
18	Publicação Oficial	Saúde Mental em dados – Ano II - nº 04	2007
19	Publicação Oficial	Saúde Mental em dados – Ano III - nº 05	2008
20	Publicação Oficial	Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura: relatório final	2008
21	Publicação Oficial	Saúde Mental em dados – Ano IV - nº 06	2009
22	Portaria	Port. nº 426	2009
23	Relatório de Conferência Nacional	Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de	2010

	de Saúde Mental	julho de 2010	
24	Publicação Oficial	Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão: 2007-2010	2011
25	Publicação Oficial	Saúde Mental em dados – Ano VI - nº 08	2011
26	Portaria	Port. MS nº 3.088	2011
27	Publicação Oficial	Saúde Mental em dados – Ano VII - nº 10	2012
28	Publicação Oficial	Saúde Mental em dados – Ano VII - nº 11	2012
29	Portaria	Port. GM/MS nº 3.090 (republicada)	2012
30	Publicação Oficial	Cadernos de Atenção Básica, n. 34	2013
31	Publicação Oficial	Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis: Os CAPSi como serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes	2013
32	Portaria	Port. nº 2.840	2014
33	Publicação Oficial	Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS	2014
34	Publicação Oficial	Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: *Guia Ad*	2015
35	Publicação Oficial	Saúde Mental em dados – Ano X - nº 12	2015
36	Publicação Oficial	Caderno HumanizaSUS . v. 5	2015
37	Publicação Oficial	Saúde mental no SUS: Cuidando em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015	2016

Fonte: a autora, 2021.

As publicações do Ministério da Saúde que abordam o tema “desinstitucionalização” orientam ações para o cuidado e implantação de serviços, e abrangem uma dimensão econômica, envolvendo financiamento de ações e serviços. Antes de apresentarmos os sentidos de desinstitucionalização encontrados no campo burocrático, três observações são dignas de nota.

Primeiro, o termo “desinstitucionalização” aparece, pela primeira vez, nas publicações dos agentes do campo burocrático em 1994, no Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Interessante notar que a estreia do termo nos documentos tem duplo sentido: se refere às instituições materiais que se sustentam na exclusão social, e aí, poderíamos vê-lo ser relacionado à desospitalização e humanização; e, também, às instituições simbólicas, ou seja, desconstrução da lógica manicomial. Nas duas citações a seguir, podemos observar a desinstitucionalização como sinônimo de desospitalização:

> É imperativo efetuar a desinstitucionalização de todas as instâncias com características manicomiais, tais como: asilo para idosos, instituições para menores, classes especiais e instituições penais, entre outras. (BRASIL, 1994, p. 7)
>
> Deve ser proibida a existência de escolas especiais e de centros de atendimento exclusivo para deficientes, abrindo-se os já existentes para a comunidade em geral, considerando-se fundamental a desinstitucionalização e enfrentamento da segregação. (BRASIL, 1994, p. 7-8)

No próximo trecho, verificamos a desinstitucionalização vinculada à desconstrução da instituição simbólica do manicômio, ou seja, modos de atuar, de cuidar de se relacionar no campo da saúde mental:

> É necessária a transformação das relações cotidianas entre trabalhadores de saúde mental, usuários, famílias, comunidade e serviços, em busca da desinstitucionalização, bem como da humanização das relações no campo da saúde mental.
> Deve ser dada prioridade às ações que estimulem a desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental, desconstruindo seus manicômios mentais, libertando-o de esquemas e de estruturas que o impedem de pensar e agir de modo mais humano pela promoção da saúde mental e necessária emancipação do campo terapêutico. (BRASIL, 1994, p. 8)

Parece que o termo começa a ser utilizado pelos mentaleiros, como uma herança da reforma italiana, porém sem que ainda se debruce sobre o conceito. Ele se encontra duplamente vinculado às instituições físicas e às simbólicas que representam o paradigma psiquiátrico. Nesse ponto, é interessante retomarmos as contribuições de Saraceno. O autor enfatiza exatamente esse equívoco: tomar a instituição material como o objeto de crítica da desinstitucionalização:

> A crítica do manicômio como lugar desumano e antiterapêutico, se não se assume que tais conotações não são só do “manicômio” mas da ideologia da psiquiátrica (da qual o manicômio é produto) se traduzirá simplesmente em criação de outros cenários para o exercício da mesmíssima ideologia psiquiátrica. (SARACENO, 2001, p. 69)

Veremos como, com o passar dos anos, sentidos para desinstitucionalização foram reconstruídos nessas publicações dos agentes posicionados no campo burocrático da saúde mental, inclusive dos participantes das conferências nacionais. Ressalta-se que encontrar o termo em um documento anterior à Lei nº 10.216/2001 é um dado importante sobre o campo: seus pilares estavam sendo construídos.

Exatamente é essa Lei que se encontra no segundo ponto de nossa reflexão inicial. Paradoxalmente à análise que empreendemos com relação ao documento de 1994, na Lei mais significativa do campo da Saúde Mental, não encontramos o termo “desinstitucionalização”.

A Lei da Saúde Mental fala sobre direitos, cuidado em base territorial, redução de leitos psiquiátricos, mas não utiliza o termo “desinstitucionalização”. Poderíamos supor que a Lei não trata diretamente de desinstitucionalização, pois o artigo citado a seguir indica que esta seria matéria de outro documento.

> Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2001)

Delgado, em entrevista à Cézar (2013), discorre sobre o processo de instituição da Lei. Ele indica que, no projeto de lei, as propostas eram taxativas e categóricas a respeito do fechamento dos hospitais psiquiátricos, como aconteceu na Itália. Contudo, ele afirma que o projeto de lei e a própria Reforma Psiquiátrica enfrentaram críticas e dura oposição, como as realizadas pela Federação Brasileira de Hospitais, articulada à Associação Brasileira dos Familiares de Doentes Mentais, Associação Brasileira de Psiquiatria (que ao final apoiou o projeto, mas deixava claro que era contra a Reforma) e pelos parlamentares que tinham uma visão conservadora da psiquiatria. Dessa forma, do projeto à Lei, mudanças foram realizadas justamente para que se pudesse aprová-lo.

Para Delgado, embora a Lei não trate de diversos temas e tenha subtraído algumas propostas, um fato é muito importante: ela muda o estatuto jurídico dos portadores de transtornos mentais, garante direitos e transforma a assistência psiquiátrica. Assim, ela teve uma influência para mudar o estatuto jurídico da loucura, importante pilar na desinstitucionalização. Delgado afirma que é exatamente o artigo quinto, supracitado, que fala sobre a desinstitucionalização.

Outrossim, essas reflexões de Delgado atestam para o processo de negociação que é parte da constituição do campo:

> Nesses 12 anos, houve intenso processo de negociação, que faz parte do processo legislativo. Se quer aprovar uma lei, com estatuto de lei nacional, num país cujo regime democrático envolve, por exemplo, duas casas legislativas e, além da aprovação no parlamento, inclui o mecanismo da sanção presidencial, outro mecanismo que pode modificar a lei, pois pode haver sanção com vetos (essa lei foi aprovada sem vetos), então o processo todo exige uma negociação intensa. (DELGADO em entrevista a CÉZAR, 2013, p. 20)

Para finalizar essas primeiras reflexões, gostaríamos de chamar a atenção para outros dois documentos muito importantes para a desinstitucionalização no Brasil: a Lei nº 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação para os usuários cadastrados no Programa de Volta Para Casa (PVC), e o manual do programa (2003).

O Manual do Programa de Volta Para Casa apenas cita o termo "desinstitucionalização", retomando a portaria nº 2.077/2003, que traz orientações sobre os procedimentos acerca do credenciamento no PVC de municípios e usuários.

Interessante que um documento governamental, que instrui gestores, trabalhadores, familiares e usuários acerca de um programa fundamental para ações de desinstitucionalização, não trate especificamente do conceito ou do termo de maneira mais contundente. As ações previstas pelo PVC podem ser consideradas estratégicas para o processo de desinstitucionalização. Um comentário notório sobre a Lei nº 10.708/2003 é verificado no livro "Legislação em Saúde Mental" (1990-2004):

> Lei do Programa De Volta Para Casa. Estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental. (BRASIL, 2004, p. 25)

Esse é o outro documento que nos salta aos olhos com relação à maneira como trata a desinstitucionalização. A Lei do PVC não menciona o termo desinstitucionalização! Mais uma vez: uma Lei que trata do auxílio-reabilitação, peça importante para o processo de desinstitucionalização, não trata da mesma. Por isso, é paradoxal que o comentário sobre a Lei no livro "Legislação em Saúde Mental" (2004) conecta ambos, desinstitucionalização e auxílio-reabilitação. Outro documento que mostra essa importante relação é a "Mostra fotográfica do Programa de Volta Para Casa", enfatizando o papel do auxílio-financeiro para a vida dos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, sua função no processo de desinstitucionalização e o seu aspecto indenizatório:

> Em conjunto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de Longa Permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos, o *Programa De Volta para Casa* forma o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros. (BRASIL, 2008, p. 15. Grifo do autor)
>
> O auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pelo *Programa De Volta para Casa*, também tem um caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram

> submetidos a tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania. (BRASIL, 2008, p. 15. Grifo do autor)

Lima e Brasil (2014) analisam a pouca importância dispendida ao PVC pelos profissionais de saúde mental, indicando que não existe a compreensão de que o mesmo pode ser um operador da desinstitucionalização. Esses apontamentos ratificam o cenário apresentado no sitio da Coordenação Nacional de Saúde Mental: em 2017, haviam 701 municípios cadastrados no PVC e em torno de 4.499 beneficiários. Ressalta-se que o manual do programa previa em torno de 15.000 beneficiários.

Os achados da pesquisa supracitada, com a constatação da ausência do termo "desinstitucionalização" na Lei nº 10.708/2003 e apenas a citação do mesmo no Manual do PVC, através da portaria nº 2.077/2003, levam-nos a perguntar: em que medida esse cenário, no campo burocrático, influencia as práticas denominadas de desinstitucionalização? Considerando que os documentos governamentais versam sobre as orientações e diretrizes do PVC, somado ao fato de que esses mesmos documentos integram o PVC às estratégias de desinstitucionalização, como veremos a seguir, podemos afirmar que desinstitucionalização e PVC não podem ser cindidos.

Feitas as considerações iniciais, passemos aos demais resultados identificados. As normativas e demais documentos elaborados por agentes institucionais pertencentes ao campo burocrático da saúde mental, como o citado Coordenador Nacional de Saúde Mental, permitiu-nos distinguir cinco sentidos possíveis para desinstitucionalização (Quadro 4):

1. Programa. Este sentido é utilizado em 2003, pela primeira vez, na portaria nº 2.077/2003, que dispões sobre a Lei n° 10.708/2003 (estabelece o auxílio-reabilitação para os egressos de internações psiquiátricas de longa permanência). É retomado a partir da Portaria n° 2.840/2014, que institui o "Programa de Desinstitucionalização". Presente em oito dos 37 documentos.
2. Desconstrução da lógica manicomial. Também presente em oito dos 37 documentos, embora esteja, assim como a desospitalização, implícito em quase todos os documentos;
3. Desospitalização. Este sentido foi observado em onze dos 37 documentos, que se referem diretamente à saída do hospital psiquiátrico e oferecem diretrizes para as ações, bem como aporte financeiro. Cabe ressaltar que a ideia de desospitalização está implícita em quase todos os documentos, entretanto, apenas esses onze o abordam de maneira central.

4. Processo. Este sentido envolve “reinserção social” e “reabilitação social”, presente em dezesseis dos 37 documentos, que indicam estratégias para o cuidado;
5. Estratégia. Uma polissemia foi observada: ações administrativas e burocráticas (fechamentos de hospitais psiquiátricos, redução de leitos, financiamento), mudanças no modelo de assistência, equipes de suporte, Programa de Volta para Casa, Serviços Residenciais Terapêuticos, Rede de Atenção Psicossocial. O maior número dos documentos apresentou esse sentido para desinstitucionalização, totalizando vinte e seis em 37 documentos.

Quadro 4: Sentidos de “desinstitucionalização” no campo burocrático.

Sentidos encontrados	Artigos em números (referentes ao Quadro 3)	Total de documentos
Programa	02, 03, 06, 08, 23, 32, 34, 37	08
Desconstrução	01, 04, 13, 14, 23, 31, 36, 37	08
Desospitalização	01, 03, 04, 10, 11, 17, 22, 23, 31, 36, 37	11
Processo	07, 10, 11, 13, 15, 16, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37	16
Estratégia	02, 03, 05, 07, 09, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37	26

Nota: algumas publicações apresentam mais de um sentido para desinstitucionalização.
Fonte: a autora, 2021.

Paim, em um capítulo intitulado “Modelos de Saúde no Brasil”, que foi publicado no livro “Políticas e sistemas de saúde no Brasil”, organizado por Giovanella *et al* (2012), apresenta um claro esquema da organização da política, serviços e estratégias de saúde no Brasil. O autor assinala que, na década de 1980, os modelos assistenciais se referiam à forma de organização dos serviços de saúde e sua relação a partir de seus distintos níveis de complexidade. Posteriormente, outras concepções de modelos de atenção foram elaborados, de acordo com os modelos de prestação de serviços de saúde, forma de organização do processo de prestação de serviços, organização das práticas de saúde dirigidas à necessidade de saúde individuais e coletivas e modelo técnico-assistencial em defesa da vida. A noção de “programa” se insere na forma de organização do processo de prestação de serviços, constituindo-se como “ações programáticas” que visavam melhorar as condições de saúde. Junto com os programas se encontravam a atenção à demanda espontânea e vigilância da saúde. Todas essas ações estavam de acordo com as necessidades de um território, condições e modos de vida e o princípio da integralidade do SUS. A ideia de um programa, que esteja articulado às demandas e necessidades de um território, atende aos princípios do SUS e à superação do modelo biomédico (FERTONANI *et al*, 2015).

O termo “programa” é amplamente utilizado no campo da Saúde Coletiva. Campos (2017) enfatiza o papel dos movimentos sociais no desenvolvimento de programas de saúde, entretanto alerta para a fragmentação do SUS, que pode ser observada, inclusive, na implantação desses programas. Primeiro, essa fragmentação diz respeito a diversidade de programas existentes e muitas vezes que não dialogam, entre as esferas municipal, estadual e federal. Segundo, os programas podem ser uma tentativa de atender à implantação do SUS, uma vez que ele, muitas vezes, possui uma desintegração entre os diferentes níveis de atenção e as diferentes redes. Assim, os programas verticais ou redes temáticas supririam falta de redes regionais, com governabilidade sobre todas as modalidades de serviços.

No campo da Saúde Mental, o termo “programa” aparece vinculado a diversas ações temáticas, como o “Programa de Volta para Casa” e, antes da consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, a própria Saúde Mental era intitulada como “Programa de Saúde Mental”, de acordo com a Declaração de Caracas, 1990 (BRASIL, 2002).

A desinstitucionalização surge vinculada ao termo “programa” em 2001, no “Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental”:

> Garantir que as instâncias federal, estadual e municipal aprovem e destinem recursos para a criação de bolsa incentivo aos programas de desinstitucionalização às famílias ou diretamente aos usuários, para promover a reinserção familiar ou a autonomia da pessoa nos serviços residenciais, sob responsabilidade e acompanhamento do serviço territorial de referência e controle dos conselhos de saúde. (BRASIL, 2001)

Outro documento que remete desinstitucionalização como “programa” é a portaria nº 2.077/2003, que traz a definição de “egressos de internações psiquiátricas de longa permanência”, para indicar os beneficiários do auxílio-reabilitação, enumera os documentos e procedimentos necessários para que ele seja solicitado e outros aspectos referentes ao PVC. Este documento aponta, ainda, os municípios prioritários para a inserção no Programa de Volta para Casa (PVC), ou seja, aqueles que “estejam destinados a acolher pacientes de programas de desinstitucionalização egressos de hospitais localizados em outros Municípios” (BRASIL, 2003). Fica claro que, como um programa, a desinstitucionalização se aproxima mais da dimensão técnico-assistencial proposta por Amarante, compondo por ações programáticas, administrativas e burocráticas.

Em 2014, a desinstitucionalização é oficializada como um programa do componente da RAPS “Estratégias de desinstitucionalização” (portaria nº 3.088/2011), através da portaria nº 2.840/2014:

> Art. 1º Fica criado o Programa de Desinstitucionalização como integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com essa oficialização, ficam delimitados seus objetivos, bem como se definem ações para que sejam alcançados. Como objetivos, são indicados:

> I - apoiar e desenvolver ações de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS; e
> II - apoiar e desenvolver ações e estratégias nos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e a efetiva participação e inclusão social, fortalecendo a RAPS. (BRASIL, 2014).

A desinstitucionalização fica aqui vinculada a um conjunto de ações a serem empreendidas, voltada especificamente aos sujeitos, seja para alta hospitalar, inclusão social e o cuidado em território. Na perspectiva de Furtado *et al* (2016), aqui, a desinstitucionalização estaria vinculada ao polo de dominância funcional, ou, ainda, nos níveis de desospitalização, habilitação social e inclusão social de Venturini (2016), assumindo claramente a dimensão técnico-assistencial, segundo Amarante. Após essa portaria, a desinstitucionalização como "programa" aparece em documentos subsequentes: no "*Guia ad*" (2015) e no "Relatório de Gestão 2011-2015" (documentos 34 e 37 do Quadro 4).

Tomamos o sentido de desconstrução atrelado à desinstitucionalização a partir das afirmações de Rotelli, Leonardis e Mauri (1990 [2019]) e Amarante (1996 [2010]). Parece que, conceitualmente, a desinstitucionalização surge como desconstrução em quase todos os documentos, de forma implícita ou como se o termo tivesse a "desconstrução" de maneira autoexplicativa, contando com a dedução ou intuição do interlocutor. Isso significa que agentes do campo burocrático tomam como premissa o referencial teórico supracitado. No entanto, como mencionado anteriormente, em apenas oito documentos esse sentido comparece claramente.

Para pensarmos o sentido de desconstrução, gostaríamos de enfatizar três documentos dos oito listados. São documentos que tratam dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), Economia Solidária, e cuidado em saúde mental na infância e adolescência.

Como já indicamos, a primeira vez que o termo aparece como desconstrução foi em 1994. Após essa data, apenas em 2002 ele reaparece, no documento "Reforma Psiquiátrica e

Manicômio Judiciário: Relatório Final do Seminário para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico". Essa discussão será trabalhada de maneira mais contundente com a análise dos eventos, uma vez que encontramos essa temática debatida com certa frequência. Por hora é interessante notar que os documentos que compõe o campo burocrático, ao contrário das interações materializadas nos eventos, não voltaram a abordar Saúde Mental e HCTP. Questão importante essa, uma vez que é urgente do debate sobre desinstitucionalização e HCTP. Neste documento, parece que o uso do termo está vinculado à desconstrução, mas não de forma muito clara:

> Diretriz geral de desinstitucionalização dos manicômios judiciários na direção de sua superação, através da universalização do cumprimento da medida de segurança em regime aberto na rede de serviços de saúde mental do SUS. (BRASIL, 2002)

"Superação", aqui, pode nos indicar a ideia de desconstrução da lógica manicomial, uma vez que o documento discute as noções de periculosidade e inimputabilidade. Todavia, o termo desinstitucionalização aparece frequentemente numa série sequencial: "humanização, desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para regime aberto". E ainda, o fato de discutir da "medida de segurança" propondo sua substituição por "medida de tratamento", sugeriria a manutenção do paradigma psiquiátrico, que não cabe na ideia de desinstitucionalização como desconstrução.

No documento "Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho" (2005) a desinstitucionalização surge conceitualmente alicerçado pelo referencial italiano:

> Fortemente marcadas por uma das perspectivas dos processos de reforma psiquiátrica, a perspectiva teórica da desinstitucionalização, as discussões então realizadas indicaram uma ruptura e articularam-se novas idéias como a desconstrução do manicômio, a construção da cidadania e o direito à diversidade. (BRASIL, 2005)

Importante enfatizar que esse sentido esteja presente num documento que discute exatamente a inserção da pessoa portadora de sofrimento psíquico severo no mundo produtivo do trabalho. Saraceno (2001), como indicado no primeiro capítulo, insiste na importância da construção da contratualidade e autonomia como estratégias da desinstitucionalização, no sentido de desconstrução do paradigma psiquiátrico. O trabalho, para o autor, se insere como forte mecanismo para produção de objetos de valor social, e, nesse sentido, operacionaliza a contratualidade.

O último documento escolhido como relevante para pensarmos a desinstitucionalização como desconstrução foi resultado de um evento do campo burocrático, intitulado “Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis: Os CAPSi como serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes” (CONCAPSI, 2013). Este documento traz os sentidos “estratégia”, “processo” e “desconstrução” para desinstitucionalização. Sobre este último, podemos destacar:

> Frente a tais questionamentos, avaliamos que existe uma transmissão da lógica da atenção psicossocial que se faz na própria chegada dos usuários à porta de entrada do CAPSi, por um processo que podemos nomear como certa desinstitucionalização de outra lógica vigente na própria cultura, a qual atravessa compreensões sobre saúde e doença... (CONCAPSI, 2013, p. 69)
> A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento histórico de caráter político, social e econômico que tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização, com consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. (*Idem*, p. 237)

A presença desse sentido pode indicar que as questões relacionadas à saúde mental da infância e adolescência se referem a uma desmontagem do aparato que se construiu durante séculos, ou seja, a medicalização e psiquiatrização infantil. Daí a importância de se sustentar a desinstitucionalização na perspectiva da desconstrução. Essas suposições são ilustradas nas seguintes afirmações:

> Sintoma do aprofundamento das estratégias de *governamentalidade* sobre a vida, a biomedicalização da infância avança a passos largos, nos últimos anos, com a epidemia de fabricação de diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH, com a conseqüente medicalização em larga escala das mais variadas situações de dificuldades de aprendizagem e/ou adaptação à vida escolar (CONCAPSI, 2013, p. 105)

> Transformação esta no que tange à mudança de pensamentos cristalizados com relação à medicalização da vida, à patologização de comportamentos e o combate às tendências organicistas psicofarmacológicas. O CAPSi pode ser um importante agente na transformação do pensamento social de seu território, sendo assim também um instrumento não só de acolhimento ao sofrimento mas também importante agente de promoção de saúde de um território, no qual a população pode tomá-lo não só como local de cuidado em saúde mental, mas como ordenador das demandas em saúde mental. (*Idem*, p. 253)

Mais um ponto importante a ser destacado, acerca do sentido desconstrução, é sua ausência nos documentos que tratam do tema álcool e outras drogas. Aliás, fato que nos salta

aos olhos é o número de diminuto de publicações que abordam tal temática quando pesquisamos por "desinstitucionalização". Embora o assunto esteja presente em outros documentos, apenas dois deles são dirigidos totalmente para o tema: "A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas" (2003) e "*Guia ad*" (2015). Nesses, o sentido prevalente para desinstitucionalização é "estratégia", "processo" e "programa", indicando que o sentido "desconstrução" está mais relacionado à "loucura" e menos ao sofrimento causado pelo uso abusivo de álcool e outras drogas e suas consequências sociais.

Assim como "desconstrução", "desospitalização" é um sentido presente em quase todos os documentos. Verificamos que ele está atrelado à ideia de ação para operar o cuidado no território e como "etapa" do processo de desinstitucionalização. Tal ideia endossa o que Venturini (2016) afirma sobre a existência de um *continnum* entre as fases em progressão da desinstitucionalização, de desospitalização à promoção de valor social. Chama-nos a atenção o fato de que um documento muito recente, o "Relatório de Gestão 2011-2015" (2016), suponha esse sentido. Além disso, percebemos que abrimos e fechamos nossa série histórica com a desinstitucionalização sendo utilizada como desospitalização: o "Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental" (1994) e o "Relatório de Gestão". Talvez, caiba a pergunta: o que mudou então? Ainda tomamos a desinstitucionalização como desospitalização? Em que medida a desinstitucionalização é desospitalização?

Uma diferença entre os usos do sentido "desospitalização" é identificada entre 1994 e 2016: a desospitalização é tomada como passo do processo. Em 1994, ambos os termos eram utilizados indiscriminadamente, quase como sinônimos, ou, ainda, a desinstitucionalização entendida como fechamento de instituições, o que para Saraceno e Venturini caracteriza-se como desospitalização[14].

Já no documento de 2016, fica claro que a desospitalização faz parte do processo de desinstitucionalização, mas não se resume a ela.

> A Política Nacional de Saúde Mental brasileira tem como eixo organizador a desinstitucionalização, compreendida como um processo complexo que envolve não apenas a desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos, mas fundamentalmente a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos os que necessitem de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social. (BRASIL, 2016)

[14] Ver nota nas considerações iniciais do início deste item.

Considerando que esse documento faz alusão a um cuidado em território, supõe-se a necessidade de "estratégias" que orientem o "processo" de desinstitucionalização, exemplificando o que Venturini chama de *continuum*: saída do hospital (desospitalização), fechamento de hospitais psiquiátricos (habilitação social), implantação de rede de cuidados territoriais e reabilitação social (inclusão social) e emancipação e protagonismo (promoção de valores sociais):

> Em Minas Gerais as ações de desinstitucionalização culminaram com o fechamento de quatro hospitais psiquiátricos na macrorregião de Saúde Sudeste, sendo três hospitais no município de Juiz de Fora e 01 hospital em Leopoldina, seguido da expansão da RAPS na região; em Belo Horizonte houve o fechamento da Clínica Serra Verde e em Barbacena da Clínica Mantiqueira (BRASIL, 2016, p. 16)

> Este Componente busca assegurar o disposto na Lei 10.216/01 e está organizado na RAPS por iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia, contratualidade e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social (*Idem*, p. 64)

> O Componente de Estratégias de Desinstitucionalização é uma ferramenta para garantir efetivamente um modelo distinto, substituindo a atenção centrada na custódia, pelo cuidado em liberdade pautado na emancipação e protagonismo. (*Idem*, p. 64)

Interessante notar como esse documento trabalha claramente com todos os sentidos possíveis de desinstitucionalização. Seria esse um resultado do amadurecimento do campo, de avanços nas dimensões epistemológica, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural da Reforma Psiquiátrica?

O "manual" dos SRTs (BRASIL, 2004) pouco trata de desinstitucionalização. Traz a mesma relacionada à implantação dos SRTs. Sugere o uso do sentido "desospitalização", mas não define muito bem o termo. Fato é que mais um importante documento sobre um operador da desinstitucionalização não aborda de forma precisa e contundente o tema:

> A desinstitucionalização e efetiva reintegração de doentes mentais graves na comunidade é uma tarefa a que o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. Juntamente com os programas De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. (BRASIL, 2004, p. 05)

Alguns documentos trazem o termo desinstitucionalização, mas assim como o mencionado acima, não o definem claramente. Nesses casos, os agregamos ao sentido desospitalização:

> Parágrafo único. Os referidos hospitais psiquiátricos permanecem nesta classificação por não atenderem aos critérios mínimos de qualidade assistencial definidos pelo PNASH/Psiquiatria e por necessitarem de novas pactuações para que seja finalizado o processo de desinstitucionalização dos pacientes internados. (BRASIL, PORTARIA Nº 426, DE 03/12/2009)

No caso da portaria supracitada, trata-se da avaliação dos hospitais psiquiátricos, mais um motivo para contribuir para atribuirmos o sentido de desospitalização.

Os sentidos mais utilizados foram “processo” e “estratégia”. Ambos os termos parecem se referir à prática, o que coloca, mais uma vez, a desinstitucionalização numa dimensão técnico-assistencial. O termo “processo” nos oferece um sentido de movimento de início-meio-fim da desinstitucionalização, ou, ainda a execução de etapas, remetendo-nos, mais uma vez aos níveis de desinstitucionalização de que fala Venturini.

Percebemos o sentido “processo” atravessando quase todas as publicações, com uma lacuna importante nas publicações que utilizam tal sentido. Durante seis anos (2006 a 2012), não encontramos publicações oficiais nas quais “desinstitucionalização” ganha esse sentido. Destaca-se que a publicação que precede essa lacuna se refere à portaria que viabiliza financeiramente a supervisão clínico-institucional para os serviços de saúde mental de 2006. Essa portaria indica que os municípios que realizam “processos de desinstitucionalização” tenham prioridade no recebimento do financiamento. No documento “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” (BRASIL, 2015), estão reunidas algumas etapas ou ações de operacionalização do processo (apresentadas como subitem do item intitulado “Processo de desinstitucionalização”): redução de leitos psiquiátricos, avaliação anual dos hospitais credenciados, implantação dos SRTs, credenciamento de municípios e usuários no PVC e fechamento progressivo de hospitais de grande porte. Desinstitucionalização de pacientes em alguns casos, de paradigmas em outros, a desinstitucionalização como processo aponta para a diminuição do porte dos hospitais psiquiátricos.

Essa ideia de processo como etapas sucessivas fica clara no trecho a seguir:

> Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa "De Volta para Casa". Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. (BRASIL, 2005)

O exemplar de 2012 de "Saúde Mental em dados" endossa essa ideia:

> Alcançamos, no ano de 2012, mas de 4 mil beneficiários cadastrados no Programa. Sabe-se que o aumento do número de pessoas cadastradas mês a mês ainda é lento, porém, há previsão de aumento significativo a partir do avanço nos processos de desinstitucionalização. Nos municípios com hospitais psiquiátricos em processo de fechamento há um grande contingente de pessoas cadastradas no PVC e morando em SRTs. (BRASIL, 2021, p. 18)

A portaria GM/MS nº 3.090/2011 também traz esse sentido para o termo quando redefine as modalidades dos SRTs.

> 1º São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores. (BRASIL, 2011).

Nesse mesmo ano, a portaria nº 3.088/2011, que institui a RAPS, oficializa o componente "Estratégias de desinstitucionalização". Este componente visa o cuidado integral por meio de serviços comunitários, substitutivos aos hospitais psiquiátricos, buscando garantir direitos, autonomia e inclusão social. Os operadores das Estratégias de desinstitucionalização são os SRTs e o PVC. O uso do sentido "estratégia" nos remete à ideia de ações que promovam desinstitucionalização, vinculando a uma dimensão pragmática da mesma. Tem um ponto importante que merece destaque: essa mesma portaria vincula desinstitucionalização a cuidado, autonomia, à dimensão jurídica e inclusão social. Nota-se que, mais uma vez, um documento burocrático remete ao nível de inclusão social proposto por Venturini (2016) e ao polo funcional de Furtado *et al* (2016). Além disso, como estratégia, parece que ela exclui a possibilidade de afirmar a desinstitucionalização como desconstrução.

Não obstante o sentido tenha ganhado força em 2011, a desinstitucionalização como estratégia já aparecia em muitos documentos anteriores à portaria. Dezessete documentos

anteriores já atribuíam esse sentido, desde o "Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental" (2001):

> Para a efetivação da Reforma Psiquiátrica é necessário que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou da criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização. (BRASIL, 2001)
>
> Os CAPS infanto-juvenis ou outros dispositivos de base territorial devem ter como uma de suas prioridades de ação os projetos de desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados. (BRASIL, 2001)

O sentido "estratégia" ganha destaque nas publicações que envolvem saúde mental da infância e adolescência e no cuidado às pessoas que sofrem com uso abusivo de álcool e outras drogas. O documento "A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas" (2003) coloca a desinstitucionalização como estratégia para a ampliação da rede especializada de cuidados em saúde mental e outras drogas. "Caminhos para uma política de Saúde Mental Infanto-juvenil" (2005) associa a desinstitucionalização à "estratégia" à medida que a relaciona a ações para o cuidado de crianças e adolescentes:

> Atualmente, o projeto De Volta à Cidadania conta com três casas lares no bairro do Grajaú, zona norte da cidade do Rio de Janeiro, onde residem 33 pessoas portadoras de deficiências e patologias graves. Integra um conjunto de ações sistemáticas de desinstitucionalização operacionalizadas pela Funlar, constituindo-se em um programa público municipal de assistência à criança e ao jovem portadores de deficiência. (BRASIL, 2005, p. 38)

Em outro documento, de 2014, "Fórum Nacional de Saúde mental infanto-juvenil", que compila recomendações de 2005 a 2012, traz o mesmo sentido para desinstitucionalização e ainda integra um outro sentido não muito encontrado, "política de desinstitucionalização":

> A construção de dados qualificados relacionados às condições clínicas e psicossociais da população institucionalizada, por intermédio de censos populacionais e do mapeamento das instituições governamentais, não governamentais e filantrópicas (federais, estaduais e/ou municipais) para subsidiar e instrumentalizar a política de desinstitucionalização. (BRASIL, 2005 [2014], p. 13)

Nossa análise nos autoriza a dividir a desinstitucionalização, a partir dos sentidos identificados, nos dois polos propostos por Furtado *et al* (2016). De um lado, temos o polo de dominância funcional, que coloca a desinstitucionalização ao lado de programa, desospitalização, processo e estratégia. Nessa perspectiva, a desinstitucionalização se refere mais a uma dimensão pragmática, que conta com ações e serviços. Ou, ainda, como condição para que um município se credencie a algum programa ou receba qualquer tipo de benefício financeiro. Assim como identificada no estudo citado, dessa dimensão é subtraída a dimensão política da desinstitucionalização. Sustenta-se, assim, mais na dimensão técnico-assistencial apontada por Amarante.

Por outro lado, temos documentos que situam a desinstitucionalização no polo de dominância simbólica, ou seja, aqueles que a tratam como desconstrução. Ressalta-se que trazem um referencial teórico claramente sustentado na concepção italiana. No entanto, mesmo com o uso do sentido "desconstrução", não observamos a desinstitucionalização relacionada a ações que promovam a reabilitação da cidade, como nos fala Venturini (2016). Sobre essa expressão, o autor refere a desinstitucionalização como um movimento de cunho político, social, cultural e ideológico que visa a mudanças radicais acerca da loucura e sua expressão social, médica, jurídica e administrativa. Não identificamos, nos documentos, propostas, ações, estratégias de desinstitucionalização que se voltem para o tecido social, mas sim, para o sujeito. Por isso, foi comum encontrarmos as expressões "desinstitucionalização do portador de transtorno mental", "desinstitucionalização dos pacientes" ou "desinstitucionalização do indivíduo".

3.2 O campo científico

O campo científico, para Bourdieu (1976), é um campo social. Ele considera os conflitos epistemológicos que são próprios do campo como políticos, pois a produção de conhecimento é objeto de disputa dos agentes. Além disso, Bourdieu ressalta que suas práticas são orientadas para a aquisição de autoridade científica, ou seja, prestígio, reconhecimento pelos demais agentes do campo. Outra característica importante do campo científico é a hierarquia: o fato de se ter mais ou menos capital científico, ou o "reconhecimento", oferece ao agente uma posição distinta. (BOURDIEU, 2003)

Quando Bourdieu (2003) distingue duas espécies de capital científico, ele contribui para compreendermos os agentes e instituições que fazem parte do campo. De um lado, os agentes, pesquisadores, aqueles que ocupam posições burocráticas e de coordenação dentro das instituições de pesquisa. Do outro, os institutos propriamente ditos. Estes também disputam prestígio dentro do campo científico.

Nesse sentido, para acessarmos esse campo, poderíamos realizar observações nas instituições, entrevistar os agentes, participar de eventos que lhe são próprios. No entanto, escolhemos, como Furtado *et al* (2016), e assim como fizemos com o campo burocrático, acessá-lo primeiro através de suas publicações, entendendo que elas representam pontos de vista, pesquisas e relatos de experiência de agentes e instituições.

Nossa proposta inicial era investigar as publicações do campo: artigos, capítulos de livros, dissertações e teses. Contudo, tivemos que realizar uma escolha diante do cenário político e da crise instalada pela pandemia de COVID-19: ou sustentávamos a proposta inicial e perderíamos a possibilidade de estudarmos os novos rumos da Política de Saúde Mental e seus impactos sobre a desinstitucionalização, ou incluiríamos esse cenário de caos provocado pela destruição do SUS e da Política de Saúde Mental e os desdobramentos para a desinstitucionalização, tão bem apresentados nos eventos virtuais, que começaram a partir de 2020. Dada a gravidade do momento em que vivemos, optamos pela segunda via.

Assim, buscando conhecer parte do campo científico, bem como criar chaves de interpretação para o que encontraríamos nos eventos do campo da Saúde Mental, objeto do próximo capítulo, nossos estudos se esgotaram nas publicações indexadas no sítio da *SciElo*. Com o mesmo intuito de Furtado *et al* (2016), nossa pesquisa buscou conhecer o campo da Saúde Mental e suas construções conceituais, bem como as apropriações das mesmas. Os autores já nos alertavam para um aspecto importante: a relação entre os campos burocrático e científico. Nosso estudo, assim como o citado, busca identificar de que modo se relacionam o campo burocrático e o científico, partindo da hipótese de que o primeiro induz o segundo.

Campos *et al* (2020) pesquisaram sobre os vinte e cinco anos de publicação de estudos da Saúde Mental na Revista Ciência & Saúde Coletiva. Buscaram identificar a relação entre o cenário político, ou seja, publicações governamentais para direcionamento na Política de Saúde Mental, o fomento à pesquisa, ciência e tecnologia e a produção científica da área. Neste estudo, foi observado que o ápice das publicações científicas se relacionou com períodos de maior mobilização do campo burocrático, em termos da publicação de portarias, bem como editais de fomento à pesquisa.

Desbravar o campo científico da Saúde Mental, através dos documentos publicados, permite-nos conhecer melhor a transição paradigmática, empreendida pela dimensão epistemológica da Reforma Psiquiátrica: ou seja, a construção e uso de seus conceitos, as características das publicações e seus temas. Campos *et al* (2020) ressaltam esse valor, indicando que, num primeiro momento, os textos se voltam para temáticas que indicam as potencialidades do campo em construção. Com a implantação de serviços e práticas, os textos passam a dialogar ou apresentar a realidade, em termos de desafios e conquistas.

Neste item, apresentaremos os resultados da investigação científica, que dialogará, posteriormente, com os resultados do campo burocrático e subsidiará nossas reflexões a respeito dos eventos. Como categorias de análise, utilizamos as formulações de Venturini (2016a) acerca dos níveis da desinstitucionalização; e a concepção de Amarante (2010 [1996]) sobre a desinstitucionalização, ou seja, os três "Ds" (desospitalização, desassistência e desconstrução); para análise complementar, utilizamos o referencial de Saraceno (2001) acerca da desinstitucionalização; as elucubrações acerca das "dimensões da desinstitucionalização", realizadas a partir de Amarante (2003) e Yasui (2010) e os polos de dominância apresentados por Furtado *et al.* (2016).

A pesquisa do campo científico revelou 70 artigos com a incidência da palavra "desinstitucionalização" e "saúde mental" no título, resumo e palavra-chave (Quadro 5).

Quadro 5: Artigos que apresentam simultaneamente a incidência dos termos "Desinstitucionalização" e "Saúde Mental".

	Artigo	Autores	Ano	Revista
1	Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia	AMARANTE, P.	1994	Hist, cienc. Saude - Manguinhos
2	Desinstitucionalização – visão dos profissionais de Saúde Mental	JORGE, M. S. B. MONTEIRO, A. R. M. ROCHA, N. F.	1995	Rev. Bras. Enferm.
3	Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade	REVERBEL, C. M. F.	1996	Psicol. cienc. prof.
4	A desinstitucionalização e as alternativas habitacionais ao dispor de indivíduos com perturbações mentais: um novo modelo habitacional – A habitação apoiada	MARIA, S. G. S. SOUSA, F. M. V. de	2000	Análise Psicológica
5	Contribuição ao ensino da Saúde Mental sob o signo da desinstitucionalização	GUIMARÃES, J. MADEIROS, S. M. de	2001	Ciênc. saúde coletiva
6	Saúde Mental: reconstruindo saberes em enfermagem	OLIVEIRA, F. B. de	2003	Rev. Bras. Enferm.

		FORTUNATO, M. L.		
7	Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo	FIGUEIREDO, V. V. de RODRIGUES, M. M. P.	2004	Psicol. estud.
8	A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental	VILLELA, S. de C. SCATENA, M. C. M.	2004	Rev. Bras. Enferm.
9	Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença	COLVERO, L. de A. IDE, C. A. C. ROLIM, M. A.	2004	Rev. esc. enferm. USP
10	Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico o Brasil	VECHI, L. G.	2004	Estud. psicol
11	O idoso no contexto da saúde mental: relato de experiência	PAVARINI, S. C. I. *Et al*	2004	Texto contex-enferm.
12	Os dispositivos de lazer no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: o Clube do Lazer e Cidadania Colônia, um estudo de caso	AQUINO, M. M. B. de CAVALCANTI, M. T.	2004	Rev. latinoam. psicopatol. fundam.
13	A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência	DIMENSTEIN, M.	2004	Psicol. cienc. prof.
14	Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta	PELISOLI, C. da L. MOREIRA, A. K.	2005	Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul
15	A clínica psicossocial e a atenção de cuidados religiosos ao sofrimento psíquico no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira	FILHO, N. G. V.	2005	Psicol. cienc. prof.
16	O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização	WAIDMAN, M. A. P. ELSEN, I.	2005	Texto contex-enferm.
17	*Factors associated with low quality of life in schizophreine*	CARDOSO, C. S. *Et al*	2005	Cad. Saúde Pública
18	Escala de sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos (FBIS-BR): estudo de confiabilidade da versão brasileira	BANDEIRA, M. *Et al*	2006	J. Bras. Psiquiatr.
19	Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental	BELINI, M. G. HIRDES, A.	2006	Texto contex-enferm.
20	Os significados da Reforma Psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia	RABELO, I. V. M. TORRES, A. R. R.	2006	Estud. Psicol.
21	Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no	FURTADO, J. P.	2006	Ciênc. saúde coletiva

	SUS			
22	Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão	TERRA, M. G. *Et al*	2006	Esc. Anna Nery
23	A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura	ALVARENGA, A. R. de DIMENSTEIN, M.	2006	Interface - Comunic., Saude, Educ.
24	A alteridade no discurso da Reforma Psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas	GODOY, M. G. C. BOSI, M. L. M.	2007	*Physis*
25	Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na Atenção Básica	BEZERRA, E. DIMENSTEIN, M.	2008	Psicol. cienc. prof.
26	As representações sociais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social	LEÃO, A.	2008	Saude soc.
27	O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização	HONORATO, C. E. de M. PINHEIRO, R.	2008	*Physis*
28	Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão	HIRDES, A.	2009	Ciênc. saúde coletiva
29	Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações	VECCHIA, M. D. MARTINS, S. T. F.	2009	Interface - Comunic., Saude, Educ.
30	Acompanhamento Terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência	BEZERRA, C. G. DIMENSTEIN, M.	2009	Psicol. Clin.
31	Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica	ROMAGNOLI, R. C. *Et al*	2009	Interface - Comunic., Saude, Educ.
32	Saúde mental, mudança social e discurso bioético: uma face da desinstitucionalização revelada em uma notícia de jornal	PINHO, M. A.	2009	*Physis*
33	Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des)institucionalizantes	AMORIM, A. K. A. DIMENSTEIN, M.	2009	Fractal, Rev. Psicol.
34	O psicólogo na atenção básica à saúde	BOARINI, M. L. BORGES, R. F.	2009	Psicol. cienc. prof.
35	Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico	AMORIM, A. K. A. DIMENSTEIN, M.	2009	Ciênc. saúde coletiva
36	Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos – construindo no presente um futuro sem manicômios	FERRO, L. F.	2009	Psicol. cienc. prof.
37	Psicologia e modos de trabalho no contexto da Reforma Psiquiátrica	SALES, A. L. L. de F. DIMENSTEIN, M.	2009	Psicol. cienc. prof.
38	Alta-assistida de usuários de um	DIMENSTEIN, M.	2009	*Physis*

	hospital psiquiátrico: uma proposta em análise	BEZERRA, C. G.		
39	Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental	DIMENSTEIN, M. *Et al*	2010	*Physis*
40	Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil	FURTADO, J. P. *Et al*	2010	Interface - Comunic., Saude, Educ
41	Centro de Atenção Psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008	BALLARIN, M. L. S. G. MIRANDA, I. M. S. de FUENTES, A. C. de R. C.	2010	Psicol. cienc. prof.
42	Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos	WACHS, Felipe *Et al*	2010	*Physis*
43	Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em Saúde Mental no Brasil	ALMEIDA, D. T. TREVISAN, É. R.	2010	Interface - Comunic., Saude, Educ
44	Tratamento compulsório e internações psiquiátricas	FORTES, H. M.	2010	Rev. Bras. Saude Mater. Infant.
45	A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias de desinstitucionalização	GOULART, M. S. B. DURÃES, F.	2010	Psicol. Soc.
46	Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde	BARROS, S. SALLES, M.	2011	Rev. Esc. Enferm. USP
47	Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental	LEÃO, A. BARROS, S.	2011	Interface - Comunic., Saude, Educ.
48	Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil	LEMKE, R. A. SILVA, R. A. N. da	2011	*Physis*
49	A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do Serviço Residencial Terapêutico	SILVA, D. S. AZEVEDO, D. M.	2011	Esc. Anna Nery
50	Saúde mental e os planos de saúde no Brasil	SILVA, P. F. COSTA, N. do R.	2011	Ciênc. saúde coletiva
51	O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo	MACHADO, V. C. SANTOS, M. A.	2012	Interface - Comunic., Saude, Educ.
52	Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental	MIELKE, F. B. *Et al*	2012	Rev. Bras. Enferm.
53	Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização	LUCENA, M. A. da S.	2012	Ciênc. saúde coletiva

		BEZERRA, A. F. B.		
54	Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde	MINOZZO, F. *Et al*	2012	FRACTAL, Rev. Psicol.
55	Inovação em Saúde Mental sob a ótica de usuários em um movimento comunitário no Nordeste do Brasil	BOSI, M. L. M. *Et al*	2012	Ciênc. saúde coletiva
56	Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado	LEMKE, R. A. SILVA, R. A. N. da	2013	Psicol. Soc.
57	Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica	GONÇALVES, L. L. M. BARROS, R. D. B. de	2013	Psicol. Soc.
58	Análise da inserção do tema da violência na política de saúde mental brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011)	VALADARES, F. C. SOUZA, E. R.	2013	*Physis*
59	Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico	ARGILES, C. T. L. *Et al*	2013	Ciênc. saúde coletiva
60	Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis	LIBERATO, M. T. C. DIMENSTEIN, M.	2013	Psicol. Soc.
61	Desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?	SILVA, E. K. B.	2014	Rev. Katál.
62	Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados	BOSI, M. L. M. *Et al*	2014	Rev. bras. epidemiol.
63	Habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos	LIMA, D. C. *Et al*	2014	Estud. Psicol.
64	Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial	ARCE, V. A. R.	2014	Rev. CEFAC
65	Do Programa De Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização	LIMA, S. S. BRASIL, S. A.	2014	*Physis*
66	Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte	FRANCO, R. STRALEN, C. J. van	2015	Revista Psicol. Soc.
67	Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar	CARVALHO, M. de N. FRANCO, T. B.	2015	*Physis*
68	Laços entre família e serviços de Saúde Mental	COVELO, B. S. R. BADARÓ-MOREIRA, M. I.	2015	Revista Interface - Comunic., Saude, Educ.

69	(Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil	MARTINHAGO, F. OLIVEIRA, W. F. de	2015	Revista Saudesoc
70	Identidade social e desinstitucionalização: um estudo sobre uma localidade que recebe residências terapêuticas no Brasil	NETO, P. M. R. AVELLAR, L. Z.	2015	Saude Soc.

Fonte: a autora, 2021.

Antes de adentrarmos a análise dos sentidos de desinstitucionalização nos artigos científicos, precisamos apresentar dois cenários identificados. O primeiro se refere às modalidades dos artigos. A maior parte dos trabalhos (51/70) é composta por relatos de experiências e pesquisas empíricas. Estas são quanti e qualitativas, realizadas através de observação-participante, aplicação de testes, entrevistas, grupos focais e investigação de documentos científicos e burocráticos.

As pesquisas empíricas possuem duas características relevantes: 1) são relatos de ações impulsionadas pelo campo burocrático, como experiências de implantação de ações e serviços no território, sob o título "desinstitucionalização" ou relacionadas a ela. Sendo assim, trazem como referência os sentidos do campo burocrático adotados para desinstitucionalização, como processo, programa, mas, sobretudo "estratégia"; 2) a maioria dessas pesquisas trazem, como plano de fundo, o conceito de desinstitucionalização, fundamentado na concepção italiana.

Essas reflexões são corroboradas pelas análises de Furtado *et al* (2016) e de Campos *et al* (2020): ambos evidenciam a estreita ligação entre os campos burocrático e científico, sendo o primeiro mobilizador do segundo. Verificamos que os anos em que tivemos uma maior quantidade de publicação no campo científico coincidiu com os anos em que o número de publicações do campo burocrático também foi maior e, sobretudo, coincide com as publicações mais relevantes do campo burocrático. Isso significa que as diretrizes trazidas pelas publicações do campo burocrático motivaram ou impulsionaram o desenvolvimento de ações e a implantação de serviços. Esses processos tornaram-se objetos de estudo e investigação no campo científico. Como exemplos, temos uma publicação marcante do campo burocrático da saúde mental, o "Manual do Programa De Volta para Casa", no ano de 2003 e "Residências Terapêuticas: o que são, para que servem?", de 2004. Entre os anos de 2004 e 2006, tivemos dezessete publicações científicas que trataram de desinstitucionalização. Outra publicação burocrática relevante que tratou de desinstitucionalização foi "Loucos pela

diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura: relatório final" (2008), resultado de uma oficina proposta pelo Ministério da Saúde. Em 2009 tivemos onze trabalhos do campo científico e 2010 foram sete publicações sobre o tema. Empreenderemos essa correlação, de maneira mais detalhada no próximo item.

O segundo cenário é caracterizado pela outra modalidade de trabalho, ou seja, pesquisas de cunho teórico. Dos 70 artigos encontrados e analisados, dezenove são pesquisas bibliográficas, que tem como referência o conceito de desinstitucionalização cunhado pela Reforma Psiquiátrica italiana.

Sobre este segundo cenário, inferimos que eles trouxeram o conceito de desinstitucionalização de maneira mais elaborada, com referências a Rotelli e Basaglia. Entretanto, essa elaboração não foi verificada em todas as dezenove. Algumas apontaram apenas uma referência ao conceito e apoiaram-se em um sentido predominante no campo burocrático, ou seja, indicaram a desinstitucionalização como uma estratégia de cuidado em saúde mental. Podemos deduzir deste cenário que o uso científico do termo muitas vezes confunde-se com o uso burocrático do mesmo.

Outro aspecto importante é que a maioria dos trabalhos diferencia, em sua fundamentação teórica, "desospitalização" de "desinstitucionalização". Este aspecto seria um indício de que a "desospitalização" pode ter sido colocada como oposto ou negação de "desinstitucionalização". Entretanto, não é esse cenário que a análise do sentido de desinstitucionalização nas publicações tanto do campo burocrático quanto do campo científico nos mostra. "Desospitalização" aparece como um dos sentidos possíveis para "desinstitucionalização", assim como observamos nas publicações do campo burocrático.

Quanto aos sentidos do termo desinstitucionalização encontrados, a análise dos trabalhos científicos nos apontou uma polissemia, assim como descrito por Venturini (2016a). Muitos artigos tomaram a desinstitucionalização como um processo, que parte da saída dos hospitais psiquiátricos e chegava ao ponto final que é a inclusão ou reabilitação social. Nesse sentido, utilizavam como sinônimos para "desinstitucionalização" algumas "estratégias" utilizadas, como "inserção no trabalho", "RAPS", "acompanhamento terapêutico". Outrossim, foram utilizados sentidos que são incluídos no bojo da desinstitucionalização, como "cidadania", "direitos", "autonomia". Como um meio mais didático para a análise dos mesmos, dividimos os sentidos de acordo com os níveis de desinstitucionalização, descritos por Venturini (2016a): 1) desospitalização (desospitalização; mudança da postura do profissional); 2) Habilitação Psicossocial (alta assistida / acompanhamento terapêutico); 3) Inclusão Social (Rede de cuidado territorial / RAPS / Estratégias de desinstitucionalização /

Cuidado: integralidade, promoção de saúde; Reabilitação Psicossocial / Serviço Residencial Terapêutico/ Inserção no Trabalho; Inserção social / cidadania / direitos /autonomia); 4) Promoção de Valores Sociais (Desconstrução da lógica manicomial). A relação entre os artigos e os sentidos encontra-se no Quadro 6.

Quadro 6: Sentidos de "desinstitucionalização" no campo científico – Referência: níveis de desinstitucionalização Venturini (2016a).

Níveis de Desinstitucionalização	Sentidos Encontrados	Artigos em números (referentes ao Quadro 5)	Total de artigos encontrados
Desospitalização (1º nível)	Desospitalização	09, 17, 21, 30, 36, 38, 45	08
	Mudança de postura do profissional	49	
Habilitação Psicossocial (2º nível)	Alta assistida / acompanhamento terapêutico	30, 38, 57	05
	Humanização das ações nos serviços	13, 22	
Inclusão Social (3º nível)	Rede de cuidado territorial / RAPS / Estratégias de desinstitucionalização / Cuidado: integralidade, promoção de saúde	02, 03, 06, 08, 09, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 44, 46, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 59, 64, 67, 68	61
	Reabilitação Psicossocial / SRT/ Inserção no Trabalho	04, 12, 21, 26, 27, 28, 40, 43, 47, 49, 51, 53, 59, 63, 70	
	Inserção social / cidadania / direitos /autonomia	03, 05, 28, 43, 47, 58, 62, 65, 66	
Promoção de Valores Sociais (4º nível)	Desconstrução da lógica manicomial	01, 02, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 33, 35, 48, 52, 53, 55, 60, 61, 62, 69	24

Nota: assim como no campo burocrático, alguns trabalhos apresentam mais de um sentido para desinstitucionalização.
Fonte: a autora, 2021.

Os resultados serão, a seguir, apresentados conforme a prevalência dos resultados, do menos encontrado (habilitação psicossocial presente em cinco documentos dos 70), ao mais encontrado (inclusão social, identificado em 61 documentos dos 70).

1. Habilitação Psicossocial. Neste nível de desinstitucionalização descrito por Venturini (2016a) situam-se as ações que aceleram a alta dos pacientes sem ações na esfera social. Os sentidos de desinstitucionalização incluídos neste nível foram: “alta assistida” / “acompanhamento terapêutico” / “humanização das ações nos serviços”. Cabe ressaltar que cinco artigos apresentaram esse sentido.

> Nessa ocasião eu havia repensado a proposta da equipe que era composta por profissionais do HJM e concluí que ao pensar o acompanhamento terapêutico como uma prática que promove a desinstitucionalização e defende a circulação do acompanhante pelos diversos espaços sociais, inclusive no que diz respeito a sua assistência, não haveria sentido em manter a equipe do HJM como referência para Laura, o que a prenderia ao hospital psiquiátrico. (BEZERRA, DIMENSTEIN, 2009, p. 26).

> Quando o objeto da desinstitucionalização deixou de ser o manicômio e passou a ser a lógica manicomial, o que se produziu foi um movimento de desinstitucionalização da própria clínica. A necessidade, então, passou a ser ao de criar não apenas novos lugares de acolhimento e de tratamento, mas novas lógicas: romper com a lógica dicotômica que opõe clínica/política, indivíduo/sociedade, dentro/fora, público/privado, e que refere o sujeito a um espaço, a uma experiência privatizante. Já não se trata de exilar os loucos nos hospitais psiquiátricos, mas de incorporá-los de outra maneira à vida da cidade. Tal aposta implicou na proposição de novos dispositivos clínico-políticos, entre eles, o Acompanhamento Terapêutico. (GONÇALVES, BARROS, 2013, p. 109)

> Nesse sentido, a idéia de humanização está relacionada diretamente com a de desinstitucionalização na medida em que esta pressupõe a desmontagem do dispositivo psiquiátrico, da cultura manicomial, da lógica e da dinâmica que regem as rotinas dos serviços de atenção e as relações entre profissionais, usuários e familiares. (DIMENSTEIN, 2004, p. 113-14).

Interessante notar que tanto a “alta assistida” como o “acompanhamento terapêutico” são estratégias relacionadas ao cuidado, o que justifica, inclusive, que desinstitucionalização esteja relacionada à “própria clínica”, como indicado na citação. Ora, então a desinstitucionalização se referirá a uma lógica de cuidado? Ou seja, propõe-se modificar a clínica? Se assim for, estaremos, conforme Saraceno (2001) nos aponta, sob o risco de reproduzirmos a lógica manicomial em outro espaço.

Esses mesmos questionamentos se colocam com relação à última das três citações: “a ideia de humanização está relacionada diretamente com a de desinstitucionalização”. Humanização do tratamento, como nos aponta Venturini, refere-se a uma modificação da clínica, ou do modo de cuidar. Se, e inclusive a própria citação refere à desinstitucionalização como algo que pressupõe a desmontagem do dispositivo psiquiátrico, e, aqui, os autores se referem à mesma como desconstrução, estaríamos tratando de um duplo sentido? Ou, ainda,

mecanismos que se colocam como passos de um processo, do *continuum* identificado por Venturini, cuja desmontagem do dispositivo psiquiátrico é o último passo?

Com essas considerações, poderíamos concluir que: 1) sustenta-se a ideia de um "processo da desinstitucionalização" e, nesse sentido, ratifica os achados do campo burocrático, nos levando a afirmar que a "desinstitucionalização como habilitação psicossocial" caracteriza-se como um dos passos do processo; 2) como passos do processo, poderíamos indicar: humanização da clínica e do cuidado; estratégias de alta, como alta assistida e acompanhamento terapêutico; 3) afirma-se a possibilidade de que a desinstitucionalização envolve uma estratégia de cuidado e se volta para a clínica.

Venturini nos fala que, apesar de a habilitação psicossocial não promover uma alteração no circuito psiquiátrico tradicional nem promover uma mudança na organização sociossanitária, ela promove um dado extremamente importante para o cuidado e para o processo de inclusão social: "ativação de circuitos de autoajuda dos familiares e pacientes" (2016a, p. 73). Saraceno (2001) também nos aponta a necessidade de se criar estratégias de apoio para as famílias e os egressos de internações psiquiátricas, sobretudo para aqueles que passam a morar sozinhos. Somado a isso, o autor também nos adverte sobre os riscos dessas estratégias:

> Como se pode evidenciar, a resposta nasce da necessidade de substituir a resposta manicomial pode ser tanto uma simples reprodução da lógica de controle e contenção, como representar uma melhora real da qualidade do que se oferece ao paciente. (SARACENO, 2001, p. 24)

Esses achados nos levam a três conclusões: 1) a desinstitucionalização precisa de estratégias para que seja operacionalizada, garantindo uma rede de apoio para familiares e para os usuários dos serviços de saúde mental; 2) a habilitação psicossocial, por si só não garante a desinstitucionalização, pois ela oferece algumas dessas estratégias; 3) como nos indica Venturini, a desinstitucionalização enquanto habilitação psicossocial possui alguns efeitos negativos que caracterizam um processo de abandono do paciente tanto pelas famílias, como pelos serviços como pelo próprio Estado. Assim, a desinstitucionalização seria "desassistência", como nos alerta Amarante (2010 [1996]).

2. Desospitalização. Dentro deste modelo de desinstitucionalização, indicado por Venturini (2016a), que comporta um processo de "humanização" do hospital psiquiátrico, redução de leitos e processos de saída do hospital, encontramos o termo "desinstitucionalização" com os sentidos de "desospitalização" e "mudança de postura do profissional". Esses

sentidos prevalecem em oito artigos, embora, muitas vezes nos demais, seja empregado como sentido secundário ou implícito no conceito de desinstitucionalização adotado:

> Deinstitutionalization, now a worldwide process which began more than five decades ago in other countries, has demonstrated significant gains for psychiatric care and treatment[15]. (CARDOSO *et al*, 2005)

> O processo mineiro de desinstitucionalização prevê, atualmente, o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a ampliação da rede de serviços substitutivos (Centros de Referência em Saúde Mental de Minas Gerais, CERSAMs; Centros de Atenção Psicossocial, CAPS; Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; Centros de convivência, moradias assistidas, entre outros dispositivos). (GOULART, DURÃES, 2010, p. 114)

> O processo de desinstitucionalização não pára na desospitalização (FERRO, 2009, p. 757)

> As questões principais da desinstitucionalização não se restringem à desospitalização; são maiores e englobam esta última. (*Idem*, p. 758)

> Antes de pousarmos em terreno firme e de apresentarmos a possibilidade (e a necessidade) de um trabalho concreto de desinstitucionalização "*dentro*" do espaço de um hospital psiquiátrico visando ao fortalecimento das práticas territoriais e dos serviços substitutivos (*Idem*, p. 758)

A desospitalização encontra-se implícita em muitos artigos analisados, oferecendo uma ideia assim como observamos na "habilitação psicossocial", de que é parte do processo de desinstitucionalização. Portanto, desospitalização não se dissocia de desinstitucionalização, não consistindo, assim, em seu oposto, embora muitos artigos façam questão de diferenciá-las e as opor. Outrossim, a última citação endossa uma das ações inseridas em desospitalização por Venturini: estratégias no interior do hospital. Parece, nesse sentido, que a desinstitucionalização é um processo que se inicia no interior do manicômio. Como um arsenal de medidas de cunho administrativo e burocrático, como nos indica Amarante, na desinstitucionalização como desospitalização, encontram-se a redução de leitos, fechamento de hospitais, mudanças no interior do hospital e saída de alta.

Ressalta-se, ainda, que, muitas vezes, o termo "desospitalização" não aparece nos artigos, mas a construção textual dos mesmos denota esse sentido. Além disso, a possibilidade de tratarmos a desospitalização como "parte" do processo de desinstitucionalização está implícita na maioria dos trabalhos. Assim como "habilitação psicossocial", desospitalização indica uma estratégia de desinstitucionalização, condizente com os achados do campo burocrático.

---

[15] "A desinstitucionalização, agora um processo mundial que começou há mais de cinco décadas em outros países, tem demonstrado ganhos significativos para atendimento e tratamento psiquiátrico" (tradução nossa)

3. Promoção de Valores Sociais. Este nível descrito por Venturini (2016a) pode ser associado ao que ele denomina de “verdadeira desinstitucionalização”, ou seja, é o que promove uma mudança social acerca das representações que constrangem a experiência da loucura. A este nível relacionamos o sentido “desconstrução da lógica manicomial”. Devemos destacar que quase todos os trabalhos fazem referência a este sentido, quando querem definir conceitualmente o termo. São vinte e quatro trabalhos que se utilizam de forma direta deste sentido para definir “desinstitucionalização”.

> O processo de desinstitucionalização demanda compromisso com a promoção de transformações nas relações sociais, de políticas públicas incisivas e financiamento adequado. (MARTINHAGO, OLIVEIRA, 2015, p. 1276)
>
> O paradigma da desinstitucionalização, então, propõe desmontar essa dinâmica com todos os seus aparatos para retomar o contato com a existência dos sujeitos. Trata-se de um rompimento com a busca incisiva e histórica pelo entendimento etiológico da loucura enquanto doença e de uma reproposição de solução centrada na existência do sujeito e sua relação com o meio social, formatando a ação terapêutica na perspectiva de transformação institucional em prol da invenção da saúde e reprodução social do paciente. (LUCENA, BEZERRA, 2012, p. 2449)
>
> Entretanto, a radicalidade da proposta de Lévinas vai além de incluir o Outro, pois ele excede o *mim-mesmo*, remetendo-o ao Infinito. Conclama à responsabilidade absoluta e ilimitada pelo Outro, aprofundando-se em dimensões que não se apresentam no discurso da proposta mais radical da Reforma Psiquiátrica, a da “desinstitucionalização *como desconstrução*. (GODOY, BOSI, 2007, p. 297. Grifos dos autores)
>
> A reforma psiquiátrica, entendida como um movimento social, está articulada a um conjunto de iniciativas operado nos campos legislativo, jurídico, administrativo, cultural e no saber médico-psiquiátrico que visam transformar a relação entre sociedade e loucura. A desinstitucionalização é o conceito chave no processo da reforma psiquiátrica, representa uma crítica teórico-prática, que reorienta instituições, saberes, estratégias e formas de lidar com a loucura, em direção a outro objeto, a existência-sofrimento do sujeito e não à doença mental, transformando sujeitos objetivados em sujeitos de direitos. (OLIVEIRA, FORTUNATO, 2003, p. 68)

A promoção de valor social retoma o conceito de desinstitucionalização trazido por Rotelli, Leonardis e Mauri (2019 [1990]) e engloba sua dimensão simbólica, política e ideológica. Essa dimensão é aquela que pode se dirigir ao tecido social, não se situando em estratégias, prática em Saúde Mental ou a clínica. Propõe romper com o paradigma psiquiátrico tradicional e diz que a desinstitucionalização não é um processo, com início-meio-fim, mas um movimento constante de desconstrução e construção de novos sentidos para o sofrimento psíquico.

Compreende-se a promoção de valor social não como um objetivo a ser alcançado, como última etapa de um processo, mas como a marca primordial da desinstitucionalização. Nesse sentido, não caberia falar em “desinstitucionalização da clínica”,

“desinstitucionalização de práticas” ou “desinstitucionalização do indivíduo”. Venturini (2016a) nos alerta que não é o sujeito que deve ser reabilitado, mas a cidade, ou seja, esta que é atravessada por um arsenal de significados manicomiais e excludentes sobre o sujeito, sobre a loucura. O autor afirma que a “cidade do século XXI é desumana” (2016a, p. 131), pois ela cancela o lugar da diferença e da democracia. São os portadores de interesses frágeis (imigrante, louco, deficiente, idoso e a criança) os excluídos desse espaço. O neoliberalismo não oferece espaço para quem não produz. Além disso, produz sofrimento e precariza os recursos sociais para lidarmos com o mesmo. Ele elimina o conflito social, despolitizando a sociedade:

> Ou seja, o neoliberalismo é um modo de intervenção social profunda nas dimensões produtoras de conflito. Pois, para que a liberdade como empreendedorismo e livre-iniciativa pudesse reinar, o Estado deveria intervir para despolitizar a sociedade, única maneira de impedir que a política intervisse na autonomia necessária de ação da economia. (SAFATLE, 2020, p. 25)

Temos, assim, um movimento que começa com o encarceramento dos loucos, sob a chancela da medicina e da justiça, que pretende a organização e proteção da sociedade contra o perigo que ele representa e chega a uma engenharia social (*Idem*) que age nos conflitos sociais e na estrutura psíquica dos sujeitos. Continua-se, com essa força invisível, empurrando o louco para a fora do espaço social.

Foucault (2003), ao analisar as formas de exercício de poder, disciplina e organização social, indica que o espaço público é o local para se escrutinar e dilacerar o sujeito. Isso acontece pelo poder visível e não visível, exercido por instituições físicas e simbólicas, mas também no próprio espaço da arquitetura urbana. Nesse sentido, a organização geográfica das cidades não foi concebida para receber os portadores de interesses frágeis e sim para observar e disciplinar os corpos e as subjetividades. De acordo com Venturini:

> Hoje, construímos cada vez mais lugares anônimos e neutralizadores, espaços que removem a ameaça do contrato social (rodovias cortam os subúrbios, bairros-dormitórios, bairros para escritórios). Os espaços para as pessoas são reservados ou destinados ao consumo (centros comerciais, estádios, autódromos) ou para fins de turismo (Disneylândia e Las Vegas, por exemplo). Essa banalização não é casual: o aspecto exterior reflete um grande medo de se expor – e que foi removido. (2016a, p. 136)

A Comissão *Lancet* sobre Saúde Mental Global e Desenvolvimento Sustentável lançou um relatório, em 2018, avaliando a implantação da agenda global de saúde mental no contexto dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). A agenda, construída dez anos antes, recomendava a ampliação de serviços de saúde mental para pessoas de baixa e média renda e para países de baixa renda, que tiveram afetados as conquistas dos direitos humanos, o cuidado em saúde e a dignidade humana. O relatório endossa as reflexões acerca da cidade contemporânea: há uma crise mundial em saúde mental. Dentre os problemas identificados, o relatório destaca o aumento de doenças mentais, causado por transições demográficas, ambientais e sociopolíticas. O documento ainda indica que existe uma falha coletiva para atender essa crise global, que apresenta resultados drásticos, como perdas de capacidade e muito sofrimento que poderia ser evitado (PATEL; SAXENA, *et al* 2018).

Esses achados confirmam as reflexões trazidas por Venturini acerca dos equívocos relacionados à desinstitucionalização, que não alcançam a promoção de valor social. Nesse sentido, um enfrentamento para garantir direitos, inserção social das pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave diante do cenário político e social drástico atual é afirmação da desinstitucionalização como promoção de valor social. Assim como no campo burocrático, em que a desconstrução não é o sentido prevalente, a promoção de valor social também não é no campo científico.

4. Inclusão Social. Este nível de desinstitucionalização definido por Venturini (2016a) é o que engloba mais estratégias, na dimensão política e jurídica, em termos de tratamento, cuidados, locais de internação, direitos dos usuários, trabalho e intervenções sociais. Por isso, a este nível, foram associados diversos sentidos de desinstitucionalização: “Rede de cuidado territorial / RAPS / Estratégias de desinstitucionalização /Cuidado: integralidade, promoção de saúde”; “Reabilitação Psicossocial / Serviço Residencial Terapêutico/ Inserção no Trabalho”; “Inserção social / cidadania / direitos /autonomia”. E também, por esta razão, a maioria dos trabalhos analisados (61/70) traz esses sentidos, ou em primeiro, ou em segundo plano.

> Tornar o território um princípio organizador das práticas de cuidado é um pressuposto ético, além de ser um pressuposto técnico, sobretudo nas políticas de saúde mental e atenção básica, que se orientam pelos conceitos de desinstitucionalização e integralidade. (LEMKE, SILVA, 2013, p. 9)

> Do complexo panorama exposto, evidencia-se que a construção da corresponsabilidade entre técnicos e familiares, no que toca ao cuidado no campo da saúde mental, deve vir acompanhada de ações de suporte às famílias, de mudanças nos modos de trabalho e gestão, bem como de avanços em relação às políticas de

> inclusão social e reabilitação psicossocial, de fortalecimento de mecanismos de controle social, de estímulo ao empoderamento dos usuários e familiares, no sentido de fazer avançar o processo de desinstitucionalização em saúde mental. (DIMENSTEIN, SALES, GALVÃO, SEVERO, 2010, p. 1223)

> O advento da portaria 106/2000 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002) oficializou a iniciativa no SUS, estabelecendo sua estrutura básica, modo de operar e financiamento. A partir daí, as pensões protegidas, lares abrigados, vilas terapêuticas, moradias extra-hospitalares e núcleos de convívio – como até então eram chamadas as diversas experiências de casas destinadas aos egressos de longa internação (Suiyama, Rolin, Colvero, 2007) – passaram a ser chamadas de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Tal nomenclatura foi questionada à época, sobretudo no que concerne aos termos 'serviços' e 'terapêuticos', inseridos justamente para justificar e viabilizar sua inserção no SUS. Esse fato foi fundamental para consolidar e ampliar o alcance dos princípios da Reforma Psiquiátrica, em especial da noção de desinstitucionalização. (FURTADO, NAKAMURA, GENEROSO, GUERRA, CAMPOS, TUGNY, 2010, p. 390)

> Entre as políticas para desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos, está a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) introduzidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria nº 106/2000. O SRT é uma importante estratégia para garantir o principio da desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica. Ele oferece um modo de habitar que investe nas potências dos portadores de sofrimento psíquico, aposta na sua convivência urbana e busca concretizar o fim dos manicômios. (WACHS, JARDIM, PAULON, RESENDE, 2010, p. 896)

> Na prática, desde o advento das discussões sobre desinstitucionalização, muito se tem falado sobre reabilitação psicossocial. Via de regra, os serviços que trabalham na perspectiva da reforma psiquiátrica intitulam-se reabilitadores. (HIRDES, 2009, p. 166)

> A desinstitucionalização propôs-se possibilitar aos indivíduos com perturbações mentais cuidados de saúde na comunidade. Associado ao aparecimento desta política esteve, entre outros factores, as condições deploráveis que se faziam sentir na grande maioria dos hospitais psiquiátricos. (MARIA, SOUSA, 2000, p. 181)

Assim como o sentido "estratégia", encontrado no campo burocrático, o sentido "inclusão social" engloba um conjunto de ações que vão desde práticas e aquelas que envolvem algum movimento para transformações sociais acerca da loucura. Parece que ambos os sentidos são os que mais representam a desinstitucionalização brasileira: implantação de serviços de base comunitária, financiamento, direção da clínica e movimentos sociais e culturais. O sentido "inclusão social" é um grande guarda-chuva, sob o qual cabem diversos outros.

Interessante que Venturini destaca que a desinstitucionalização não se faz sem estratégias: sobre o nível legislativo, administrativo e organizativo; sobre a disponibilidade de recursos; e sobre a produção de acesso aos valores.

Para Venturini, uma transformação precisa de prazos, recursos, penalidades e incentivos. As estratégias que incidem sobre o nível legislativo, administrativo e organizativo se referem à construção do sistema de saúde comunitário. Isso inclui a definição de espaço territorial, a definição de recursos financeiros específicos que tenha por base o tamanho da população e suas características epidemiológicas, definição de responsabilidades, construção de rede intersetorial, planejamento e indicadores de avaliação.

É necessário ainda definir os recursos, para Venturini, contar com forças e pessoas para que se consiga promover a desinstitucionalização. O autor refere que é necessário um contrapoder para se produzir ruptura. Este contrapoder é encontrado ativando as redes afetivas e de solidariedade na comunidade, através dos serviços e movimentos sociais e culturais. São recursos potentes: famílias, associações, instituições religiosas e outras da comunidade.

Por fim, há necessidade de produção de acesso aos valores, que são autonomia, acesso à instrução e formação profissional, capacidade de expressão do pensamento e dos afetos, habitar uma casa e uma cidade. Nesse ponto, Venturini retoma as ideias de Saraceno sobre a reabilitação: contratualidade social, reconhecimento social, salário e trabalho.

Considerando estas estratégias, vemos claramente o sentido de “inclusão social”. Observa-se, portanto, que existe uma polissemia no uso do termo “desinstitucionalização”. A polissemia revelada pode ser causada pelo contexto brasileiro ou pela própria complexidade do conceito. Isso resulta na necessidade de uma explicação teórica cada vez que é usado, que nem sempre condiz com o que é praticado. Ademais, inferimos que o termo “desinstitucionalização” também é quase usado como um jargão, sem um aprofundamento crítico do conceito e reflexões.

Fato é que o cenário encontrado não desqualifica os trabalhos, ou caracteriza um erro teórico, ele indica a necessidade de uma reflexão maior sobre os usos e sentidos de “desinstitucionalização” e a construção do mesmo na singularidade do campo da saúde mental brasileiro.

3.3 A relação entre os campos burocrático e científico

Notamos que tanto nos documentos oficiais quanto nos artigos científicos desinstitucionalização é sinônimo de desospitalização, entretanto esse não é o sentido mais comumente atribuído ao termo, já que geralmente ele aponta para uma estratégia – conforme

o componente da RAPS – e um nível – segundo nível, a inclusão social, conforme Venturini. Percebemos também, nessa análise documental dos usos e sentidos de desinstitucionalização no campo da saúde mental, que raramente ela é vista como desassistência, embora o seja mais regularmente como desconstrução.

Todas as inferências realizadas a partir da análise dos campos indicam a existência de uma relação entre ambos. Furtado *et al.* (2016) enfatizam a capacidade indutora de práticas do campo burocrático. Sendo assim, seu conteúdo é facilmente apropriado pelo campo científico.

Outro ponto importante com relação ao trabalho de Furtado *et al.* (2016) se refere à divisão dos achados entre os polos de dominância funcional e simbólica. Considerando essa divisão e utilizando as referências de Venturini, Amarante e os três "Ds" e Amarante, Yasui e as dimensões da Reforma Psiquiátrica, a partir dos quais pudemos pensar nas dimensões da desinstitucionalização, esquematicamente, temos:

Quadro 7: a desinstitucionalização e os polos de dominância funcional e simbólica

Polos	Sentidos	Referências
Dominância Funcional	Campo Burocrático: programa, desospitalização, processo, estratégia	Desinstitucionalização como desospitalização Desinstitucionalização como desassistência Dimensão técnico-assistencial e jurídico-política
	Campo Científico: habilitação psicossocial, desospitalização, inclusão social	
Dominância Simbólica	Campo burocrático: desconstrução	Desinstitucionalização como desconstrução Dimensão técnico-assistencial, epistemológico, jurídico-político e sociocultural
	Campo Científico: promoção de valor social	

Fonte: a autora, 2021.

Através desse quadro, podemos constatar, claramente, uma distinção entre os polos de dominância funcional e de dominância simbólica e facilmente a distribuição dos sentidos. Igualmente, podemos afirmar com a diferença entre a "desinstitucionalização como desospitalização" e a "desinstitucionalização como desconstrução". Contudo, com relação às dimensões da desinstitucionalização, essa cisão não é tão clara. As dimensões técnico-assistencial e a jurídico-política estão presentes em ambos os polos. Podemos supor que ambas se referem a um conjunto de estratégias, semelhantes às que Venturini descreve e, ao mesmo tempo, promovem uma ruptura com o paradigma psiquiátrico tradicional. Esta ruptura acontece, pois as estratégias promovem outro modo de cuidar, com base no território e um conjunto de leis que subvertem o aparato jurídico a respeito da loucura. Por outro lado, as

dimensões sociocultural e epistemológica atuam diretamente no tecido social e político, rompem com o circuito psiquiátrico da loucura, promovendo uma “reabilitação da cidade”.

A partir dessa análise, cabe destacar outro ponto. Somando as publicações do campo burocrático e do campo científico, temos 135 trabalhos que trazem os sentidos referentes ao polo de dominância funcional e 32 trabalhos que trazem os sentidos do polo de dominância simbólica. A desinstitucionalização relacionada à ações, serviços e estratégias e cuidado prevalece nas publicações reunidas.

Podemos afirmar que, considerando os campos burocrático e científico, o termo “desinstitucionalização” no campo da saúde mental possui um uso corriqueiro, que muitas vezes é diferente da concepção italiana, proposta por Rotelli, Leonardis Mauri (2019 [1990]), referência para o processo brasileiro. Existe ainda uma imprecisão teórica, já que em alguns trabalhos o termo é utilizado sem referência a autores ou movimentos específicos. Além disso, é muito comum o uso de sentidos do campo burocrático no campo científico, como processo, programa e estratégia.

Nossa pesquisa demonstrou outro resultado semelhante ao de Furtado *et al*. (2016): os campos burocrático e científico influenciam-se mutuamente, com maior influência do campo burocrático sobre o científico. Muitas publicações científicas tomam como objeto de estudo programas, políticas e planos estatais, do mesmo modo como serviços de saúde mental. Este cenário incide diretamente no cuidado e no ideário do campo da Saúde Mental. Contudo, como verificamos, sobretudo a partir das concepções de Venturini, que um sentido não despontencializa o outro, na verdade, observa-se claramente a ideia da desinstitucionalização como *continuum*.

Observou-se que as publicações relevantes sobre o tema no campo burocrático precederam os anos que tivemos mais publicações no campo científico (Quadro 8). Destacamos, aqui, algumas publicações: “De Volta para Casa – Manual do Programa”, 2003; “Residências Terapêuticas: o que são e para que servem?”, 2004. Ambos os documentos tratam de desinstitucionalização, configurando-se como manuais de implantação de diretrizes legais e esclarecimento acerca do processo de saídas dos hospitais psiquiátricos; e “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”, 2005, importante publicação do campo burocrático que trata da desinstitucionalização infanto-juvenil; nos anos subsequentes (2004-2006), o campo científico registrou dezessete publicações. Outras duas relações possíveis de serem feitas é entre a publicação “Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura: relatório final” (2008) e os anos entre 2009-2010, que registraram

dezoito publicações no campo científico; e a partir da portaria que institui a RAPS, de 2011, cujos anos subsequentes (2012-2015) registraram vinte publicações científicas.

Delgado (2016) assinala que após publicação da Lei nº 10.216/2001 e com o governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, sobretudo o período de 2002 a 2005, tivemos um rico período na Reforma Psiquiátrica. Este período foi marcado tanto pela ampliação da legislação quanto pela implantação de uma rede territorial de cuidados e de movimentos de militância. Nossa pesquisa registrou, no campo burocrático, doze documentos. Com essa inferência é possível afirmarmos que a análise dos vinte e cinco anos de publicações do campo burocrático (1990-2015) encontrou trinta e seis documentos, sendo que doze deles foram publicados em quatro anos (2001-2005). Neste mesmo período, o campo científico registrou treze publicações.

Ainda de acordo com Delgado (2016), os anos supracitados também foram ricos na implantação de CAPS e SRTs, e redução do número de leitos psiquiátricos, devido à ampliação da legislação e captação de recursos. Retomando a relação estabelecida acima, observamos um grande número de publicações no campo científico como relatos de experiência, estudos de caso, que abordavam o cuidado dispensado aos usuários de tais serviços.

A Portaria GM/MS nº 52, de 2004, que estabelece o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica do SUS, indica, dentre suas ações, algumas estratégias de desinstitucionalização. No mesmo ano, tivemos sete trabalhos no campo científico e dez nos dois anos subsequentes. Infere-se que esta portaria pode ter sido um passo importante para o desenvolvimento de ações na perspectiva da desinstitucionalização.

Em 2006, o Ministério da Saúde destinou recurso financeiro para ações de supervisão nos serviços de saúde mental, através da portaria GM/MS nº 678/2006. Os municípios com prioridade seriam aqueles que executassem ações de desinstitucionalização ou que possuíssem hospital psiquiátrico nas proximidades. Interessante notar como aqui a desinstitucionalização está relacionada a uma instituição material, o hospital. Apesar de o incentivo financeiro priorizar os municípios que executassem ações de desinstitucionalização, no ano seguinte, 2007, apenas um trabalho no campo científico sobre o tema foi publicado e não foi sobre implantação de ações de desinstitucionalização ou supervisão.

Embora no campo burocrático se tenha publicado documentos específicos acerca da desinstitucionalização em HCTPs; sobre o sofrimentos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas; e sobre a saúde mental de crianças e adolescentes, não encontramos

publicações sobre esses temas no campo científico[16]. Alguns exemplos desses documentos presentes no campo burocrático são: "Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário – Relatório Final do Seminário para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico" (2002); Decreto de 28/05/2003, que institui o Grupo de Trabalho Interministerial para questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, "A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas" (2003), "Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas" (2015); Recomendação nº 01 do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil (2005), "Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil" (2005), "Anais do I Congresso Brasileiro de CAPSi: os CAPSi como serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes" (2013), "Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes no SUS" (2014).

Quadro 8: Relação entre os campos burocrático e científico: quantitativo de publicações com o termo "desinstitucionalização".

Anos	Campo Burocrático	Campo Científico
1990	0	0
1991	0	0
1992	0	0
1993	0	0
1994	01	01
1995	0	01
1996	0	01
1997	0	0
1998	0	0
1999	0	0
2000	0	01
2001	02	01
2002	01	0
2003	04	01
2004	03	07
2005	04	04
2006	01	06
2007	02	01
2008	02	03
2009	02	11
2010	01	07
2011	03	05
2012	03	05
2013	02	05

[16] A discussão do tema desinstitucionalização relacionada aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e ao sofrimento com o uso abusivo de álcool e outras drogas aparecerá no item que abordaremos os resultados da observação participante nos eventos.

2014	02	05
2015	03	05

Fonte: a autora, 2021.

A respeito do número de publicações do campo da Saúde Mental, destacamos o ponto de vista de Delgado (2016). Para o autor, o "campo de saberes sobre a Reforma, o campo de produção de conhecimento, é muito rarefeito e frágil" (2016, p. 33). Nossa pesquisa confirma essa afirmação: embora tenhamos encontrado um número considerável de publicações, se tomarmos o intervalo de vinte e cinco anos de amostra e o processo histórico de constituição do campo da Saúde Mental no Brasil, temos realmente um número diminuto. Delgado ressalta que compartilhar um saber é um processo de sedimentação e fortalecimento desse campo, o que aponta para a necessidade da ampliação da pesquisa e publicação no campo da saúde mental:

> Minha visão sobre a teoria é a seguinte: se a teoria avança, a prática avança, se a pratica avança, a teoria avança. Na atenção psicossocial, teoria e prática são, não vou dizer que a mesma coisa, mas uma construção dialógica permanente. Não é um pensamento sem sentido que a epistemologia afirme e sustente a produção do saber prático, a valorização da experiência, o diálogo como saber laico. Então, vejo uma fragilização em nosso campo. (DELGADO, 2016, p. 34)

Por fim, a investigação bibliográfica nos permitiu reconhecer a existência de três categorias utilizadas para "desinstitucionalização": termo, conceito e processo/estratégia. Cabe estabelecermos uma distinção importante entre elas. Como termo, "desinstitucionalização" possuiu um uso corriqueiro, sem desdobramentos de significados, apenas como unidade do léxico, vocábulo; como conceito, envolve um significado do campo científico, com a polissemia que verificamos; como processo ou estratégia, está relacionado ao campo burocrático e às práticas da saúde mental.

Algumas últimas considerações ao pensarmos a relação entre os campos e o atual cenário político e de crise social, econômica e sanitária do país. Como indicamos, a Comissão *Lancet* sobre Saúde Mental Global e Desenvolvimento Sustentável já nos alertou para os impactos da política econômica mundial e sua organização social na produção de sofrimento psíquico, bem como a incapacidade dos países em lidarem com ele. Especificamente no caso brasileiro, vivemos uma política genocida, cujo empobrecimento, precarização dos acessos aos bens e serviços e aumento da desigualdade social são diretrizes do governo. Além disso, uma política que pretende desmontar o SUS e que reformulou a Política de Saúde Mental.

Com a pandemia de COVID-19 e as consequentes medidas de distanciamento social, os processos de desinstitucionalização e implantação de serviços desaceleraram. Além disso, não há incentivo financeiro para os mesmos. Os CAPS se restringiram a atendimentos médicos ou emergenciais, o que nos faz dar passos para trás no processo da Reforma Psiquiátrica. O campo burocrático reduz sua produção e o que publica se refere a uma desmontagem do que conquistamos. O campo científico luta bravamente para denunciar esse retrocesso, juntamente com a militância do campo da Saúde Mental e para compreender os impactos sobre o sujeito, sobre as formas de cuidado e sobre o destino da Reforma Psiquiátrica.

Dois documentos contribuem para as reflexões desse cenário e sua relação com a produção burocrática e científica: um da Organização Mundial de Saúde e da The Gulbenkian Global Mental Health Platform (2014), intitulado "*Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey*" e outro da Organização Panamericana de Saúde (2020), intitulado "*Desisntitucionalización de la antención psiquiátrica em America Latina y el Caribe*".

O primeiro documento é resultado de pesquisa realizada com especialistas em Saúde Mental, que participaram de processos de desinstitucionalização em seus países. Dois eixos orientam a pesquisa, atrelando a desinstitucionalização. Pretendeu-se investigar os métodos utilizados para: a) ampliar os serviços de base comunitária; b) redução de instituições psiquiátricas. Os entrevistados destacaram o papel dos técnicos no processo de desinstitucionalização, ou seja, a importância da habilidade política no caminho para a desinstitucionalização. Ratifica-se, assim, a função dos técnicos identificada por Rotelli, Leonardis e Mauri, como produtores de política nos territórios.

Alguns resultados dessa pesquisa corroboram os achados de nosso estudo, à medida que a maioria dos entrevistados refere às estratégias para desinstitucionalização que estão incluídas no sentido "inclusão social" e "estratégia".

Essas estratégias são observadas nas "peças-chave" para se pensar em desinstitucionalização, definidas pelos entrevistados: 1) necessidade de serviços de base comunitária. Serviços de saúde física e mental, bem como serviços sociais, para que haja ajuda com habitação, emprego e reintegração comunitária; 2) os trabalhadores são importante recurso, portanto, devem estar comprometidos com a mudança. Para tanto, os trabalhadores de saúde e suas associações profissionais devem ser amplamente consultados no planejamento e implantação de ações e serviços; 3) é necessário apoio político nos níveis mais altos; 4) tempo da desinstitucionalização: considerar momentos para abertura dos hospitais

psiquiátricos e engajamento político que sustente a mudança; 5) recursos financeiros são fundamentais. Percebe-se, com essas respostas, o referencial teórico de Venturini e Saraceno.

Este documento traz um importante alerta: desinstitucionalização é diferente de desospitalização. Os autores indicam que se a desinstitucionalização for gerenciada como desospitalização, sem a devida consideração do mais amplo contexto, vários efeitos adversos podem ocorrer, como desassistência, falta de moradia, reinstitucionalização ou transinstitucionalização em cadeias, prisões e asilos e entradas sucessivas em salas de emergência.

Considerando as experiências que fundamentaram as respostas da pesquisa, observamos que a condição política no Brasil não contribui em nada para a sustentação da lógica da desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. Ademais, vivemos um momento de desmerecimento de produções científicas, que desfinancia pesquisas.

A OPAS partiu de pesquisa *online* com especialistas e trabalhadores do campo da Saúde Mental dos países da América Latina e Caribe e participou de três reuniões regionais com especialistas da área. Seu objetivo foi indicar os elementos facilitadores e os obstáculos encontrados nos processos de desinstitucionalização, tornando o documento um marco para as ações de desinstitucionalização.

O documento situa o Brasil como um exemplo para a desinstitucionalização, enfatizando a fala de Saraceno em entrevista à Delgado. No entanto, não aborda o momento de retrocessos com a Nova Política de Saúde Mental, o financiamento de Comunidades Terapêuticas e a entrada de hospitais psiquiátricos na RAPS.

Entre as estratégias localizadas, aquelas que promovem a desinstitucionalização, o documento destaca: limitação do papel dos hospitais psiquiátricos; implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, para manejo de emergências; implantação de rede eficiente de serviços de saúde de base comunitária; e o desenvolvimento de novas práticas de serviços que protejam os direitos das pessoas com sofrimento psíquico grave.

Mais uma vez, essas estratégias ratificam nossos resultados e, diante de nosso cenário, cabe a pergunta: como promover a desinstitucionalização em um momento tão nefasto? Veremos, no próximo capítulo, como a desinstitucionalização comparece nos eventos do campo da Saúde Mental, sejam eles presenciais ou virtuais.

4 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM EVENTOS: O QUE DIZEM OS AGENTES?

Os eventos são um importante elemento para a constituição do campo da Saúde Mental. Eles são marca do campo, que vem se consolidando nos movimentos para encontros entre trabalhadores, pesquisadores, usuários, familiares e gestores. Se remontarmos ao início do processo da Reforma Psiquiátrica, lembraremos que ele começa a se delinear a partir de reuniões entre trabalhadores de Saúde Mental, fundando o MTSM. Desses, desdobraram-se outros, com cunho artístico, político, cultural e científico, afirmando a dimensão sociocultural da Reforma. Oliveira enfatiza:

> Um componente importante do movimento da Reforma tem sido a realização de eventos de várias naturezas – científicos, técnicos, artístico-culturais, contestatórios, etc – cujas finalidades variam desde o simples congraçamento até a discussão sobre os objetos e práticas constitutivos do campo da saúde mental. (2009, p. 02)

Nesse sentido, são eventos marcados por diversos objetivos que vão desde a construção de estratégias até atividades artísticas e culturais que contribuem para a consolidação e a legitimação do campo. Oliveira enumera alguns movimentos que se tornaram parte da agenda cultural das cidades, como “A festa das Máscaras” em Ponta do Coral/SC:

> Esta festa, que promove o congraçamento dos participantes em um ambiente de celebração e com a presença voluntária de artistas, fomenta um espaço de trabalho e geração de renda que se inicia bem antes da data do Congresso[17] e tem repercussões nos projetos terapêuticos e na consolidação do processo associativo. (2009, p. 09)

Essa festa foi um desdobramento dos Encontros Catarinenses de Saúde Mental, peças importantes para a consolidação do campo e para a construção da Associação Brasileira de Saúde Mental. Para sublinhar a constância desses eventos no campo e demonstrar a relação entre a frequência dos mesmos e a própria construção do campo, Oliveira destaca alguns encontros importantes:

> Alguns eventos tomaram um caráter histórico, como o III Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, 1978, que consolidou o MTSM, o I Congresso de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio, em 1979, que congregou um grupo

[17] Referindo-se ao I Congresso Brasileiro de Saúde Mental, organizado pela ABRASME, em 2008.

> importante da vanguarda intelectual internacional, como Franco Basaglia, Thomas Szasz e Erving Goffman, entre outros e a I Conferência de Saúde Mental, em 1987, que gerou, no mesmo ano, o Encontro de Bauru que criou o lema *Por uma sociedade sem manicômios* e fundou o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), rompendo definitivamente com o modelo assistencial vigente, hospitalocêntrico e centrado na figura do médico psiquiatra como detentor do saber e do poder sobre a loucura. (OLIVEIRA, 2009, p. 02)

A história deixa claro que a realização dos eventos é marca do campo da Saúde Mental e, se podemos dizer, um dos elementos que o sustentam. Os eventos se caracterizam por serem, como indicado por Oliveira, espaços de encontro, apresentações de pesquisas e experiências, construção de estratégias de resistência da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, sendo assim, ora científicos, ora burocráticos e ainda ambos, simultaneamente.

Se retornarmos à mobilização engendrada pelas ameaças de desmonte da Política de Saúde Mental que vem acontecendo desde a deposição da presidenta Dilma, verificaremos o quão potentes são esses encontros. Foi justamente a pressão realizada pelos agentes do campo, somada aos eventos, que expõe tais ameaças e, ao mesmo tempo, reforça os avanços e conquistas do campo que vem servindo de resistência e engrenagem para a Saúde Mental.

Outro cenário que nos atesta a importância dos eventos como engrenagem e alicerce para o campo são os encontros virtuais realizados na pandemia. A Saúde Mental, que tanto organiza encontros, viu-se impedida de fazê-los, devido às medidas de prevenção do contágio de COVID-19. Dois desafios se impuseram: a continuidade do cuidado e a manutenção dos encontros. Rapidamente, os agentes se organizaram para suprir essas necessidades. O cuidado foi substituído pelo cuidado virtual, como o projeto de teleatendimento em saúde mental realizado num Centro de Saúde de uma cidade no interior de São Paulo (ARAÚJO *et al*, 2020), os Grupos de Ajuda Mútua, do projeto Transversões (Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro) e a experiência de um CAPS de Ilhéus e Itabuna (BA), que criou um grupo de *Whatsapp* para apoio psicossocial aos usuários (CRUZ *et al*, 2020).

No que se refere ao desafio de continuar congregando os agentes do campo, este migrou para os espaços virtuais: *lives*, *webnários*, congressos, fóruns e atos. Todos eles com participação de mais de 200 agentes ao vivo e visualizados posteriormente, através de suas gravações, chegando a mais de mil visualizações. Os eventos da FASM são marca desse cenário. O movimento agrega milhares de agentes em seu canal no *Telegram* e promove diversos encontros para construção de estratégias de resistência e enfrentamento ao desmonte da política de saúde mental.

Os espaços virtuais, que são uma continuidade dos eventos presenciais, fortaleceram o campo da Saúde Mental na pandemia. Têm sido milhares de eventos que denunciam as ameaças ao campo e discutem estratégias de cuidado durante e pós-pandemia.

Nossa proposta inicial era investigar os eventos promovidos pela Saúde Mental. Até o ano de 2019, participamos de cinco encontros. Quando adentramos a pandemia, continuamos nossas investigações de modo virtual: nos encontros on-line promovidos pelo campo.

Metodologia semelhante foi realizada por Bonet (2014), conforme indicado no segundo capítulo, ao investigar sobre a institucionalização do campo "medicina da família" no Brasil e na Argentina. Por institucionalização, Bonet entende o processo pelo qual se institui um grupo, definindo propriedades que o distinguem, ou seja, aquelas pertinentes e não-pertinentes ao grupo. O pesquisador buscou compreender, a partir do processo de institucionalização do campo, a identidade dos médicos de família e a epistemologia que orienta o campo. Bonet entende, a partir da perspectiva de Bourdieu, que os médicos de família formam um grupo social, com uma identidade comum que é constantemente contestada e negociada pelo próprio campo. Ele discute sobre o grau de autonomização deste campo, considerando seu grau de autonomia em relação a outras áreas, como a Saúde Coletiva e Medicina. Fundamentado em Bateson, Bonet entende a epistemologia como um conjunto de hipóteses que são o alicerce da comunicação e da interação. Nesse sentido, a epistemologia como "um modo de pensar" ocorre nos encontros, ou seja, ela é um produto da interação humana. A epistemologia é, assim, pensada numa lógica relacional e não numa unidade. Esse ponto de vista oferece espaço para que se considere a possibilidade de uma tensão gerada pela epistemologia, que se manifesta nas disputas pelo capital científico próprio do campo e nos seus processos de institucionalização. Para Bonet "a epistemologia se multiplica em "epistemologias" que, em parte, são as geradoras das tensões que se manifestam nos processos de institucionalização" (2014, p. 125).

A partir dessa compreensão, Bonet se volta a estudar esses encontros: observando consultas e visitas domiciliares realizadas pelos médicos argentinos e brasileiros, participando de reuniões promovidas pela Associação dos Generalistas da Província de Buenos Aires, pelos generalistas de uma universidade e do Ministério da Saúde de Buenos Aires e de congressos realizados pela Medicina da Família no Brasil. Tais encontros são também observados através da participação na lista de *e-mails* criado pelos médicos de família durante o processo de constituição do campo. Além disso, Bonet contou com entrevistas realizadas com os médicos.

Cabe ressaltar que Bonet denomina essa estratégia de etnografia. Ele não estruturou metodologias diferentes para acompanhar consultas, participar de eventos e analisar a lista de *e-mails*. O pesquisador compreendeu que todos esses espaços formam um *continuum* para conhecer o processo de institucionalização do campo: era necessário estar em todos os espaços de acesso ao campo e onde aconteciam as interações. Bonet ressalta que essa estratégia também foi adotada pelo fato de que não havia um campo e um grupo definido a ser estudado: "ao tentar buscar as diferenças e as semelhanças entre os vários grupos de médicos da família, deparei-me com a diluição do grupo" (2014, p. 190). Nessa circulação, ele verificou a importância de cada grupo (médicos de hospitais-escola, centros de saúde, equipes da associação de generalistas...) para o processo de institucionalização do campo.

> Procurei escolher centros de saúde para observar aqueles nos quais trabalhassem médicos que tinham atuado nas disputas pela estruturação dos grupos generalistas; a seleção do hospital em Buenos Aires se deveu a nele trabalhar uma figura importante da especialidade na Argentina. Essa mesma lógica segui para escolher o ambulatório do hospital do Rio de Janeiro; a isso se somou o fato de que, ao escutar o Congresso Luso-brasileiro de Medicina de Família, no Rio de Janeiro, uma conferência do coordenador do serviço, percebi as relações epistemológicas entre os dois grupos e me parecei interessante efetuar observações. (BONET, 2014, p. 196-201)

A dispersão do grupo também é atestada pelo fato de a medicina da família ser considerada uma profissão pouco profissionalizada, tanto no que diz respeito à diversidade dos sujeitos e contextos de trabalho, como o caráter marginal da epistemologia que a sustenta. Trata-se, para Bonet, de um campo que mais inclui epistemologias e identidades profissionais do que exclui. Tal inferência deixou clara para o pesquisador a necessidade de circular pelos espaços instituídos pelo grupo como locais de construção e estabelecimento de conhecimento, identidade e práticas de cuidado.

Assim, Bonet deixa clara a variedade de espaços de encontro. Gostaríamos de ressaltar a comunidade de leituras que ocorria de forma virtual: os agentes criaram uma lista de discussão pela *internet*, à qual recorriam para tirar dúvidas e compartilhar material de leitura, que incluía médicos de outros países, demarcando uma transculturalidade.

Dois outros pontos fundamentais foram identificados por Bonet a partir da análise dessa comunidade de leituras: o primeiro se refere à construção de uma hierarquia; o segundo diz respeito à construção de uma "comunidade imaginada".

A lista de discussão posicionava os participantes em lugares diferentes. Nelas, estes precisavam se apresentar, assim como seus contextos de trabalho e o que entendiam a respeito de suas práticas. Tal "apresentação" promovia uma categorização dos participantes, que

incidiu, segundo Bonet, na própria escolha do nome da especialidade. Ao mesmo tempo, o pesquisador percebe que essa comunidade criava uma espécie de "camaradagem", ou seja, despertava nos participantes uma espécie de sensação de acolhimento, de identificação, embora poucos dos membros se conhecessem pessoalmente. Bonet, baseado em Benedict Anderson, define como "comunidade imaginada", ou politicamente imaginada, pois seus integrantes nunca conhecerão todos os membros, embora vivam em comunhão. Bonet enfatiza que

> Essa nova ideia de simultaneidade vai ser definida pela coincidência temporária; o fato de que sejam realizados atos no mesmo momento, e por atores que podem estar desapercebidos uns dos outros, demonstra a novidade desse mundo imaginado. (2014, p. 2757-2762)

Considerando sua empreitada metodológica, Bonet nos confere sua importância:

> O fato de ter acompanhado as discussões da lista de e-mails e de ter realizado observações etnográficas em dois contextos diferentes permitiu-me chegar ao congresso e conhecer as linhas internas que se manifestavam "veladamente". Isso me deu liberdade para dar significado a movimentos, ou negociações, dos agentes que observava". (2014, p. 2811)

Agora cabe a pergunta: qual a relevância do trabalho de Bonet para nossa pesquisa? Primeiro, o autor nos oferece pistas metodológicas importantes para a continuidade da investigação entre os eventos físicos e virtuais. O pesquisador nos aponta para a dispensa de recursos metodológicos distintos, uma vez que estamos investigando um campo que cria diversos espaços de interação e, ainda, um campo que mais inclui a diversidade de profissões, agentes e saberes do que exclui. Segundo, Bonet enfatiza que toda epistemologia é grupal e, assim, produz tensões. Nesse sentido, ela só pode ser observada nos espaços interacionais; Terceiro, a ideia de "comunidade imaginada" é fundamental para nosso estudo: ela define claramente o que se torna o movimento do campo da Saúde Mental quando migra para o mundo virtual. Este espaço permite uma ruptura com a limitação espacial, à medida que agrega simultaneamente agentes de diversos territórios, inclusive internacionalmente. Pessoas que pouco se conhecem, mas sustentam a apropriação de um mesmo capital. Por fim, a ideia de complementação entre os encontros presenciais e virtuais para a obtenção de um maior número de achados.

Antes de passarmos à apresentação dos resultados, gostaríamos de tecer algumas considerações. A polissemia encontrada na investigação dos documentos burocráticos e científicos nos permitiu identificar a desinstitucionalização voltada a cuidados individuais ou

ações que tenham como meta o sujeito; desinstitucionalização de práticas; desinstitucionalização de saberes. Esses documentos se constituem como ferramentas teóricas que indicam lugares diferentes para a desinstitucionalização, inclusive como oposta à desospitalização ou como um conjunto de etapas a serem seguidas. Percebemos, além disso, que não existe possibilidade de falar de desinstitucionalização sem falar de desospitalização.

O arsenal teórico resultante poderia permitir que nos situássemos, como Venturini, indicando que existe a "verdadeira" e a "falsa" desinstitucionalização, oferecendo, assim, ferramentas para que julgássemos nossos achados. Não é disso que se trata. A perspectiva desse trabalho é expor os usos do termo desinstitucionalização e não os jugar como verdadeiros ou falsos, deslegitimando saberes ou práticas, ou, ainda, desmerecendo falas e trabalhos dos agentes.

Enquanto os documentos burocráticos e científicos apresentam as produções dos agentes legitimadas pelos pares, os eventos, presenciais e virtuais apresentam as falas dos agentes, que podem ou não serem legitimadas pelos pares. Assim, os eventos se configuram num importante espaço para a observação da tensão inerente ao campo.

4.1 Os eventos presenciais

Durante os anos de 2018 e 2019, participamos de alguns eventos promovidos pelo campo da Saúde Mental. Foram organizados por diferentes instituições e atores do campo, com participação de universidades que ofereceram suporte para que ocorressem. Exceto um evento, que tem uma característica mais burocrática, uma vez que reúne profissionais de diversos setores da rede e discute estratégias de cuidado e gestão, a maioria é marcada por ser um evento científico.

Os eventos foram escolhidos devido a sua relevância para o campo: porque congregavam um número expressivo de participantes, porque traziam debates sobre desinstitucionalização e pela diversidade de agentes que estariam presentes. Seguindo os passos utilizados na busca dos documentos burocráticos e científicos, utilizamos o termo "desinstitucionalização" para identificar os eventos mais relevantes e, dentro deles, escolher as atividades das quais participar, uma vez que, em muitos deles, elas aconteciam simultaneamente.

Como uma característica geral compartilhada por todos os eventos, podemos afirmar que eles são ricos: debates diversificados, valiosos e presença de multiplicidade de atores. Cada agente possui trajetória diferente, com capital distinto. Ali estão presentes militantes, usuários dos serviços, trabalhadores, gestores, estudantes, pesquisadores etc. Ademais, representantes de instituições, como associações, grupos e economia solidária, representantes de editoras e livrarias, bem como representantes de universidades.

Como já certificado por Furtado *et al* (2016) e Vieira-da-Silva (2014), muitos dos agentes do campo da saúde coletiva e da saúde mental transitam por vários campos simultaneamente, como o burocrático e o científico, sendo que esses agentes participam dos eventos escolhidos. Assumimos, então, que os eventos dos quais participamos podem ser definidos como burocráticos, científicos, ou ainda burocráticos e científicos, concomitantemente. Entendemos que as pautas da Saúde Mental são atravessadas, concomitantemente pelo viés científico e político, uma vez que que a epistemologia do campo se forja a partir de movimentos, inclusive, políticos de ruptura com o paradigma psiquiátrico tradicional (YASUI, 2010). Além disso, tomando como verdadeiro também para o campo da Saúde Mental, a concepção de epistemologia adotada por Bonet (2014) para o grupo dos médicos da família, poderemos asseverar que, necessariamente, toda epistemologia é política, pois ela se faz num espaço interacional. Dessa forma, é possível, facilmente, reconhecer a característica concomitante política e científica de um evento.

No item "Apresentação", presente no sítio de um dos eventos etnografados, a organização confirma a participação dessa pluralidade de atores e do atravessamento político:

> O evento reunirá cerca de cinco mil profissionais, acadêmicos, usuários, familiares, servidores e autoridades num grande debate sobre os desafios da reforma psiquiátrica e o sistema público de saúde[18]

A mobilização política dos eventos também é marcada em outras apresentações. Pretende-se que as discussões ocorridas nesse espaço interacional possam engendrar mudanças não somente nas práticas, mas também no olhar social sobre a loucura e a exclusão:

> A XXXX[19], na busca do aprimoramento na reorientação do modelo de Saúde Mental, idealiza a implantação de um sistema de base territorial e comunitário em conjunto aos órgãos de governos, sindicatos, conselhos, academia, direitos humanos, artesãos, sociólogos, antropólogos e profissionais de outras áreas.

---

18 Preservando o sigilo quanto aos eventos etnografados, optamos por não indicar o sítio do qual o trecho foi extraído.

19 Nome da instituição organizadora do evento.

> Em respeito aos 40 anos da luta antimanicomial, que, inspirada pela lei Basaglia (Lei 180/1978), da Itália, aproximou a *Saúde Mental* do conjunto da sociedade, e aos 30 da "Constituição Cidadã" e do SUS, no Brasil, é preciso reforçar, em defesa da atenção à saúde humanizada e em liberdade − princípios estabelecidos na fundação do SUS −, que há muito a ser feito para a melhoria dos cuidados e o combate ao preconceito.[20]

Outro evento etnografado, em seu sítio, reforça a mobilização política:

> A proposta desse **XXXX**[21] é discutir essas problemáticas e compartilhar as diferentes formas de enfrentamento a cada uma dessas questões através dos diferentes espaços de debate distribuídos nos 12 eixos temáticos. (Grifo dos autores)[22]

Etnografamos eventos de diferentes modalidades: simpósio, congresso, fórum, grupo de estudos. Este último possui periodicidade mensal, organizado por um grupo de trabalhadores de um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, em parceria com trabalhadores da rede e da universidade. Os demais eventos são pontuais, organizados por entidades da sociedade civil e por uma universidade. Como já apontamos, a maior parte dos eventos utiliza o espaço das universidades públicas e centros de convenções para a sua realização, devido ao número elevado de participantes. Eles também dispõem de espaços coletivos: feiras de economia solidária, exposições e área de alimentação, onde seus participantes circulam, continuando alguns debates iniciados nas apresentações formais.

Os eventos possuem características distintas, ou seja, seus temas variam, questões são mais ou menos acentuadas em cada um deles. A fim de garantir o sigilo quanto aos participantes, renomeamo-los. O quadro a seguir apresenta a relação dos eventos presenciais etnografados e os sentidos proeminentes de desinstitucionalização.

Quadro 9: Eventos presenciais etnografados: características e sentidos de desinstitucionalização.

Evento	Ano	Participantes	Tema / Eixo temático	Sentidos de desinstitucionalização
Evento Regional Mensal do Campo Burocrático	Contínuo	Trabalhadores da instituição promotora, eventualmente usuários, seus	Continha desinstitucionalização como tema ou eixo temático	1º Desospitalização 2º Promoção de valor social 3º Inclusão social 4º Habilitação

[20] Do mesmo modo, optamos por não identificar a fonte de onde o trecho foi extraído.
[21] Descrição sobre o tipo do evento.
[22] Igualmente, por questões éticas, optamos por não identificar a fonte.

		familiares e gestão; trabalhadores da RAPS; graduandos, mais frequentemente dos cursos de Psicologia e Direito; pesquisadores do campo da Psicologia e do Direito		social
Congresso Nacional Bienal do Campo Científico	2018	Trabalhadores, usuários, familiares da RAPS; militantes e pesquisadores do campo da saúde mental; graduandos, mais frequentemente dos cursos de Psicologia, Enfermagem e Terapia Ocupacional (TO)	Não continha desinstitucionalização como tema ou eixo temático	1º Desospitalização e Inclusão social 2º Promoção de valor social
Evento Nacional Bienal do Campo Científico	2019	Muitos representantes de grupos sociais – indígenas, negros, LGBTI+, saúde mental; Trabalhadores e usuários RAPS; graduando, mais frequentemente dos cursos de Enfermagem, Psicologia e TO; pesquisadores do campo da saúde mental.	Continha desinstitucionalização como tema ou eixo temático	1º Desospitalização 2º Inclusão social e Promoção de valor social
Congresso Nacional Trienal no Campo Científico	2019	Trabalhadores e pesquisadores do campo da Saúde Coletiva; graduandos cursos do campo da saúde; representantes de grupos sociais (indígenas, negros, LGBTI+, saúde mental, HIV+, entre outros)	Não continha desinstitucionalização como tema ou eixo temático	1º Promoção de valor social 2º Inclusão social 3º Desospitalização
Evento	2019	Alunos do mestrado	Continha	1º Promoção de

Regional Anual do Campo Científico		profissional em atenção psicossocial da instituição promotora e mestres recém-formados; trabalhadores da RAPS e da Rede de Saúde; pesquisadores do campo da Saúde Mental	desinstitucionalização como tema ou eixo temático	valor social 2º Inclusão social 3º Trans-institucionalização

Fonte: NASCIMENTO, SILVA, 2020.

Nestes encontros, buscamos apreender, nas falas dos participantes, os sentidos que são atribuídos ao termo "desinstitucionalização", ou seja, como e em que sentido o termo é utilizado. É bom enfatizar novamente que o período em que frequentamos os eventos é marcado pelo processo de desmonte da política de saúde mental no Brasil e pelas iniciativas de desmonte do SUS. Vivencia-se um momento de fragilidade do campo, que encontra nos eventos uma possibilidade de resistência e enfrentamento. Assim, ouvir a fala dos participantes sobre a desinstitucionalização nos permite: 1) entender a peculiaridade da mesma no cenário brasileiro; 2) comparar os achados com os encontrados nas publicações, que são legitimadas pelos agentes; 3) refletir sobre a situação da desinstitucionalização no momento político atual que vivemos no Brasil e seus rumos.

Adiante, seguiremos os passos de Azize (2010), que, com uma intenção mais etnográfica do que teórica, abriu mão de algumas formalidades técnicas da pesquisa científica e sublinhou os achados, em nosso caso, a riqueza das falas observadas nos eventos. Realizaremos alguns acréscimos teóricos quando necessário e relevante para a situação.

4.1.1 Desinstitucionalização como resistência

Frequentamos o Evento Regional Mensal do Campo Burocrático entre junho de 2018 e fevereiro de 2020. Constitui-se numa parceria entre um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, de um município do estado do Rio de Janeiro, e uma universidade. Esse encontro começou com sessões clínicas com as equipes e estagiários, para discussão de casos e o planejamento para alta dos pacientes. Posteriormente, as discussões incluíram o setor jurídico, à medida em que se discutia questões relativas à medida de segurança, cessação de

periculosidade e inimputabilidade dos internos. Propôs-se, a partir daí, discutir a relação entre os campos da saúde mental e do jurídico. O encontro foi-se ampliando, pois foram incluídos os trabalhadores das redes de referência dos internos, para os quais seriam encaminhados após desospitalização. Atualmente, participam trabalhadores da rede de saúde mental, membros da universidade, como estudantes e professores, e agentes do campo jurídico. É um grupo aberto aos usuários do serviço e seus familiares, que nem sempre estão presentes e, quando estão, em número diminuto. Eventualmente, a gestão do serviço também participa. Caracteriza-se por uma apresentação ou fala de um convidado, sobre um tema previamente escolhido pelo grupo, seguido por debates, em que também se definem os próximos temas.

O grupo já está no trigésimo oitavo encontro, o que é digno de nota, pois a manutenção de um espaço como este enfrenta muitas dificuldades. Inclusive, seus participantes vêm se queixando da redução do número de componentes. Os encontros são informais, e a maior parte de seus membros se conhece e se encontra fora deste espaço, sobretudo em função da prática de trabalho. Uma particularidade é que as discussões, embora constantemente teóricas, são recheadas de exemplos de casos clínicos, de práticas na rede e de uma tentativa de estabelecer ações e estratégias que se voltem para o cotidiano.

Com maior frequência, esse evento aborda questões relativas às dificuldades na relação entre os serviços da Rede de Saúde, falta de suporte das estruturas de gestão e da área técnica de saúde mental para desenvolvimento de ações que visem a desinternação (NASCIMENTO, SILVA, 2020). Na grande maioria dos encontros, analisa-se a conjuntura política atual e impactos nos processos de desospitalização e consolidação da RAPS. O termo ‘desinstitucionalização’ é pouco mencionado, bem como a abordagem do tema. Quando citado, é feito de maneira prescritiva ou conceitual.

Este evento traz para a discussão questões pertinentes à relação entre os HCTPs e a reforma psiquiátrica, debatendo com frequência o exame de cessação de periculosidade e medida de segurança. Ressalta-se que não é um tema muito abordado em outros eventos. Assim, podemos sublinhar pontos de destaque desse encontro: 1) embora seja um encontro que se propõe a discutir “desinstitucionalização” (inclusive, o termo aparece no título do evento), o termo é pouco e, em alguns encontros, sequer é mencionado; entretanto, as noções que constrangem a experiência da loucura na categoria doença mental, como inimputabilidade, periculosidade, cronicidade e incapacidade, estão sempre presentes; 2) nos momentos em que o termo “desinstitucionalização” surge, aparece como sinônimo de desospitalização e inclusão social.

Encontramos comumente as falas “a defesa da desinstitucionalização é denunciar tudo o que possa representar uma internação”; “é necessário que o paciente saia do hospital e viva na cidade, com garantia de educação, lazer e habitação”; “é necessário inserir este paciente na rede”; “a Vara de Execuções Penais é uma mediadora da desinstitucionalização”. Essas falas nos indicam os sentidos desospitalização e inclusão social. Além disso, “educação”, “lazer” e “habitação” nos remetem à concepção de reabilitação social de Saraceno (2001).

Ainda que os sentidos de desospitalização e inclusão social sejam mais comuns, a ideia de desconstrução de uma lógica manicomial, na forma de promoção de valor social, circula nas discussões. Esse sentido é perceptível quando se discute a concepção de periculosidade. À medida que os participantes deslocam a ideia de perigoso do sujeito e a alocam no contexto psicossocial, estão desconstruindo um atributo social e médico do “louco”. Observamos as seguintes falas: “perigo da loucura não é da pessoa, mas sim psicossocial”; o outro assinala que “o problema do indivíduo louco com a lei não é a periculosidade, mas a questão psicossocial”. Diante dessas afirmações, os participantes debateram sobre estratégias de intervenção a nível social para a desconstrução deste estigma, ou seja, o ‘louco perigoso’. Pudemos identificar o sentido de promoção de valor social atrelado ao uso de desinstitucionalização: “a desinstitucionalização precisa mirar a estrutura social, que define que o louco é perigoso. Não é o diagnóstico quem diz que o doente é perigoso, mas sim esse discurso”. Em outro encontro, em debate sobre o encarceramento feminino em HCTPs, novamente identificamos a desinstitucionalização sendo utilizada no sentido de promoção de valor social: “precisamos desinstitucionalizar, criar condições de essa mulher sair do HCTP e existir no território. Não é suficiente tirar ela do hospital, mas criar condições de vida, ter acesso à cidade: educação, lazer, casa, trabalho”. Outro participante refere que o objetivo da desinstitucionalização é a “possibilidade de existir no território”.

Uma fala nos chamou a atenção, pois retoma a declaração de Delgado acerca da lei nº 10.216, de 2001, mencionada no primeiro capítulo. Um dos participantes assinala “a lei Paulo Delgado da desinstitucionalização”. Mais uma vez, a essa lei é atribuído o termo, sem que ela o traga em seu corpo.

Ao mesmo tempo em que essa participante se refere à lei nº 10.216/2001, ao termo “desinstitucionalização”, afirma “nós temos que recolocar (o paciente) na vida social, tudo bem! Mas, e a medida de segurança?!?”. Essa fala traz a desospitalização e inclusão social como possíveis sentidos e indica algo mais: a inexistência da ideia de uma desconstrução do aparato jurídico-administrativo em torno da loucura. Nesse sentido, podemos constatar que a

desinstitucionalização falha nessa perspectiva, uma das apontadas por Rotelli, Leonardis e Mauri (2019 [1990]).

Verificamos, ainda, a desinstitucionalização atrelada ao primeiro nível proposto por Venturini (2016a), “humanização do hospital”, “desospitalização”, ou ao sentido “desospitalização” indicado por Amarante (1996). Um participante propõe, como ação de desinstitucionalização, “melhorar a vida da pessoa no hospital psiquiátrico”. Parece que a humanização do hospital é um passo para a desospitalização do mesmo modo como a desospitalização foi identificada, nos resultados da investigação bibliográfica, como um passo para a desinstitucionalização.

Considerando os níveis de Venturini, podemos afirmar que o sentido mais utilizado nesse evento é “desospitalização”, à medida que desinstitucionalização se refere à desinternação e humanização do cuidado dentro do HCTP; em segundo lugar, a “promoção de valor social”, quando a discussão se volta para a desconstrução do aparato psicossocial que constrói a relação entre loucura e perigo, bem como ao aparato médico que institui a medida de segurança e o exame de cessação de periculosidade como critérios para internação ou desinternação; em terceiro, o sentido evidente é “inclusão social”, quando a desinstitucionalização é referida a implantação de serviços territoriais de saúde mental, trabalho e moradia; por fim, habilitação psicossocial, quando a desinstitucionalização aparece relacionada a altas dos HCTPs ou transinstitucionalização, sem que se refiram ações de mudança no circuito manicomial.

Antes de abordarmos os próximos eventos, gostaríamos de enfatizar três situações identificadas. Primeiro, parece que o termo “desinstitucionalização” ganha o sentido de “promoção de valor social”, quando tema do encontro possui um caráter mais político: “é necessário fortalecer os movimentos que lutam pela Reforma Psiquiátrica”; “há necessidade dos que trabalham à luz da desinstitucionalização participarem de espaço de construção de políticas públicas”. Estas falas se referiam, sobretudo, à análise e crítica do momento político atual que vivemos no país. Assim, podemos conjecturar que a desinstitucionalização pode contribuir para a ruptura com os retrocessos que estamos vivenciando, ganhando mais um sentido, ou seja, resistência? Um participante assinala “é necessário buscar a desinstitucionalização em tempos de retrocesso”.

A segunda situação que gostaríamos de destacar é sobre a relação entre desinstitucionalização e manicômio judiciário. Não encontramos nenhuma publicação sobre desinstitucionalização da infância e da adolescência, nem sobre a desinstitucionalização no cuidado às pessoas que sofrem com o uso abusivo de álcool e outras drogas, do mesmo modo

como notamos que há poucas sobre desinstitucionalização e HCTPs. Nesses encontros essa relação se faz bastante presente, e nos parece que se deve ao fato de estarem ali agentes do campo jurídico. São discussões constantes, que trazem os temas “encarceramento”, “internação”, “tratamento compulsório”, “notificação ao sistema judiciário” e a relação entre os mesmos e o HCTP com a Rede de Atenção Psicossocial. Questiona-se, por exemplo, “se o paciente é inimputável, por que ele precisa permanecer em um HCTP?”. Outro participante exclama: “a luta antimanicomial precisa mirar o manicômio judiciário!”.

Considerando essa relação, é importante trazermos reflexões sobre a temática: a desinstitucionalização e os HCTP, mesmo não pertencendo ao escopo desse trabalho. O HCTP é um “hospital”, ou seja, um serviço de saúde, que não pertence ao sistema de saúde. Ele é gerenciado pelo campo jurídico. Entretanto, as pessoas que o habitam, se assim podemos dizer, estão em sofrimento mental ou em uso abusivo de álcool e outras drogas. Agentes do campo da saúde mental frequentam esse espaço. Nas falas dos participantes do grupo de estudos, ficam evidentes os sentidos observados no campo burocrático, nos documentos que tratam dos HCTPs, ou seja, a desinstitucionalização é estratégia e desconstrução. Como estratégia, refere-se à articulação com a RAPS, para viabilizar as altas e o cuidado nos serviços territoriais. Como desconstrução, refere-se, por exemplo, às mudanças de avaliação de periculosidade, como quesito para alta hospitalar. Tais mudanças sugerem a desconstrução desse conceito em torno da loucura, entendendo que o perigo não se reduz ao interno, mas sim ao tecido social, e rompe com a autoridade médica na condução dos casos.

A terceira situação concerne ao uso do termo “desinstitucionalização” como uma lógica de pensamento. A fala de uma das convidadas, professora universitária, militante da causa LGBTQIA+, feminista, sobre as condições das mulheres encarceradas refletiu essa ideia. Pensando sobre o contexto socioeconômico e cultural dessas mulheres, a maternidade, gestação, amamentação, condições da prisão domiciliar, ela aborda um conjunto de aparatos que devem ser desconstruídos, que é mais do que um processo de oferta de dignidade ou humanização do processo de encarceramento. A convidada não usa a palavra “desinstitucionalização”, embora use exatamente o sentido rotelliano, ou seja, desconstruir um conjunto de aparatos que constrangem o encarceramento feminino e o coloca em pé de igualdade com o masculino na sociedade.

Além de corroborar os sentidos para desinstitucionalização identificados na investigação bibliográfica, a análise desse evento nos revelou dois importantes aspectos: 1) desinstitucionalização ganha um novo sentido: resistência. Como resistência, desinstitucionalização significa opor-se a retrocessos e perdas de direito. 2) necessidade de

que o campo da saúde mental se volte para discussão sobre a desinstitucionalização dos HCTPs.

4.1.2 Desinstitucionalização e intersetorialidade na mesa

O Congresso Nacional Bienal do Campo Científico é organizado por uma entidade importante do campo da Saúde Mental. Participamos da sexta edição do evento, ocorrida no ano de 2018. O encontro durou três dias e contou com uma média de participação de mais de três mil pessoas, segundo a organização.

As atividades aconteceram em um centro de convenções, um prédio de grandes dimensões. O Congresso foi composto por minicursos, oficinas, rodas de conversa, debates, mesas-redondas, intervenções artístico-culturais, como apresentações teatrais e de música, e encerrou com a assembleia.

O evento foi organizado em eixos temáticos: 1) políticas públicas e movimentos sociais em saúde mental e na atenção, álcool e outras drogas: desafios da reforma psiquiátrica; 2) clínica e integralidade de cuidados na Rede de Atenção Psicossocial: boas práticas; 3) usuários e familiares na transformação em ação; 4) medicalização: expressões contemporâneas de sofrimento social; 5) crianças e adolescentes como protagonistas do cuidado; 6) violências de gênero, classes e etnias; 7) envelhecimento com dignidade e cuidados; 8) suicídio como mal estar da civilização; 9) Saúde Mental no Sistema Penitenciário: populações encarceradas (prisões, HCTPs e sistema socioeducativo); 10) sofrimento psíquico e trabalho.

Além das atividades mencionadas, havia espaço para exposição de livrarias voltadas para obras do campo da saúde mental, psicologia e psiquiatria. Com isso, se observa a saúde mental ainda vinculada a campos de saberes específicos, o que concorda com a relativa autonomia do campo. Nessa área também tinham exposições de oficinas de geração de renda de serviços de saúde mental da região e de economia solidária.

Apesar do grande número de participantes, o evento estava vazio, considerando suas edições anteriores. Os organizadores esperavam mais de cinco mil participantes. Os trabalhos

inscritos e selecionados seriam apresentados nas rodas de conversa. Muitos apresentadores estavam ausentes, esvaziando as rodas de conversa, inclusive, cancelando algumas. Provavelmente a situação foi decorrência da mudança de data do evento, causada pele greve de caminhoneiros de maio de 2018. Assim, muitos dos trabalhos que haviam sido selecionados por nós, com o tema "desinstitucionalização", não foram apresentados.

As atividades do congresso aconteciam simultaneamente. Havia a necessidade de escolher algumas atividades para participar. Utilizamos, como já referimos, critério semelhante à pesquisa do campo científico: primeiro, realizamos um levantamento da quantidade de trabalhos que traziam o termo "desinstitucionalização" no título; segundo, buscamos os espaços em que tinham mais trabalhos com este título agrupados, como rodas de conversa ou mesas redondas; e, terceiro, filtramos trabalhos também pelos descritores "inclusão social", "serviço residencial terapêutico" e "reabilitação psicossocial", tendo como referência o resultado de minha pesquisa preliminar, nos campos científico e burocrático. Totalizaram vinte e um trabalhos com "desinstitucionalização" no título. No entanto, considerando as ausências dos apresentadores, presenciamos poucos trabalhos que discutiram especificamente "desinstitucionalização". Participamos apenas da apresentação de dois trabalhos com o termo em seu título e dois trabalhos com "Serviço Residencial Terapêutico" no título. Tentaremos, organizando-nos cronologicamente, trazer a riqueza das falas e discussões.

De um modo geral, esse evento discute, com maior frequência, práticas de cuidado em saúde mental, protagonismo do usuário e a temática álcool e outras drogas. A maior parte dos trabalhos apresentados referia-se a relatos de experiência. Embora estivéssemos num período político importante de mobilização política, uma vez que era o ano em que o atual presidente da república disputava o cargo, e marcado pela prisão do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva, o fervor das manifestações pouco atingiu o encontro. Houve pouco movimento de militância. Poucas manifestações acerca das mudanças recentes na política nacional de saúde mental. Em um momento no qual observamos um retorno às práticas manicomiais, a desinstitucionalização não surgiu como eixo temático, aparecendo como título de apenas uma mesa-redonda.

O primeiro dia de congresso foi marcado pelo credenciamento e escolha de minicursos e oficinas. A maioria deles não tinha mais vagas disponíveis. Estas haviam sido preenchidas através de inscrições pela *internet* e muitos cancelados pela ausência dos facilitadores. Ouvia os participantes utilizando a afinidade com o tema como critério de escolha, contudo, cederam participar de atividades cujo tema não era de interesse, ansiando "otimizar a viagem, já que

foi muito caro", ou porque "a prefeitura tá pagando", de acordo com algumas falas. Nenhuma dessas atividades tratava de "desinstitucionalização".

Circulando pelos estandes, os quais ainda estavam sendo montados, conhecemos o espaço para as oficinas de geração de renda e economia solidária. Nesse espaço também havia uma exposição de fotos, em comemoração aos 15 anos do Programa De Volta Para Casa. Nos *banners* da exposição, a desinstitucionalização foi colocada ao lado de contratualidade social, autonomia, liberdade, lembrando a referência de Saraceno (2001), e ao lado da política de saúde mental, como estratégia:

> A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são estratégias que vão além da desospitalização e abrigamento, passam pela reconstrução de histórias de vida, de rede social, emprego, lazer, moradia entre outras necessidades que se superpõem à clínica.

Ainda neste primeiro dia, participamos de uma mesa-redonda, intitulada "Inclusão Social e Reabilitação Psicossocial de pessoas com sofrimento mental: arte, trabalho, educação". A mesa trouxe algumas experiências exitosas em processos de desinstitucionalização. Essas experiências referiam-se a atividades de gestão, que situavam a fala no campo burocrático e de ações de cuidado, mencionando a arte e a economia solidária como operadoras da desinstitucionalização.

Interessante, pois a experiência de desinstitucionalização trazida pelo campo da gestão se referia ao fechamento de leitos, implantação de serviços territoriais e SRT. Para tanto, o apresentador se respaldava nas portarias e leis que orientam os SRTs e o PVC, assumindo também o componente da RAPS. Já a experiência com arte e economia solidária se referia a um Centro de Convivência, alocado como um operador da desinstitucionalização. Essa experiência nos remeteu à dimensão sociocultural da desinstitucionalização. A apresentadora reafirma os objetivos da oficina de construção de contratualidade, troca e produção de objetos de valor, que rompem com a ideia de "terapêutico", deslocando a noção de desinstitucionalização de "cuidado":

> a ideia de 'cura', de 'oficina terapêutica é contrária à desinstitucionalização. Nesses espaços não é o 'terapêutico' o fundamental. Visamos a iniciativa, a produção de bens valorizados socialmente. Além disso, a apresentadora destaca que o Centro de Convivência também realiza ações com a comunidade, buscando descontruir estigmas: "educação popular em saúde reduz o estigma da doença mental".

Podemos inferir que, no primeiro caso, a desinstitucionalização se apresentou com o sentido de estratégia e inclusão social. No segundo, podemos inferir que se tratava de promoção de valor social. Além disso, verificamos que "desospitalização" também está presente: "desinstitucionalização termina quando todos os moradores deixarem o hospital psiquiátrico", como destaca um dos participantes.

Dessa mesa, uma outra fala nos chamou a atenção: "desinstitucionalização é direito do cidadão". De qual direito estamos falando? Daquele garantido pela legislação que pauta a política de saúde mental, e, por essa via, tratando da dimensão jurídico-política da reforma? Ou, tratando da dimensão epistemológica, de ruptura com a lógica manicomial, entendendo a legitimação de qualquer forma de existir e sofrer? De todo modo, nos parece que aponta para um sentido ainda mais político da desinstitucionalização.

No segundo dia, participamos de rodas de conversa e de uma mesa-redonda. Os debates das rodas de conversa estavam muito enfraquecidos. Talvez, como já mencionamos, pela própria característica de esvaziamento do evento, que levou ao cancelamento de muitas rodas e junção de duas ou mais em uma só. Além disso, alguns mediadores não promoveram um debate. Apresentamos um trabalho em uma dessas rodas, na qual estavam inscritos outros três trabalhos sobre o tema "desinstitucionalização". Os apresentadores não compareceram.

A maior parte dos trabalhos apresentados nas rodas de conversa, como já indicamos, se configurava como de relatos de experiência: implantação de SRTs, grupos de assessoria jurídica para movimentos sociais de saúde mental, condução de casos clínicos, implantação de oficinas terapêuticas. Dentre os apresentadores estavam enfermeiros, psicólogos (trabalhadores da rede), professores universitários. Entre os ouvintes estavam trabalhadores, estudantes, pesquisadores e integrantes de Organizações Não Governamentais. Interessante notar que o termo "desinstitucionalização" foi pouco mencionado. Em seu lugar, quase que como um sinônimo, observava-se: desospitalização, desconstrução da lógica manicomial, inclusão social, reabilitação psicossocial, reforma psiquiátrica, RAPS.

Os sentidos de desinstitucionalização mais utilizados nas rodas de conversa condizem com inclusão social. Dentre os debates e reflexões trazidas nas rodas, duas merecem ser destacadas. A primeira se refere à experiência de assessoria jurídica a movimentos sociais de saúde mental. O sentido ali utilizado era o de promoção de valor social, ou seja, sempre que o termo "desinstitucionalização" era utilizado, era acompanhado de construção de direitos: "a desinstitucionalização é uma mobilização político-jurídica". Outro aspecto importante foi marcado pela fala de um participante "a desinstitucionalização viabiliza o porte legal da fala", enaltecendo um processo de intervenção no tecido social.

A mesa-redonda, intitulada “Desinstitucionalização: redes de saúde, territórios e intersetorialidade” foi caracterizada por uma explanação teórico-conceitual sobre desinstitucionalização. Quando os participantes fazem referência teórica ao termo “desinstitucionalização”, sustentavam-se no referencial italiano (Rotelli, Leonardis, Mauri (2001 [1991])) e nas concepções de Amarante (2003) sobre as dimensões da Reforma Psiquiátrica (teórico-conceitual, técnico-assistencial, Jurídico-político, sociocultural). Ali, a palavra “desinstitucionalização” compareceu com o sentido promoção de valor social: “a desinstitucionalização é uma prática territorial, cuja intervenção se dá na cultura, no imaginário em torno da loucura”. Na mesma mesa, outros participantes também destacam o sentido de promoção de valor social: “a desinstitucionalização é mudança de pensamento. É preciso que a sociedade saiba lidar com o diferente”; “a desinstitucionalização envolve ação de transformação no território, para oferecer um lugar social para o sujeito”.

Interessante notar que os espaços que traziam os relatos de experiências despertavam na plateia perguntas relativas a “como fazer”, iniciando sempre “em meu município...”, ou “no meu serviço...”. Já a mesa que trouxe uma explanação teórico-conceitual de desinstitucionalização despertou reações mais emotivas da plateia, como aplausos e gritos de “manicômios nunca mais!”. Além disso, foram levantadas estratégias de resistência, como “é necessário expandir a ideia da desinstitucionalização”, ou, “o discurso sobre desinstitucionalização, utilizando outras estratégias em seu lugar, é desassistência”. Cabe ressaltar que, nesta última, havia presença de um usuário integrante do Conselho de Saúde de seu Estado, que interveio em diversas falas com sua experiência.

Gostaríamos de chamar a atenção para um ponto que despertou algumas reflexões para esta pesquisa. Em muitos momentos, participantes falavam em “transinstitucionalização” ou “reinstitucionalização”, referindo-se a um movimento em que se poderia haver uma “vulgarização do termo desinstitucionalização” (palavras do participante) ou ao cenário político atual de financiamento de ambulatórios, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Poderiam, esses termos, serem utilizados como sentidos para desinstitucionalização?

É, ainda, importante mencionar um fato que ganhou um relevo neste evento: como dissemos, aconteceram poucas manifestações da militância da saúde mental. Contra a portaria nº 3.588/2017, houve pouquíssimas manifestações, exceto pela fala de um profissional, também integrante de uma associação de saúde mental e de universidade. Esse coloca claramente que a portaria é um retrocesso para a desinstitucionalização no Brasil e que deve haver resistência, em função de anos de luta. Em um evento nacional, talvez um dos mais

importantes do campo da saúde mental, esperávamos por mais mobilizações contra uma portaria que marca o início de um processo de desmonte da Reforma Psiquiátrica brasileira. Seria esse um dado importante para pensarmos os sentidos de desinstitucionalização?

Deste encontro, é possível inferirmos que os sentidos mais utilizados foram "desospitalização" e "inclusão social", marcado por falas referentes à alta, implantação de serviços, fechamento de hospitais. Em segundo lugar, o sentido de "promoção de valor social".

4.1.3 Desinstitucionalização e desencarceramento no eixo

O Evento Nacional Bienal do Campo Científico ocorreu em 2019. Participamos da quarta edição. Este encontro é também promovido por uma entidade importante do campo da Saúde mental. Comparado ao anterior, este evento teve cunho mais político, ou seja, manifestações da militância, eixos temáticos e falas com forte posicionamento político estiverem mais presentes.

O evento foi organizado em torno dos seguintes eixos temáticos, um deles relativo explicitamente à desinstitucionalização: 1) Racismos: institucional, científico, cotidiano; 2) Pobreza, austeridade, vulnerabilidade e sofrimento social; 3) Gênero, violência cotidiana e iniquidades; 4) Contra-Reforma Psiquiátrica: análises e enfrentamentos; 5) Movimentos antimanicomial, antiproibicionista e outros ativismos sociais; 6) Economia solidária, trabalho e reabilitação psicossocial; 7) Arte, cultura e práticas emancipatórias; 8) Cuidado e atenção psicossocial; 9) Desinstitucionalização, desencarceramento... liberdade; 10) Infância, juventude, velhice: questões do ciclo de vida; 11) Povos tradicionais: quilombolas, povos indígenas, ciganos, populações rurais; 12) Violência urbana, marginalização e situação de rua. Os eixos temáticos alicerçaram os trabalhos apresentados nas rodas de conversa e nas mesas-redondas.

Além das rodas de conversa e mesas-redondas, nas quais foram apresentados trabalhos no formato de relatos de pesquisa e de experiências, o fórum também foi composto por feira de economia solidária, minicursos, rodas de arte e cultura popular, além de estandes de livros (mais uma vez, os campos da psiquiatria e psicologia ganharam espaço, com destaque para a área de assistência social, que se fez presente). Participaram do evento estudantes, usuários, trabalhadores e gestores da rede, militantes e pesquisadores, que durante três dias discutiram práticas de cuidado e, sobretudo, o destino da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial no país.

As atividades aconteceram com fortes reações emotivas entre os participantes, que se posicionavam contra os retrocessos da política de saúde mental e contra a política atual, que põe em risco os direitos humanos no Brasil. Inclusive, cabe ressaltar que o título do evento ressalta a estreita relação entre as condições socioeconômicas e culturais e a saúde mental.

Além de elucidar os sentidos de "desinstitucionalização" acionados nesse evento, na apresentação de nossa etnografia gostaríamos de incluir breves reflexões sobre outros dois pontos: a relação entre os HCTPs e desinstitucionalização; e o cuidado voltado para os usuários em sofrimento com o uso abusivo de álcool e outras drogas e a desinstitucionalização.

Seguindo um caminho diferente do utilizado na apresentação dos eventos anteriores, vamos nos ater aos pontos que elegemos como mais significativos.

Iniciaremos pelos sentidos de "desinstitucionalização" identificados neste encontro. Em uma das mesas redondas, intitulada "Desinstitucionalização e práticas de liberdade", três experiências foram apresentadas: 1) experiência de um processo de desinstitucionalização em um município do interior da Bahia; 2) experiência de um usuário da RAPS de Salvador; 3) discussão teórica sobre desinstitucionalização.

O primeiro relato foi realizado por um profissional que compôs uma "comissão de desinstitucionalização", e descreve o processo de desinstitucionalização através das seguintes ações: desmonte do hospital psiquiátrico (com ações voltadas para mudanças nos setores de atendimento a emergências e ambulatório que funcionava no mesmo e dispensário de medicamentos e redução do número de leitos), saída do hospital psiquiátrico, implantação de Centro de Atenção Psicossocial e Serviço Residencial Terapêutico no município e inserção dos egressos nas famílias. Além disso, o apresentador refere o termo "cuidado" à desinstitucionalização, afirmando que "a desinstitucionalização viabiliza que as pessoas possam ser cuidadas de outra forma". A partir das várias ações e sentidos utilizados pelo apresentador para descrever a desinstitucionalização podemos identificar o sentido "inclusão social" ali presente: busca de vínculos no território, construção de formas de moradia, reconstrução de vínculos familiares. Mas também foi acionado o sentido "promoção de valor social": "a desinstitucionalização dá lugar à diferença, à loucura... é criação de novas possibilidades de vida". Aqui, vemos claramente as estratégias de desinstitucionalização propostas por Venturini (2016a), que condizem com o cenário encontrado nas publicações científicas.

A fala de uma usuária que participa de iniciativas de economia solidária e de associação de saúde mental chama atenção pelo uso do sentido "promoção de valor social"

atrelado a “desinstitucionalização”. Com as expressões “doença mental é fome, é miséria, é desgraça”, “eu preciso de cuidado, mas da minha forma”, “abrir a geladeira e não ter o que comer... quem não enlouquece?!?”, “a doença mental é social”, a usuária apropria-se totalmente da concepção de desinstitucionalização cunhada por Rotelli, Leonardis e Mauri. Expressa toda a dimensão social e política em torno da loucura. E mais, critica as formas de tratamento ofertadas: “se a gente tivesse música, dança e arte, não precisaria de medicação”. Critica a exclusão do sujeito no processo de cuidado e da própria vida: “como falar de mim sem eu? Como falar de nós sem nós? Eu fico puta com o que estão fazendo: pega minha história, conta em congressos, encontros, e eu continuo onde estou”. Finaliza com uma crítica ao cenário atual de retrocessos na política de saúde mental e ao posicionamento do campo: “vinte e três anos de luta para vir um sujeito e decidir, de um dia para outro, que pode internar. E ninguém faz nada, fica todo mundo quietinho”.

As apresentações se encerraram com uma discussão teórica sobre desinstitucionalização, extraída da prática de trabalho do apresentador como gestor e ator da Reforma Psiquiátrica brasileira. Após uma breve análise da atual conjuntura política no Brasil, na qual propõe a força como lógica de organização, o apresentador define a desinstitucionalização como um “mecanismo que tensiona os processos de normalização, revertendo a lógica de exclusão”. Para ele, a desinstitucionalização se opõe à força, lógica das instituições que promovem um processo de normalização. “A desinstitucionalização está ligada à civilização... ela muda os parâmetros de civilização”; “não há como acabar com o circuito de força, mas tensioná-lo, para manter a instituição aberta o maior tempo possível”. “A desinstitucionalização é uma mudança de práticas de relações de poder”. O apresentador enfatiza o papel do usuário no processo: “os usuários precisam aprender a exercer o poder”, “é o usuário que deve abrir a porta da instituição. Se for o diretor, só muda a tutela”. O apresentador analisa a desinstitucionalização como um processo de superação de um modelo escravagista: “é um processo civilizatório, que leva à emancipação das pessoas. Desinstitucionalizar é superar o pensamento, o afeto escravagista”.

Com essas falas, o apresentador insere os pilares do conceito de desinstitucionalização, remontando à concepção italiana. Verifica-se que é acionado o sentido “promoção de valor social”. É importante ressaltar uma diferenciação empreendida pelo apresentador, entre desinstitucionalização e desospitalização. Para ele, a “desospitalização é um primeiro movimento de aprender o que é a desinstitucionalização”. Essa afirmação não exclui a desospitalização da lógica da desinstitucionalização, mas confirma a concepção de

Venturini (2016a), de que, embora a desospitalização constitua-se como um dos sentidos para desinstitucionalização, ambas configuram dois grupos descontínuos.

Outros trabalhos falaram sobre desinstitucionalização, ou fizeram uso do termo. O sentido mais presente é o de "inclusão social" e "habilitação social": "desinstitucionalização é a busca de autonomia", "é uma mudança de paradigma dos modos de agir do profissional... é necessário senso crítico e reflexivo nessa área".

Como já indicado, chamamos a atenção para dois pontos que haviam sido inéditos até o momento da pesquisa: a relação entre desinstitucionalização e o cuidado de pessoas que sofrem com o uso abusivo de álcool e outras drogas e os HCTPs.

Na investigação bibliográfica, esses dois temas foram identificados apenas nas publicações do campo burocrático. Neste evento, a temática "desinstitucionalização e álcool e drogas" foi abordada em um trabalho; "HCTP e desinstitucionalização" em um trabalho, além de tema de uma mesa-redonda. Vale identificarmos e caracterizar os sentidos acionados.

O trabalho que tratou da temática álcool e outras drogas apresentou resultado de pesquisa de mestrado. Nesta, foi realizada uma investigação de cunho etnográfico: um acompanhamento do cotidiano dos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares na rede de saúde do município, para verificar como a inserção na rede poderia ser promotora de desinstitucionalização. A autora define alguns operadores para a desinstitucionalização: autonomia, empoderamento e integralidade. Este último foi escolhido para pensar a desinstitucionalização no campo de álcool e outras drogas.

Interessante é que, com a apresentação desse trabalho, pudemos identificar os sentidos do termo "desinstitucionalização" pela autora e pelos usuários entrevistados e acompanhados. A autora utiliza-se do sentido "promoção de valor social", identifica quatro paradigmas na desinstitucionalização e a temática de álcool e outras drogas: "jurídico-moral, médico, sociocultural e psicossocial". Ela também critica a rede de saúde, que, muitas vezes, emperra o processo de desinstitucionalização: "os sujeitos não circulam na rede, caem em instituições de internação, crescem as comunidades terapêuticas".

De acordo com o cenário encontrado pela pesquisadora, os usuários significam a desinstitucionalização a partir do sentido "inclusão social": "uma hipótese da pesquisa, de que o território viabiliza a desinstitucionalização, é confirmada pelos usuários". A autora afirma:

> "para os usuários os locais de internação, como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, são lugares de permanência temporária, onde podem organizar o cotidiano. Já os CAPS são os que mais se aproximam da integralidade necessária ao cuidado. São referidos como locais de tratamento".

O que se apresenta neste trabalho indica a urgência de um aprofundamento das questões que dizem respeito à desinstitucionalização e à temática de álcool e drogas. Nesta seara, há uma fragilidade dos sentidos atribuídos ao termo "desinstitucionalização" e baixa frequência com a qual o tema é abordado.

A relação entre desinstitucionalização e HCTP foi debatida em dois espaços: em uma roda de conversa e numa mesa-redonda. Na roda de conversa, o tema foi trazido por um relato de pesquisa de doutorado, que se propunha a realizar uma cartografia das medidas de segurança em HCTPs do estado da pesquisadora. Para a autora, graduada em direito, "não existe uma política pública voltada para os HCTPs, sobretudo no que diz respeito à desinstitucionalização. É necessário tornar esse cenário público". Em sua fala, utiliza-se dos sentidos do campo burocrático, como "política" e "estratégia de desinstitucionalização": "é necessário políticas [sic] que se voltem para a desinstitucionalização do manicômio judiciário".

O título da mesa-redonda "Manicômios judiciários (HCTPs): o não lugar?" coloca uma questão: a qual campo pertencem os HCTPs? Parece-nos que o fato de estar inserido no campo jurídico faz com que o campo da saúde mental não se volte para ele, ao mesmo tempo em que é a escória do campo jurídico. Essa reflexão é confirmada por uma das participantes "não se fala dos HCTPs no campo da saúde mental, nem no campo do sistema penitenciário". Os participantes da mesa debateram sobre o cenário atual dos HCTPs no Brasil: quantitativo de unidades em funcionamento, precariedade dos serviços, falta de políticas públicas; sua ambiguidade: insere-se, simultaneamente, na ordem psiquiátrica-terapêutica e na ordem jurídico-punitiva, o que faz os participantes repetirem que "os HCTPs estão à margem da margem: loucura e periculosidade presentes", ou, "o manicômio judiciário é um híbrido de manicômio e prisão".

Para uma das participantes "a reforma psiquiátrica não abrangeu os HCTPs. Não há política de desins para HCTPs", outro afirma "HCTP é um espaço esquecido pela luta antimanicomial". Esse cenário é repetido por outros participantes "se fala muito pouco sobre HCTP, tanto na área jurídica, quanto na saúde mental", "no meu estado, temos o processo de desinstitucionalização bem avançado, exceto HCTP. Usa-se o *slogan* 'XXX[23] sem manicômios', mas o HCTP está lá".

[23] Nome da cidade.

Todas essas falas apontam para a aridez do terreno da desinstitucionalização e os HCTPs. Tanto que é difícil identificar os sentidos acionados para "desinstitucionalização". Verifica-se "promoção de valor social", quando a lógica de periculosidade e inimputabilidade é questionada ou quando se considera a fragilidade das políticas públicas, que constitui um cenário propício ao crime e marginalização. E mais, quando surgem críticas quanto ao caráter das perícias que definem quem entra, permanece ou sai dos HCTPs e ignoram o contexto social e cultural. Entretanto, esses são sentidos que podemos supor e não constatar.

Esta mesa corrobora os achados na investigação bibliográfica, sobretudo os do campo científico: são poucas as pesquisas e práticas muito frágeis na temática de desinstitucionalização e HCTP, que reflete no cenário das publicações. Demonstra a não apropriação da mesma pelo campo da saúde mental e legitima a ideia de um limbo ao qual os HCTPs foram destinados. Indica a necessidade urgente de que nos voltemos para a temática.

Neste evento, o sentido prevalente foi desospitalização. A referência à alta, fechamento de leitos de hospitais psiquiátricos é muito presente, inclusive como etapa do processo de desinstitucionalização. Em segundo lugar, encontramos inclusão social e promoção de valor social. Parece-nos que a ideia de um *continuum*, como indicado por Venturini, é tomada como verdadeira, no que se refere à desinstitucionalização.

4.1.4 Desinstitucionalização na roda

O Congresso Nacional Trienal no Campo Científico não foi um evento específico do campo da Saúde Mental, sendo organizado por uma entidade do campo da Saúde Coletiva. Nele, a Saúde Mental aparece como eixo temático de dois grupos de trabalho: "Retrocessos na política de atenção psicossocial: resistências e enfrentamentos possíveis" e "Saúde mental e protagonismo de usuários e familiares". Além desses, um grupo foi destinado à temática das drogas "Cuidados em Saúde Relacionados ao Uso de Drogas: modelos, instituições e políticas". Este evento foi mais amplo que os demais, contando com discussões sobre decolonialidade e saúde, educação em saúde, educação permanente, saúde e população negra, indígenas, segmento LGBTQIA+, entre outros temas.

Um dos trabalhos apresentados nos grupos temáticos de Saúde Mental abordou a "neo-institucionalização", trazendo os desafios em sustentar a lógica antimanicomial em um momento que verificamos o retorno à institucionalização, através da inserção dos hospitais

psiquiátricos na RAPS e do financiamento de Comunidades Terapêuticas. Além dessas, a autora ressalta outras instituições, para os quais os sujeitos desospitalizados são encaminhados: asilos e prisões. Outrossim, destaca os usos das Comunidades Terapêuticas por sujeitos não usuários de álcool e outras drogas, como pessoas em situação de rua, portadores de sofrimento psíquico grave desospitalizados, e/ou sem suporte familiar. Neste trabalho, observou-se o uso de "desinstitucionalização" como promoção de valor social:

> A reforma psiquiátrica prioriza ações de desinstitucionalização, com vistas a superar a lógica manicomial que segrega a pessoa com sofrimento mental, oferecendo um novo lugar social para o sujeito.

Na mesma roda, outra participante ressalta a polissemia da desinstitucionalização, mas referindo-se às suas práticas. Temos, aqui, uma fala que endossa a premissa deste trabalho: a impossibilidade de definirmos o conceito de desinstitucionalização em um único sentido e a diversidade de práticas que se abrigam sob esse título.

Um ineditismo desse evento se refere à discussão sobre o protagonismo das famílias e a desinstitucionalização. Uma pesquisa se propôs a investigar o envolvimento dos familiares no processo de desinstitucionalização. Neste trabalho, discutiram-se estratégias para estimular o protagonismo dos familiares no processo de desinstitucionalização, bem como estratégias de suporte para os familiares diretamente envolvidos. Dessas, destacaram-se: envolvimento nos espaços de discussão da política de saúde mental e mobilização social e formas de acolhimento para os familiares na lida cotidiana com as dificuldades impostas pelo sofrimento psíquico.

Podemos demarcar dois pontos fundamentais trazidos por esse evento: 1) a prática de desinstitucionalização é polissêmica; 2) neo-institucionalização é uma discussão atual. Movimento promovido por um desmonte da política de saúde e de saúde mental no Brasil, bem como pela pauta conservadora e manicomial. Interessante notar que um evento, que reúne agentes que não pertencem somente ao campo da Saúde Mental, mas também da Saúde Coletiva, tem como sentido proeminente para desinstitucionalização a "promoção de valor social". É possível supor que a referência conceitual impera e por isso o uso desse sentido? Mais ainda, quando se trata de agentes do campo da Saúde Mental, esse sentido se mistura com outros justamente devido à polissemia da prática?

4.1.5 (Trans)(Desinst)Institucionalização

O último evento presencial etnografado foi o Evento Regional Anual do Campo Científico. Esse evento reuniu alunos de pós-graduação de uma instituição e trabalhadores da rede. Foi um encontro marcado pela análise da conjuntura política e os impactos para a política de saúde mental. Um participante chega a afirmar "até 2015 estávamos na construção da atenção psicossocial. A partir de 2016, vemos uma desconstrução". Para o mesmo participante, o ponto chave dessa desestruturação é a redução do financiamento nos serviços de base territorial e nas ações da atenção psicossocial. Ele ressalta que a resistência ao desmonte deve residir na formação, produção de conhecimento pelo campo e presença de profissionais e pesquisadores junto à clientela. Tal afirmação ressalta a importância dos encontros do campo.

O evento teve como destaque a discussão sobre a transinstitucionalização, a história da Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização, seu tempo e a formação dos trabalhadores. A transinstitucionalização aparece como ferramenta para a desinstitucionalização, sendo esta última entendida como "implantação da rede e de serviços", de acordo com um dos participantes. A transinstitucionalização, segundo ele, é uma "estratégia criada para gente sobreviver. É melhorar a vida das pessoas internadas, já que ainda não podem ser desospitalizadas totalmente". De acordo com essa fala, entende-se que, para a desinstitucionalização é imprescindível a consolidação dos serviços de base territorial. Como essa não é uma realidade de muitos municípios, "inserir em outras instituições as pessoas vindas de manicômios que estão sendo fechados, garantiria uma qualidade de vida", conforme fala do participante. Assim, o mesmo afirma "a desinstitucionalização engloba a transinstitucionalização... uma possibilidade de vida, necessária de acordo com o contexto do município". Nesse sentido, a transinstitucionalização pode ser entendida com um sentido possível ou etapa do processo?

Para outro praticante, "desinstitucionalização é complexa", questionando se tem um tempo específico para acontecer e acabar: "a desins tem um tempo pra acabar? Acaba quando o paciente sai do hospital?". "Não é possível pensar num tempo e nem um fim para desins. Ela é processo com janelas que abrem sempre novas questões", com essa fala a participante ressalta a ideia de um processo, mas não aquele que se reduz a uma meta, e sim o *continuum* indicado por Venturini. "A desins é para o restante da vida", destaca.

Outro participante enfatiza a importância da memória da Reforma Psiquiátrica para a garantia da desinstitucionalização: "entender a história da atenção psicossocial, o que foi feito em termos de práticas e da gestão pode contribuir para os dias atuais... pode sustentar a

desinstitucionalização". Nesse sentido, buscar seu alicerce teórico-metodológico é fundamental para que possamos garantir a desinstitucionalização.

Outra debatedora aborda a questão da formação do profissional para a desinstitucionalização. Para ela,

> a captura a instituição é um movimento da vida. Práticas manicomiais não estão apenas no manicômio... a desins não deve acontecer a qualquer custo. Se não se sustentar a dimensão clínica, política, ética... perder isso de vista é fazer práticas fascistas. Se o profissional não leva o embaraço, a dificuldade para si, a prática é instrumentalizada.

Com essa fala a participante enfatiza a desinstitucionalização como peça importante para os processos de formação, desde que sustentado seu viés tensional, político, ideológico e epistemológico.

As discussões desse evento nos levaram a caracterizar como "promoção de valor social" o sentido prevalente, seguindo de inclusão social. Atribuímos, assim, à transinstitucionalização um novo sentido.

4.1.6 Promoção está para os usuários como inclusão está para os profissionais?

A etnografia dos encontros ampliou os sentidos encontrados na investigação bibliográfica dos campos científico e burocrático. Parece-nos que as falas dos agentes do campo, recheadas pelos estudos teóricos e experiência no cotidiano dos serviços, militância ou gestão misturam os sentidos, trazendo a "tal" complexidade ao termo.

Gostaríamos de tecer algumas últimas considerações.

A discussão sobre desinstitucionalização e HCTPs e a temática de álcool e drogas pouco são identificadas pontualmente nos documentos burocráticos e científicos e aparecem no campo dos eventos. Sobre os HCTPs, de forma mais contundente e sobre álcool e outras drogas, de uma maneira frágil. Isso indica a importância de que o campo da saúde mental dirija seus debates para os HCTPs e a temática de álcool e outras drogas.

Diante do que encontramos, podemos levantar duas hipóteses: 1) é provável que o cenário rarefeito de publicações científicas e do campo burocrático sobre esses temas contribua para a fragilidade da discussão. No campo científico, não identificamos qualquer

publicação sobre os temas. O campo burocrático registrou apenas uma publicação sobre HCTP ("Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário – Relatório Final do Seminário para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico", 2002) e duas sobre a temática de álcool e outras drogas ("Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas", 2015 e "A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas", 2003)[24]. Esses resultados sugerem que não estão sendo realizadas pesquisas sobre os temas, cujos resultados sejam consistentes para publicação, ou, ainda, práticas e debates sobre os temas não estão sendo suficientemente estimuladas pelos campos científico e burocrático.

Ao mesmo tempo, a não produção de artigos científicos sobre os temas pode ser um resultado do próprio movimento de práticas do campo da saúde mental, que não se apropriou dos mesmos. É possível, ainda, que estejamos fixados na ideia de desinstitucionalização relacionada à loucura, o que abre pouco espaço para a temática de álcool e outras drogas. Além disso, como os participantes mencionaram, os HCTPs encontram-se num limbo, entre o judiciário e a saúde mental, um lugar de pessoas estigmatizadas duas vezes: louco e perigoso. Ora, não seria, justamente, essa a relação que a desinstitucionalização deveria desmontar?

Por fim, em todos os eventos visitados, verificamos que o sentido "promoção de valor social" é mais acionado pelos usuários do que por trabalhadores e pesquisadores. Pensamos que podemos levantar algumas hipóteses: 1) os trabalhadores e pesquisadores parecem voltar-se mais para a dimensão do cuidado, que objetiva a inclusão social. Assim, "desinstitucionalização" significa implantar uma rede de cuidados territorial, projetos terapêuticos singulares, autonomia, construção de vínculos com o território. Em segundo plano ou embasando teoricamente as falas, está a ideia de desinstitucionalização como mudança de paradigma, a qual é acionada com muita propriedade; 2) os usuários que estavam presentes nos eventos são mais envolvidos com a militância, com práticas de economia solidária e associações de saúde mental. Parece-nos que mais vivenciam a "promoção de valor social" estando nesses espaços democráticos do que se utilizam do conceito de desinstitucionalização como tal. Dessa forma, falam de uma maneira empoderada e afetivamente tomados. Contudo, quando afirmamos que não se apropriam, estamos nos refirindo a um desconhecimento da dimensão do conceito de "desinstitucionalização". Acreditamos que a "desinstitucionalização" para os usuários é muito mais sentida do que compreendida.

---

[24] Cabe ressaltar que as publicações não tratam diretamente de "desinstitucionalização" e "HCTP", ou "álcool e drogas", mas são publicações sobre os temas que trazem "desinstitucionalização" em seu conteúdo.

No item a seguir, conheceremos se a desinstitucionalização vem sendo debatida durante a pandemia, bem como se os sentidos já identificados são os que prevalecerão no debate virtual.

4.2 Os eventos virtuais

Deslandes e Coutinho (2020) sinalizam que a pesquisa em ambientes digitais é uma realidade em expansão desde o advento da *Internet* 2.0, consolidando campos como a Sociologia Digital e a Antropologia Digital. Os autores também destacam que essa mesma tecnologia permitiu a produção de conteúdo digital por especialistas e não-especialistas. Com a pandemia e a interdição dos contatos presenciais, muitas pesquisas migraram o campo de investigação para o ambiente digital. Ademais, nesses tempos, a proliferação de conteúdos foi mais veloz, haja vista a adoção do meio digital como forma de socialização.

No campo da Saúde Mental, não foi diferente. Pedro Gabriel Delgado, em uma *live* (24/05/2020) que reuniu alguns dos ex-coordenadores nacionais de Saúde Mental, afirma que o campo tem produzido muito no período da pandemia, de maneira virtual. Essas produções são expressas em encontros virtuais, para discussão da conjuntura política atual e os impactos da pandemia, por atos virtuais e, ainda, estratégias de cuidado criativas, como alternativa à impossibilidade do cuidado presencial. Tal postulado endossa a potência do campo, que tem se reinventando e através das ferramentas tecnológicas encontrou meios de resistir e enfrentar os retrocessos. Outrossim, continua ofertando acolhimento e cuidado aos usuários dos serviços. Paulo Amarante, em outra *live*, alerta para o excesso de conteúdo produzido sob o título “saúde mental” que utilizam essa expressão como oposta à “transtorno mental”. Para ele, estas *lives* contribuem para a patologização de sofrimentos que fazem parte da vida, inclusive, aqueles produzidos pela própria condição da pandemia.

De fato, em uma pesquisa rápida, sem refinamento, se colocarmos o termo “*live* saúde mental” no *Google* ou no *Youtube*, encontraremos milhares de gravações de eventos virtuais organizados por diversas entidades. Além disso, diariamente, recebemos notificações, em nossas redes sociais, de debates, encontros, congressos, fóruns e outras modalidades de encontros virtuais que tratam da temática “saúde mental”. Ainda em uma rápida olhada, a maioria delas tem tratado, como já mencionamos, do cenário sociopolítico e sanitário e os impactos para a Reforma Psiquiátrica e para a RAPS e também do sofrimento psíquico

deflagrado pela pandemia. Podemos afirmar que o que estamos denominando de “eventos virtuais” vem sustentando o campo da Saúde Mental neste tempo pandêmico.

Tomamos como método de acesso ao campo da saúde mental os documentos produzidos pelos campos científico e burocrático, nos quais as afirmações dos agentes, ali apresentadas, são legitimadas pelos pares do campo. Buscamos as interações entre os agentes, ou seja, analisamos os eventos produzidos pelo campo. Diante da impossibilidade de que esses acontecessem presencialmente, a condução do trabalho de campo continuou em contato com os agentes do campo da saúde mental de maneira virtual. Do mesmo modo que os agentes do campo da saúde mental, em nossa pesquisa, migramos para os ambientes digitais. Não criamos metodologia específica para análise dos eventos virtuais, dada a limitação do tempo, da limitação desta tese e, ainda, por entendermos que se trata de uma continuidade da metodologia que escolhemos para estudar nosso objeto: os usos e sentidos da desinstitucionalização no campo da saúde mental. Seguimos, assim, como indicamos, procedimento semelhante ao de Bonet para investigar a institucionalização da saúde da família, pois o autor não estabeleceu metodologia específica para investigar as listas de e-*mails*. O autor transita entre a investigação em espaços presenciais e nos espaços virtuais acompanhando agentes de um campo, do mesmo modo que fazemos aqui.

Entretanto, diferentemente de Bonet, que não denomina as listas de *e-mails* investigadas de “evento em espaço virtual”, nós nomeamos estes encontros virtuais de “eventos virtuais”. Isso porque entendemos que nesse espaço virtual acontecem encontros entre os agentes, de maneira simultânea, entre aqueles que estão palestrando ou são os interlocutores do evento e aqueles que participam de maneira indireta, nos *chats*. Aliás, os *chats* afirmam esse encontro, à medida que ali os agentes se reconhecem, marcam novos encontros, organizam grupos de discussão de temas da Saúde Mental pelas redes sociais e interagem através de perguntas e comentários aos participantes diretos das *lives*. Trata-se, dessa maneira, de um espaço interacional, assim como os eventos presenciais.

Deslandes e Coutinho (2020) também contribuem para pensarmos o ambiente virtual como um espaço de interação. Para eles, à medida que digitalizamos o cotidiano e incorporamos e corporificamos a tecnologia em nossas vidas, supera-se o binarismo real-virtual, digital-analógico. Esta constatação permite aos autores afirmarem que:

> A chegada da Internet 2.0 também consolida uma mudança de paradigma em relação ao papel da tecnologia nas pesquisas sociais. Se em um primeiro momento essa era concebida meramente como um meio auxiliar para registrar uma determinada forma de socialidade e suas dinâmicas, atualmente a tecnologia é o próprio espaço de interação e agregação dos sujeitos. (DESLANDES e COUTINHO, 2020, p. 4)

Tomando como referência os estudos de Marcel Mauss, Deslandes e Coutinho sublinham que "o mundo digital é fato social total" e, por esta via, não haveria distinção entre *online* e *off-line*:

> Essa mudança de paradigma em relação ao papel da tecnologia nas pesquisas sociais tem como principal desdobramento prático a tomada de consciência por parte do pesquisador que a tecnologia tem esse duplo caráter: se por um lado ela é o lócus privilegiado onde os interlocutores desenvolvem suas interações, por outro ela auxilia na extração, mensuração e análise dos dados. Assim, todas as etapas da pesquisa serão mediadas pelo mundo digital, desde sua análise exploratória de reconhecimento do campo até a escrita do texto final, e neste percurso haverá pouca distinção entre o *offline* e o *online*. (*Idem*, p. 05)

No entanto, percebemos que a investigação dos eventos virtuais nos impôs algumas limitações. Como nem todas as *lives* foram assistidas ao vivo, a observação-participante ficou limitada à observação. Nela, buscamos as falas relacionadas à desinstitucionalização, a análise da temática abordada. Já os aspectos relacionados à interação conosco, os pesquisadores, expressão e espontaneidade dos participantes ficaram de fora. Cabe ressaltar que as videoconferências, comumente realizadas pelo *Zoom*, *Google Meet*, *Streamyard*, limitam a espontaneidade e interação dos participantes. Estes ficam restritos ao espaço captado pelas câmeras, quase uma fotografia 3x4. Os microfones, quando não é o momento de fala, ficam desligados, impedindo a comunicação simultânea ou espontânea, tão necessária ao debate. Isso faz com que, em muitas vezes, perca-se o *timing* de um comentário ou expressão. A interação com os participantes que assistem também é prejudicada, pois muitos comentários e perguntas passam despercebidos pelos mediadores. Por outro lado, enquanto esse *timing* é perdido, a dimensão espacial é ampliada: os eventos virtuais congregam pessoas, inclusive, de fora do Brasil. Aproxima, assim, diferentes culturas e experiências do campo da Saúde Mental.

Para reduzir essas limitações, podemos nos basear na noção de "campo" na ambiência digital trazida por Deslandes e Coutinho (2020). Enquanto a pesquisa em campo presencial pressuporia a ideia de uma territorialidade geográfica, a presença corpórea e subjetividade do pesquisador em interação com o grupo pesquisado, a pesquisa em campo "digital" exige que sejam revistos conceitos que sustentam a pesquisa de campo. Os autores enfatizam que a comunidade da *internet* sustenta o laço, não por um compartilhamento territorial, ou de um

passado, ou ainda de tradição, mas o laço se sustenta por um interesse temático, pontual ou permanente. O campo do ambiente virtual é fluido e dinâmico:

> Dessa maneira, o pesquisador é desafiado a compreender esses diferentes fluxos e trânsitos, bem como as variações interacionais que se apresentam em cada ambiência *online*. Assim, o "campo" da pesquisa digital é mais um fluxo do que um "lugar", uma rede de conexões que entrecruzam interações cotidianas distintas, ancoradas em muitas plataformas e ambiências tecnológicas, e o mundo *offline*. (DESLANDES e COUTINHO, 2020, p. 06)

Para finalizar, Deslandes e Coutinho afirmam que, embora o campo virtual seja diferente do campo presencial e isso traga um desafio para o pesquisador, a produção de conhecimento não se difere entre ambos. O trabalho de campo tem como objetivo produzir uma reflexão interpretativa dos dados coletados e compilados. Essa reflexão deve descrever as redes de significados de uma cultura ou prática social. Para os autores, tal tarefa é um desafio posto tanto na pesquisa de campo presencial ou de campo virtual. Outrossim, aquela espontaneidade que dissemos "perdida" no ambiente virtual e que deixou de entrar em nosso relatório de campo, para Deslandes e Coutinho também ocorre em campo presencial:

> Certamente, mesmo num contexto observacional presencial, o pesquisador nunca dá conta de todas as relações e interações, mas elege eixos centrais por onde acredita que terá um bom retorno da produção de teorias sobre o fenômeno estudado. (2020, p. 07)

4.2.1 Associações, conselhos e universidades promovendo saúde mental

Com essas considerações, partimos para nossa pesquisa em "campo virtual", seguindo os critérios adotados pela investigação do campo presencial. Para selecionar os eventos virtuais que analisamos, buscamos no *YouTube* e no *Google* pelos termos "desinstitucionalização", "saúde mental", "antimanicomial", "Reforma Psiquiátrica". Dos muitos que surgiram, analisamos um total de vinte e seis eventos virtuais, dos quais cinco observamos o termo "desinstitucionalização", abordado pelos participantes, e três deles continham o termo em seu título. Observar que a desinstitucionalização é tema de alguns desses eventos, assim como dos eventos presenciais, permite-nos afirmar um fio condutor entre os documentos burocráticos, científicos e os eventos. O tema é assunto de 30 anos, contando a partir da publicação que sustenta nossas análises, eleita como marco teórico, ou

seja, o livro “Desinstitucionalização”, organizado pela Fernanda Nicácio e publicado no Brasil em 1990 até as *lives* produzidas em 2020.

Assim como nos eventos presenciais, a fim de preservar a identidade dos participantes, ocultamos seus títulos e os agrupamos conforme as entidades que organizaram, apresentado no quadro 10.

Quadro 10: eventos virtuais etnografados e sentidos para desinstitucionalização:

Organização	**Número de eventos**	**Temas mais abordados**	**Sentidos de desinstitucionalização**	**Visualizações até 16/07/21**
Associações	10	Análise do cenário político-social e sanitário e os impactos para a Reforma Psiquiátrica e RAPS; desinstitucionalização e HCTPs; Comunidades Terapêuticas; uso de drogas na pandemia.	Desconstrução; Promoção de valor social; Inclusão social.	29.142
Conselhos de Classe	13	Análise do cenário político-social e sanitário e os impactos para a Reforma Psiquiátrica e RAPS; desinstitucionalização, direitos humanos e HCTPs; pandemia e sofrimento psíquico.	Promoção de valor social; Desospitalização; Inclusão social.	13.551
Outros	3	Desinstitucionalização, direitos humanos e HCTPs; pandemia e sofrimento psíquico.	Desospitalização.	3.474

Nota: Agrupamos como “outros” as universidades, coletivos e outras organizações da sociedade civil.
Fonte: a autora, 2021.

Todos os eventos virtuais investigados abordaram a pandemia e os impactos para o campo da Saúde Mental: desigualdade social e sofrimento psíquico, perspectivas de cuidado, organização dos serviços da RAPS, continuidade da Reforma Psiquiátrica. Além disso, todos criticaram o cenário político do país e o desmonte do SUS, da política de saúde mental e da política sobre drogas. A preocupação em estabelecer estratégias de enfretamento era recorrente.

Outra preocupação dos participantes se referia ao financiamento, através de verba pública, das Comunidades Terapêuticas. Com os retrocessos políticos e o financiamento

dessas instituições os participantes descrevem as Comunidades Terapêuticas como novo manicômio.

Um dado interessante encontrado e relevante para esta pesquisa é que os participantes insistem em afirmar o "campo" da saúde mental. Em suas falas, o uso da expressão "campo da saúde mental" é frequente. Ademais, é uma expressão comum e apropriada por todos. Uma das falas que mais nos chamaram a atenção nomeia a saúde mental como um campo e assume a ideia de que é um campo de disputas. A participante afirma a existência de uma tensão conceitual entre o que se produziu como legislação e o direito ao cuidado em liberdade, em rede territorial como meta da Reforma Psiquiátrica e a existência atual dos manicômios. Para esta participante, sustentar ou não o manicômio é indicativo de pertencer ou não ao campo. Ela ainda afirma que é necessário superar o paradigma médico hegemônico que ainda orienta práticas nos serviços:

> Por que a gente quis marcar esse dia da luta [referindo-se às comemorações do 18 de maio], mesmo que tenha sido virtual? Porque nós ainda estamos num campo de disputa. A Reforma Psiquiátrica do Brasil se deu, se viabilizou no campo da legislação. Nós temos uma lei, a lei 10.216, que garante o cuidado em liberdade em rede substitutiva, porém a gente ainda tem hospitais psiquiátricos. Nós temos muitas pessoas que vivem, hoje, no Brasil, em confinamento. Não por opção. Por falta talvez de opção. Por falta de uma rede de atenção psicossocial potente e capaz de acolher essas pessoas. Mas também, porque tem esse tensionamento conceitual de como tratar a loucura.

Essa fala é interessante, pois temos, no Brasil, um governo cuja coordenação de saúde mental, apoiada pela Associação Brasileira de Psiquiatria, sustenta a lógica manicomial, orientando o retorno de internação e uso de eletroconvulsoterapia. Esses mesmos agentes se reconhecem como agentes do campo da saúde mental, falando em nome dele. Entretanto, com a fala supracitada, devemos perguntar se de fato a ele pertencem, uma vez que sua proposta não se refere ao cuidado em liberdade e em rede substitutiva. Assim, há um objeto e um discurso em disputa, que nos oferece uma pista etnográfica importante para pensarmos quem pertence ou não ao campo da saúde mental, a partir, inclusive da apropriação ou não do termo desinstitucionalização.

Temos que sublinhar que, inclusive esses agentes que não compartilham da ideologia que sustenta o movimento social da Reforma Psiquiátrica, que tem como mote a cidadania e o cuidado em liberdade, foram incluídos em nossa pesquisa. Assim, entre os participantes dos eventos, temos uma diversidade de "agentes": integrantes de conselhos de classe, gestores, integrantes do Ministério da Saúde, estudiosos, trabalhadores, usuários da rede e seus familiares e militantes da Reforma Psiquiátrica. Nem todos compartilham no mesmo arsenal

teórico e ideológico que orienta a Reforma e alguns reduzem a “saúde mental” a ter saúde psiquiátrica/psicológica. Sendo assim, muitos eventos virtuais se referiam a cuidar da saúde mental, a “transtornos mentais” segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM), reforçando a patologização, mencionada por Paulo Amarante, acima indicada. Nesses encontros, a desinstitucionalização passa muito longe.

Antes de passarmos aos resultados acerca do termo “desinstitucionalização”, precisamos enfatizar que ela é pouco mencionada nos eventos virtuais investigados. Não é um tema de referência. Entretanto, em todas as *lives* nas quais o termo aparece no título, refere-se ao debate dos HCTPs. Duas observações são dignas de nota: 1) talvez, o campo esteja mais mobilizado virtualmente quando se trata do debate sobre desinstitucionalização e HCTPs; 2) parece que, com a necessidade da transição para o campo virtual e os impactos que a pandemia impôs a todos nós, em diversos aspectos, a preocupação dos agentes do campo se voltou para debater sobre essa temática. Ressalta-se que a população dos HCTPs é duplamente segregada, estigmatizada, ou seja, “o louco perigoso” e ainda população de altíssimo risco para o contágio de COVID-19. Para Correia e Magno (2021) a pandemia de COVID-19 provocou um novo cenário para os grupos encarcerados: “fenômeno de desencarceramento geral”, seja por óbito ou por decisão judicial. As autoras referem uma redução dos números de encarcerados: tanto a população de prisões quanto de manicômios foi reduzida. Poderíamos inferir que este cenário contribuiu para que os olhos e debates se voltassem para a realidade da Reforma Psiquiátrica e HCTPs?

Estamos vivendo um momento crítico do ponto de vista político, social, econômico e sanitário. Momento que deixará marcas profundas em nossa sociedade, em cada um dos sujeitos. É legítimo que a preocupação dos agentes do campo da saúde mental se volte para este contexto. Desse modo, queremos ressaltar que eles são determinantes dos enunciados dos participantes nos eventos, sejam eles presenciais ou virtuais. Os eventos presenciais, com sua possibilidade de interação, sem mediação tecnológica, trazem falas que são aquelas formais, dos palestrantes ou dos participantes que dirigem perguntas e informais, nos corredores e no cafezinho. Nesses eventos, observamos resultados de estudos, experiências cotidianas dos serviços e da militância. Já nos eventos virtuais, engendrados pela condição de distanciamento social, os agentes se centraram na realidade atual vivida, ou seja, os retrocessos na política e na assistência de saúde mental.

Contudo, embora assumamos que os contextos são determinantes dos enunciados e que não existiria possibilidade que o campo da Saúde Mental não tratasse, no momento atual, em nossa pesquisa não estamos tomando o contexto como critério de análise para os nossos

achados. Aqui, o contexto é tomado como uma explicação para os acontecimentos e discursos. Porém, nossas chaves de interpretação dos achados são sustentadas nos referenciais apresentados no primeiro capítulo.

Para encerrar esta etapa descritiva dos eventos virtuais, gostaríamos de chamar a atenção para um aspecto bastante explorado nesses encontros: o debate acerca das novas formas de institucionalização, operadas pelas Comunidades Terapêuticas; e acerca do retorno de formas antigas de institucionalização em asilos, penitenciárias e hospitais psiquiátricos que foram incorporados à RAPS ganharam evidência nos eventos virtuais. Todavia, esta discussão não está incluída nos objetivos de nosso estudo nem incluída no arcabouço teórico-conceitual que alicerça nossas análises. O referencial teórico escolhido é insuficiente para discutirmos a neo-institucionalização, a reinstitucionalização e a transinstitucionalização. Nesse sentido, estes temas não serão detalhadamente analisados por este estudo.

4.2.2 A desinstitucionalização no campo virtual: preocupação com os HCTPs

Como já indicado, dos vinte e seis eventos virtuais investigados, cinco trouxeram o debate sobre desinstitucionalização. Desses, três continham o termo em seu título, exatamente os mesmos que trataram sobre a relação entre desinstitucionalização e HCTPs. Os outros dois eventos não trataram especificamente de desinstitucionalização, mas o termo foi acionado durante as falas.

Dos três eventos que trouxeram o termo “desinstitucionalização” em seu título, um foi organizado por uma associação, um por um conselho de classe e um se encontra agrupado como “outros”. O fator relevante é que eles tratavam da relação entre desinstitucionalização e HCTP, mais especificamente discutiram a revogação da portaria nº 94/2014, da Política de Saúde Prisional, que instituía o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. A portaria foi revogada no dia 18 de maio de 2020, através da portaria nº 1.325. Configurada, segundo os participantes dos eventos, como mais um duro golpe na Reforma Psiquiátrica. Provavelmente tal revogação tenha motivado esses eventos, que ocorreram em data subsequente. Ademais, como mencionamos, o contexto da COVID-19 e encarceramento/desencarceramento pode também ter contribuído para o levantamento do tema. Todos os três eventos tinham como palestrantes e debatedores pesquisadores e agentes

do campo do Direito e agentes do campo da Saúde Mental. Alguns deles, transitavam pelos dois campos simultaneamente. Em todos os eventos, houve um posicionamento incisivo contrário à revogação da portaria nº 94/2014, críticas severas ao contexto político brasileiro e foi discutida a medida de segurança e o conceito de periculosidade atrelado à loucura. Da mesma maneira como encontramos nos eventos presenciais, os HCTPs são colocados como "o pior do pior" e seu fracasso como estratégia de tratamento. A grande questão, exaltada pelos participantes é a ideia de periculosidade, que justifica a medida de segurança e, por conseguinte, a necessidade de manter o sujeito no HCTP.

Com essa discussão, a desinstitucionalização ganha o sentido de desconstrução, pois a noção de periculosidade é pautada como uma construção social, médica e jurídica significando a loucura. Outrossim, a desinstitucionalização aparece como um movimento que rompe com estes paradigmas. Um dos participantes aborda a urgência da discussão sobre a periculosidade na Saúde Mental, à medida que ela é fundamento da medida de segurança e justifica a manutenção do sujeito no HCTP. Aponta que, para avançar na desinstitucionalização, é necessário que se reveja o conceito de periculosidade. Por esta mesma via, outros participantes em outros eventos também trouxeram o debate sobre a periculosidade associado ao tema desinstitucionalização. Um deles, realizando um apanhado histórico sobre o conceito de periculosidade afirma: "a periculosidade gera um aprisionamento perpétuo, que não se relaciona com o fato em si, mas com a loucura". Tal comentário reforça a atribuição social, médica e jurídica da periculosidade à loucura. Em outra fala, o sentido de desinstitucionalização, mais uma vez, comparece como desconstrução:

> Mas acho importante lembrar por que para a Psicologia é importante essa discussão: por que desinstitucionalizar, que é a palavra-chave, que tá na chamada dessa *live*, por que desinstitucionalizar é algo que surge como uma urgência para a Psicologia brasileira, pras lutas da Psicologia brasileira? Talvez, uma das primeiras respostas possíveis é que institucionalização é a impossibilidade de singularização. E quando nós tiramos do sujeito a possibilidade de ser diferente daquilo que se espera, nós também produzimos nesse sujeito a possibilidade de assujeitado, que, no final das contas, retira desse sujeito seu caráter de humano. E, não ser mais humano, cabe a ele o manicômio, cabe a ele a tortura. Então, a tortura, que é efeito do modo de funcionamento manicomial, nada mais é do que um processo que é legitimado pelo fato de que os processos de institucionalização retiram do sujeito a sua capacidade de ser sujeito... a luta por uma sociedade sem manicômios é uma luta por desinstitucionalização. E, desinstitucionalizar é mais do que acabar com manicômios, é mais do que acabar com estabelecimentos que aprisionam. Desinstitucionalizar é acabar também com as lógicas que legitimam a existência dos processos de aprisionamento. É mais do que romper com os muros dos manicômios. É desinstitucionalizar as lógicas que fazem com que eles permaneçam vivos. Lógicas essas que não estão determinadas em determinados estabelecimentos, mas estão instituídas nos nossos modos de construir alteridades possíveis pra esses sujeitos que cotidianamente é retirada deles a possibilidade de serem sujeitos.

Mais uma fala corrobora o sentido de desconstrução, outra vez pautando a periculosidade:

> Desinstitucionalizar o lugar do perigosos é desinstitucionalizar o manicômio, o racismo, todos os processos que instituem pessoas como mais perigosas do que outras

Outras falas mencionam a desinstitucionalização. Vale ressaltar que muitas delas apresentam uma expressão comum, que se refere à "desinstitucionalizar o sujeito louco". Estas falas acentuam um aspecto psicologizante e individualizante, como se o sujeito que sofre psiquicamente de forma severa tivesse a responsabilidade pelo processo de dor ou pela própria exclusão ou institucionalização. Ao mesmo tempo, nestas falas encontramos o oposto dessa hipótese, ou seja, a desinstitucionalização de processos que aprisionam e segregam a loucura.

> Desinstitucionalizar o louco infrator é uma tarefa de desinstitucionalizar a culpabilidade, a infantilização e a segregação que estão presentes num certo modo de governo dessa vida que só pode ser vivida por um complexo tutelar.

Ainda nesses eventos, que trazem a "desinstitucionalização" em seus títulos, encontramos também os sentidos de desospitalização e inclusão social. Com relação à desospitalização, a desinstitucionalização aparece atrelada à porta giratória, lógica de fechamento de porta de entrada e altas hospitalares:

> É urgente pensar a desinstitucionalização, porque o estigma da institucionalização é um estigma que alimenta uma certa porta giratória, que gira sem parar.

> Vamos falar sobre a porta de entrada e porta de saída. Eu acredito que essa questão tenha sido feita para mim. Eu insisto muito nessas questões quando eu vou falar do PAILI[25], fundamentalmente. Porque existe um problema muito sério que é a população que hoje está aprisionada nos manicômios judiciários, e, para elas, tem que funcionar a porta de saída. A porta de saída tem que estar aberta, a própria lei antimanicomial prevê que elas devem receber atenção a partir de políticas de alta planejada e desinstitucionalização de forma assistida. A porta de saída tem que estar aberta e deveria ter sido esgotada toda a população aprisionada em manicômios... mas, por que isso não acontece? Por que a porta de saída não está funcionando como deveria estar? A porta de entrada continua aberta, continua gente chegando nos

[25] O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) foi uma iniciativa da Secretaria do Estado de Saúde de Goiás, para oferecer assistência e tratamento aos portadores de sofrimento psíquico grave infrator. É uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Secretaria Estadual de Justiça do Estado de Goiás, Ministério Público Estadual, o Tribunal de Justiça do Estado e a secretarias municipais das cidades que aderiram ao Programa. (PORTAL DA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS, 22/11/2019)

> manicômios todos os dias. Então, eu costumo dizer que para resolver essa equação, dos manicômios judiciários que estão ativos no Brasil, são mais de 4 mil pessoas em instituições manicomiais. Primeiro, é preciso fechar a porta de entrada, porque você passa a trabalhar com um universo bem determinado, que é quem está internado e você vai trabalhar individualmente cada caso em busca da desinstitucionalização. Acontece que é muito difícil fechar a porta de entrada... a ocupação dos manicômios cresceu de 2011 pra cá. Então é preciso fundamentalmente fechar a porta de entrada. Para isso é necessário conhecer a ilegalidade do manicômio judiciário. No entanto, os juízes não reconhecem a lei antimanicomial. Então, a equação não resolve.
>
> A gente tem três perspectivas para o trabalho da Saúde Mental dentro do sistema prisional: adoecimento psíquico pelo confinamento, questão das dorgas, protocolo de entrada e modo de cuidado e o paciente que tem transtorno mental grave dentro da unidade e que tá dentro do presidio convencional ou dentro da medida de segurança no HCTP. Pra dar conta disso, a gente pensou na EABP[26] para esses dois primeiros movimentos, pra quem adoeca lá dentro e pra quem é usuário de droga; e uma equipe EAP[27] pra quem tem transtorno mental grave dentro da unidade prisional e precisa ser, então, desinstitucionalizado. Então, esse é o olhar que a gente tem: a desinstitucionalização não vai ser só para o hospital de custódia, ela vai também para quem tá dentro de um presídio convencional e tem um transtorno mental grave.
>
> Essa equipe começa a atuar, então, dentro da desinsti, mas ela pode também tá em outro dispositivo, também criado pelo sistema judiciário que é audiência de custódia. Então, ela pode estar não só porta de saída, mas também na porta de entrada do sistema de justiça criminal. Nós pensamos o dispositivo pra porta de saída, né, pra desinstitucionalizar e ajudar no processo de fechamento dos manicômios judiciários.

Com relação à desinstitucionalização acionada como inclusão social, destacamos as falas que a relacionam com serviços substitutivos, inserção em moradias assistidas e auxílios reabilitação e programas e/ou equipes que promovem a alta assistida.

> As EAPs eram única política que existia para a desinstitucionalização de pessoas aprisionadas em manicômio judiciário
>
> A desinstitucionalização do XXX[28] começa em 82, com o fogo no manicômio XXX[29]. Os pacientes foram levados para o XXX[30]. O XXX[31] foi desinstitucionalizado em 2016, com a criação da RT.
>
> O acesso à moradia no RT e o auxílio-financeiro foram fundamentos para o processo de desinstitucionalização do XXX[32].

---

[26] Equipe de Atenção Básica Prisional, que media a relação das unidades prisionais com as Redes de Atenção à Saúde garantindo acesso aos serviços de urgências e emergências, à atenção especializada e hospitalar territorial (BRASIL, 2014)

[27] Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, decretada pela portaria nº 94/2014 (BRASIL, 2014).

[28] Estado do qual o participante referia o processo de desinstitucionalização.

[29] Nome do manicômio.

[30] Nome do serviço para o qual foram encaminhados os pacientes do manicômio.

[31] Serviço substitutivo mencionado na frase anterior.

[32] Estado mencionado anteriormente.

A referência à inclusão social atribuída à desinstitucionalização também foi verificada em uma das perguntas realizadas pelos participantes: “com a extinção das EAPs, quais as estratégias para promoção de desins de pacientes em HCTP?”

Em outros dois eventos virtuais a desinstitucionalização também foi abordada. Encontramos, em ambos, a desinstitucionalização sendo acionada como “processo”, “desospitalização” e “inclusão social”.

O sentido de processo pode ser observado na fala a seguir:

> No miúdo da clínica, quem sustenta a base do processo da desins é o trabalho subalterno e invisível, que é o trabalho das mulheres negras. É que elas dão todo o suporte pra perpetuação de uma lógica que se propõe a uma ruptura com a lógica manicomial, mas na sua própria estrutura você tem a atualização de práticas que tem a ver com a divisão social do trabalho.

Quando essa participante se refere às cuidadoras e ao cuidado como base da desinstitucionalização, também percebemos esse sentido sendo acionado. Lembramos que o “cuidado” foi agrupado no sentido “inclusão social”. Além desse, identificamos neste mesmo trecho da fala da participante o sentido “desconstrução”, quando ela menciona “ruptura com a lógica manicomial”.

Os sentidos de desospitalização e inclusão social aparecem na discussão acerca das preocupações com o cuidado em saúde mental na pandemia, a mobilização das equipes e as estratégias de manutenção dos avanços da perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

> Uma preocupação que tem permeado todos os municípios da região é com a questão da desinstitucionalização, a partir do fechamento de XXXX[33]. Foi uma grande vitória... enfim, fechar as portas, fechar o hospital, acho que isso já foi um ganho enorme. A gente já teve, no ano passado, o fechamento da clínica em Três Rios, já está com a porta fechada desde então, já tem feito o trabalho de desins para que essas pessoas voltem para suas famílias, ou que sejam inseridas em algum SRT... Como fazer essa desins, fazer esse trabalho com a família, enfim... conseguir montar uma RT nesse momento?

Esse evento apresentou algumas alternativas criativas, sustentadas na intersetorialidade para a manutenção do cuidado em determinada região de um estado. Cabe destacar que em outro evento virtual, algumas críticas foram tecidas ao campo da Saúde Mental, que neste momento de crise retrocederam na Reforma Psiquiátrica, reduzindo o cuidado a emergências psiquiátricas, bem como o atendimento dos CAPS ao cuidado médico.

---

[33] Nome da instituição psiquiátrica.

No evento acima citado, a participante fazia uma análise a respeito da manutenção do cuidado em saúde mental na pandemia, afirmando que “a assistência à pandemia desestruturou as linhas de cuidado”. Ela estabelece uma análise sobre o acesso aos serviços e a característica dos usuários que frequentam os serviços de saúde mental. A participante verbaliza que o campo da Saúde Mental criou dispositivos de portas abertas, embora não tenhamos conseguido uma articulação contundente com os serviços da Atenção Primária em Saúde, o que garantiria uma maior condição de acesso. Outrossim, as características dos usuários contribuem para que tenham dificuldades de acessar os serviços e se percam no trânsito da rede: seja entre a emergência e os serviços, ou entre CAPS e serviços da Atenção Primária e vice-versa. Diante destas circunstâncias e somando o cenário pandêmico, ela ressalta que vivemos um paradoxo na saúde mental. Sua crítica se refere à redução da oferta de cuidado do CAPS às urgências e atendimentos médicos:

> O que aconteceu com as RAPS em inúmeras atividades do Brasil? E quando chega a epidemia, se diz “inúmeras atividades que estão programadas estão suspensas. As atividades grupais estão suspensas e a gente só vai atender urgências ou intercorrências”. Vejam, quando eu tô falando de pessoas com transtornos mentais graves, eu tô falando de pessoas que tem problemas para tocar a vida no dia-a-dia. São pessoas que tem problemas alguns seja de pragmatismo, pessoas que superpõem camadas e camadas de exclusão... uma coisa era fechar essas atividades dos serviços quando a gente imagina que iria durar um mês ou dois. Nós levamos cinco, continuam morrendo 1.000 pessoas por dia e não tem perspectiva de cair. E, no meio disso, vejam que paradoxo habitamos na Saúde Mental: muitos CAPS, não estou dizendo todos, porque eu realmente não sei, mas muitos CAPS no país afora restringiram inúmeras atividades programadas e mantiveram consulta psiquiátrica... e o que caracteriza uma das riquezas brasileiras é a multiprofissionalidade. É ter conseguido montar serviços comunitários que são fortemente assentados no trabalho de equipes multiprofissionais. E aí, de repente, a gente retira isso e oferece só “venha para trocar receita” ou “a receita que durava três meses, agora vai durar seis”. Será que a pessoa só precisa disso?... isso vai permitir que a gente não perca os pacientes nestes esgarçamentos que tô falando?

De fato, tal constatação nos chama atenção, e, podemos questionar se esta fragilidade que mostra o campo, na tentativa de construir estratégias na pandemia, não seria reflexo da fragilidade da nossa Reforma Psiquiátrica. Claro que o momento requer disposição, cuidado, criatividade. Além disso, nos deparamos com uma necropolítica que pouco contribui para atravessarmos este momento. No entanto, o campo da Saúde Mental fez uma escolha pela lógica médica. Um outro participante, de um evento diferente refere: “não houve, por exemplo, nenhuma reunião da Coordenadora Nacional de Saúde Mental, de chamar os coordenadores estaduais, pactuar uma linha estratégica de atuação das RAPS no contexto da pandemia”.

4.2.3 A desinstitucionalização subentendida

Para finalizar a apresentação e análise dos resultados dos eventos virtuais, gostaríamos de abordar os eventos que nem tinham "desinstitucionalização" no título, nem o termo foi mencionado pelos participantes. Contudo, percebemos que, muitas vezes, seu sentido foi acionado, ou se encontrou subentendido nas falas, sem que o termo seja verbalizado. Algumas inferências podem ser realizadas.

A primeira delas pode ser devido ao caráter do próprio campo: uma concordância entre os agentes de que existe um sentido definido para desinstitucionalização, que é aceito por todos, como uma convenção. Esse sentido pode ser verificado nas falas: "é necessário tornar a sociedade menos manicomial"; "a gente queria dar dignidade humana ao paciente. E como faz isso? Através da autonomia... reconquistando a autonomia perdida"; "não focar doença ou diagnóstico, mas problematizar o sujeito. Dar lugar de fala a esse sujeito"; e ainda "eu me posiciono como fechadora de hospícios e organizadora de redes de cuidados territoriais em liberdade".

A segunda pode se referir a uma confusão terminológica, entre expressões próprias do campo, como "desinstitucionalização", "Reforma Psiquiátrica", "luta antimanicomial", "atenção psicossocial", que colocam a ideia de ruptura com a o paradigma médico no bojo da discussão. De algum modo, essa ideia está presente em todas essas expressões. Nas verbalizações a seguir encontramos esse sentido:

> Dar visibilidade, junto a sociedade, à essa população, através da militância

> Atenção psicossocial, nesse paradigma, é a clínica ampliada em saúde mental, um deslocamento que se faz de um cuidado estabelecido a partir da psiquiatria e que vai propor um novo paradigma, o paradigma da atenção psicossocial, que vai problematizar a própria concepção de processo saúde-doença, o impacto que tem a relação entre as instituições e o impacto que tem a relação de poder e entre as pessoas com transtornos mentais e os trabalhadores, técnicos, especialistas.

> E
> Atenção psicossocial nos convoca a pensar, inclusive, os efeitos das nossas ações em termos terapêuticos e em termos éticos. O paradigma da Atenção Psicossocial vem para estabelecer uma superação do histórico de tratamento asilar e também do paradigma psiquiátrico que sustenta.

Gostaríamos de sublinhar essas últimas falas. Embora nem o termo "desinstitucionalização" esteja presente, nem "reabilitação psicossocial", podemos perceber uma referência à Saraceno (2001). O autor remete o conceito de desinstitucionalização à reabilitação psicossocial. No que ele chama de dupla conceitual desinstitucionalização-reabilitação psicossocial estão inseridas ações relacionadas à ruptura com o paradigma médico tradicional e, ainda, uma reorganização da rede técnico-assistencial. E, neste último, tem relevância a mudanças das relações institucionais técnicos-pacientes.

E, por último, a análise dessas falas nos ratifica a polissemia da desinstitucionalização. Mesmo que assumamos que a ideia de desinstitucionalização esteja sendo acionada nestes eventos, esta ideia não é apresentada com um único sentido. Ali, os sentidos que podem ser atribuídos à desinstitucionalização são: desospitalização ("fechadora de hospícios"); inclusão social (as afirmações sobre atenção psicossocial e "organizadora da rede", ou, ainda, a referência à autonomia); e desconstrução ("é necessário tornar a sociedade menos manicomial" e a ideia de uma subversão das relações de poder no campo da saúde mental, dentro da fala sobre a atenção psicossocial). Dessa forma, até quando a desinstitucionalização não se faz claramente presente, implicitamente ela é polissêmica.

Para finalizar esta seção, não poderíamos deixar de mencionar a preocupação do campo em se afirmar como tal, dizer quem pertence a ele e o que o difere de outros projetos de saúde mental. Parece que compartilhar o objeto "cuidado em liberdade" define o campo e quem pertence ou não a ele. De todo modo, a preocupação com a identidade do campo é grande entre os agentes, percebida nas falas a seguir:

> A Reforma Psiquiátrica há que ser democrática, há que se reciclar e não pode ser confundida com um modelo que tem a ver com o *establishment*, o Ministério da Saúde.
>
> É importante a gente se posicionar, porque a gente tem visto a destruição de toda a política de saúde mental no Brasil, a partir de uma lógica psiquiátrica, a partir do paradigma da psiquiatria. É importante a gente saber que há paradigmas em disputa.

Observamos, em todos os eventos, uma inquietação com os duros golpes que a democracia, a saúde e Reforma Psiquiátrica vem sofrendo desde 2016. Trata-se de um projeto de governo genocida, de desmonte do Estado democrático, das instituições, do bem público.

O retrocesso efetivado pelo atual governo segue uma lógica higienista, racista, capitalista e manicomial. E, nesse sentido, pergunta-se: como ficará a desinstitucionalização?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese foi redigida neste último ano: ano de cansaço, incertezas, preocupações e revolta. Quando começamos, estávamos há um ano em distanciamento social, provocado pela pandemia de COVID-19, sendo que, quando ainda fazíamos a coleta de dados em eventos do campo da Saúde Mental, tudo foi interrompido.

Quando falamos "tudo", nos referimos a "tudo" mesmo: encontros presenciais, troca física de afetos, aulas, pesquisas, trabalho... num primeiro momento, fomos tomados por uma certa paralisia. Aos poucos, as atividades foram sendo retomadas de outra forma, mas não sem dor. Retomar os estudos, as pesquisas que embasam esta tese foi um processo difícil em meio ao caos social, político, sanitário e econômico no qual estamos imersos. Além disso, a necessidade de realizar a pesquisa de campo de outra forma: virtualmente. Muitas incertezas com relação à metodologia, dúvidas se se tratava de uma possível mudança de curso, receio de que, pesquisando nos eventos virtuais poderíamos ter uma "perda" na captação da grandeza das narrativas e discursos. Até porque entendíamos, até o momento, que uma etnografia pressuporia presença física.

Cronologicamente, nossa caminhada se fez da seguinte forma: empreendemos, primeiramente, uma pesquisa bibliográfica, em documentos governamentais e em documentos científicos, que era, a princípio, a metodologia proposta no projeto de pesquisa. Seguimos, para tanto, os passos dados por Furtado *et al* (2016), buscando os documentos governamentais no sítio da Coordenação Nacional de Saúde Mental e da BVS, a partir dos descritores "desinstitucionalização" *and* "saúde mental". O período adotado como referência foi entre 1990 (ano que consideramos o marco teórico do conceito de "desinstitucionalização") e 2015 (ano que precedeu o início do doutorado). Nossa intenção primeira era, no campo científico, não somente abordar os artigos científicos, mas também livros, capítulos de livros, monografias, dissertações e teses, bem como investigar outras bases de indexação de artigos, como *PubMed*, *Lilacs*... no entanto, durante o percurso em nossa pesquisa bibliográfica e ao cruzarmos os resultados identificados nos documentos governamentais e documentos científicos, percebemos dois aspectos: o primeiro está em consonância com o achado de Furtado *et al* (2016), de que o campo burocrático induz o campo científico; o segundo se

refere à polissemia encontrada no termo “desinstitucionalização”, que nos indicou que compreender seus usos e sentidos extrapolaria a investigação bibliográfica.

Então, com estes primeiros resultados, partimos para a segunda etapa de nossa investigação. Dedicamo-nos a conhecer o que os agentes do campo da Saúde Mental falam a respeito da desinstitucionalização, ou “desins”, para os mentaleiros. Para tanto, havia necessidade de frequentar os espaços por onde os mesmos circulam. Entendendo que o campo burocrático induz o científico e considerando que os agentes passeiam por ambos os campos, por serviços e associações, escolhemos frequentar os eventos promovidos pelo campo da Saúde Mental. Trata-se de espaços onde os agentes expressam opiniões, que são legitimadas ou não por seus pares, assim como apresentam resultados de pesquisas e experiências na Rede de Atenção Psicossocial. Começamos a frequentar eventos que tinham o termo “desinstitucionalização” em seu título, ou nos quais ela aparecesse como eixo temático ou título de grupo de trabalho. Começamos a frequentá-los no ano de 2018, com a intenção de etnografar os eventos que ocorressem até julho de 2020. Utilizamos como ferramenta metodológica a “etnografia de interface”, proposta por Ortner (2010) e a experiência de etnografia de um congresso realizada por Azize (2010).

Com a expectativa da etnografia, e, depois, pelo fato de termos sido surpreendidos pela pandemia, a busca de outras fontes de documentos científicos ficou suspensa. Como afirmamos, os anos de 2020 e 2021 têm sido muito difíceis sob muitos aspectos. Houve o momento de suspensão, seguido do momento de reflexão, depois reestruturação e reorganização. E aí, pronto! Assim como o campo da Saúde Mental, tão diverso e tão rico, com uma grande quantidade de eventos calorosos migrou para o campo virtual, também o fizemos. A versatilidade do campo possibilitou que o cuidado em saúde mental continuasse de forma remota e, dessa mesma forma, continuaram os eventos, que também se tornaram o espaço de construção de estratégias de resistência e enfrentamento contra o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental, que acontece desde 2014. Seguimos as orientações de Deslandes e Coutinho (2020) a respeito da pesquisa em ambiente digital, que nos apontou que em todo processo de investigação há uma perda, que esta não é uma prerrogativa da pesquisa em ambientes digitais. Além disso, com Bonet (2014), pudemos assumir que não havia necessidade de construir uma nova metodologia para abordar o espaço virtual.

Dessa maneira, construímos uma metodologia para acessar o campo da Saúde Mental. Combinamos a investigação bibliográfica com a etnografia de eventos físicos e virtuais como uma alternativa a outros procedimentos metodológicos, como entrevistas e estudos de caso, por exemplo. A metodologia escolhida nos permitiu: 1) observar a disputa existente no campo

da Saúde Mental, acerca do monopólio do capital (o posicionamento Antimanicomial é um deles), que nos permite identificar os agentes que pertencem ou não ao campo; 2) identificar falas que são legitimadas pelo campo (publicações) e aquelas que ainda estão em debate, ou seja, nos eventos, buscando a legitimação; 3) falar *com* os agentes e não *sobre* eles, principalmente porque também pertencemos ao campo, em outro momento como trabalhadores e hoje como pesquisadores; 4) correlacionar os achados da pesquisa bibliográfica e da etnografia. Neste sentido, a metodologia utilizada pode contribuir com outras pesquisas no campo da Saúde Mental, à medida que se apropria das narrativas, discursos e disposições dos agentes, caracterizando o campo em situações e contextos de debate público e coletivo.

Nosso projeto de pesquisa, como apontamos, previu um número maior de documentos científicos a serem investigados, inclusive livros e capítulos de livros muito importantes, como "Desinstitucionalização da saúde mental" (PINHEIRO, et al, 2007), a série de Cadernos IPUB (publicação do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro); teses, como "Reforma psiquiátrica à brasileira : análise sob a perspectiva da desinstitucionalização" (HEIDRICH, 2007), "Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental" (NICÁCIO, 2003), "O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso" (GULJOR, 2013). Entretanto, a análise dos documentos foi limitada devido à investigação dos eventos. Acreditamos que observar esses encontros, como participantes, nos apresentariam aspectos não abordados pelos documentos científicos. A previsão era a etnografia de mais de oito eventos, sendo que um deles, como era mensal, incluía, até 2020, mais cinco encontros, além dos etnografados. Diante da pandemia e da impossibilidade dos eventos presenciais, nos perguntamos: o que incluir ou não? Rumaremos aos eventos virtuais ou retomamos a pesquisa bibliográfica? A própria pandemia nos respondeu: se pretendemos conhecer o campo da Saúde Mental, precisamos acompanhar seu movimento. O mesmo tem se organizado para denunciar os retrocessos e lutar pelo cuidado de pessoas no contexto da pandemia. Se o campo propunha uma outra forma de dialogar, ali estaríamos nós. A investigação dos eventos foi expandida para além de vinte encontros, embora, claro, o campo tenha promovido muitos mais, e não tínhamos pernas para acompanhar esta velocidade.

Portanto, esta tese apresentou os resultados de uma empreitada marcada por diferentes obstáculos, concessões, escolhas e abdicações. Acreditamos que ela trouxe não somente aspectos para que pudéssemos refletir sobre os usos e sentidos da desinstitucionalização no

campo da Saúde Mental brasileiro, como também uma breve contextualização do campo em situação de pandemia. Esta tese pretendeu abrir um caminho para a continuidade, ampliação e aprofundamento de seus achados. Novos estudos, publicados recentemente, como os livros "Portas abertas à loucura", organizado por Faleiros, Campos e Faleiros e prefaciado por Amarante (2017), "(Re)Pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização", organizado por Lima (2019), assim como a nova publicação de um livro já esgotado no Brasil, marco desta tese, "Desinstitucionalização", organizado por Nicácio, em 2019, atestam a relevância do tema, apresentando-nos um novelo que se desenrola há 31 anos, sai dos textos, permeia discursos e ocupa o espaço virtual da Saúde Mental.

O fato de ser um tema em voga há 31 anos no campo da Saúde Mental é um resultado relevante de nossa pesquisa. Refere-se a práticas, referencial ideológico e político dos agentes, avanços no cuidado territorial e saída do hospital psiquiátrico. Nossos estudos indicaram uma polissemia que caracteriza o termo desinstitucionalização, tanto nos documentos burocráticos, quanto nos científicos e nos eventos presenciais e virtuais.

Para a análise dos resultados, partimos das seguintes referências de desinstitucionalização: desconstrução da lógica manicomial, concebida por Rotelli, Leonardis e Mauri (Nicácio, 2019 [1990]), marco teórico deste estudo; o postulado de Amarante (2010 [1996]) sobre os três "Ds": "desinstitucionalização como desconstrução", "desinstitucionalização como desospitalização", "desinstitucionalização como desassistência"; e os níveis de desinstitucionalização propostos por Venturini (2016a): desospitalização, habilitação social, inclusão social e promoção de valor social. Essas concepções foram aprofundadas com as reflexões de Amarante (1999, 2003) e Yasui (2010) sobre os níveis da Reforma Psiquiátrica e articulação entre reabilitação psicossocial e desinstitucionalização realizadas por Saraceno (2001). Esses postulados nos permitiram criar categorias de análise para os achados de nossa investigação e foram descritos no primeiro capítulo desta tese.

Para compreendermos a organização, funcionamento e estrutura do campo da saúde mental, contribuindo, assim, para definir nossos procedimentos metodológicos, tomamos a concepção de campo de Bourdieu (1976, 1989, 2004), seguindo os passos de Furtado *et al* (2016), que assumiu, partindo das reflexões de Vieira-da-Silva e Pinell (2014) sobre o campo da saúde coletiva, que a Saúde Mental se configura como um campo. Considerando o trânsito de agentes entre academia, gestão, serviços e militância, que lhe é peculiar, escolhemos acessá-lo através dos documentos produzidos pelo campo burocrático e pelo campo científico, e através das falas dos agentes pronunciadas nos eventos físicos e virtuais.

O campo burocrático, compreendido, a partir de Bourdieu (CHAMPGNE *et al*, 2020), como os atos do Estado, nos apresentou 37 documentos com a presença simultânea dos termos “desinstitucionalização” e “saúde mental”, caracterizados por portarias, leis, normativas, decretos, manuais e recomendações. Os sentidos evidenciados nos documentos são: “programa” e “desconstrução”, ambos presentes em oito documentos, “desospitalização” identificado em onze documentos, “processo” encontrado em dezesseis documentos e “estratégia” prevalecendo em vinte e seis publicações.

Pudemos realizar algumas inferências a partir desses resultados. A primeira delas poderia ser um questionamento sobre o quanto a política de Saúde Mental é antimanicomial, à medida que poucos documentos se referem à desconstrução da lógica manicomial. Sua maioria traz orientações para a implantação da política através da reorganização dos serviços de base territorial e orienta uma forma de tratamento. Assim, nossa segunda inferência diz respeito a uma ênfase pragmática, ou funcional do campo burocrático da Saúde Mental, seguindo as reflexões de Furtado *et al* (2016). A partir desta perspectiva, temos mais documentos no polo de dominância funcional do que no polo de dominância simbólica. No primeiro, identificamos todos os documentos que caracterizam a desinstitucionalização como programa, desospitalização, processo e estratégia; no segundo, que se situa na interface político-cultural, e, portanto, traz uma dimensão ideológica, identificamos as publicações cujo sentido prevalente é desconstrução. Esses referenciam-se na concepção italiana de desinstitucionalização. Embora concebam a desinstitucionalização como desconstrução da lógica manicomial, não observamos nesses documentos ações propostas que incidam no tecido social, mas sim para o sujeito. Encontramos, com frequência, as expressões “desinstitucionalização do portador de transtorno mental” ou “desinstitucionalização do indivíduo”.

Outro ponto importante é o número diminuto de publicações que articulam a desinstitucionalização à temática de álcool e outras drogas, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e saúde mental da infância e adolescência. Este cenário nos indica que a desinstitucionalização não se volta para estas especifidades, indicando a necessidade de ampliação de ações e ainda de estudos mais aprofundados que reflitam sobre o mesmo.

Um fato que nos chama a atenção é que a desinstitucionalização não é mencionada na principal lei do campo burocrático, a 10.216/2001. Delgado (2016) afirma que a mesma foi resultado de um período de doze anos de negociação. De seu projeto inicial, vários pontos sofreram atenuação, aperfeiçoamentos, justamente para que fosse aprovado. Um dos fatos que ele destaca é a retirada do item que se referia à extinção dos manicômios. A Lei 10.216/2001,

segundo Delgado, não prevê o fechamento de manicômios. No entanto, para ele, isso não descaracterizou a Lei; por outro lado, permitiu que novas portarias surgissem a fim de aumentar o financiamento dos serviços de base territorial. Delgado chega a afirmar que o artigo quinto fala sobre desinstitucionalização. Em nosso estudo, verificamos que o termo não é mencionado. Nele, se fala em alta planejada e reabilitação psicossocial. Temos, deste modo, uma lei que não deixa claro o principal pilar da Reforma Psiquiátrica.

O campo científico, aquele que é considerado por Bourdieu (1976) como caracterizado por uma disputa do capital epistemológico, também apresentado no terceiro capítulo desta tese, evidenciou 70 documentos com presença dos termos "desinstitucionalização" e "saúde mental", ou em seu título, ou no resumo ou nas palavras-chave. Dos 70 trabalhos, 51 são relatos de experiências e pesquisas empíricas. Essas publicações apresentam experiências impulsionadas pelo campo burocrático, como implantação de ações e serviços no território, consideradas como "desinstitucionalização" ou relacionadas a ela. Elas utilizam os sentidos do campo burocrático adotados para desinstitucionalização, como processo, programa e principalmente "estratégia". A maioria das pesquisas se alicerçam no conceito italiano de desinstitucionalização.

Verificamos que tal cenário é ratificado pelas inferências realizadas por Furtado *et al* (2016) e de Campos *et al* (2020): em saúde mental, o campo burocrático mobiliza o campo científico. Esta tese evidenciou que conforme o campo burocrático produzia, ou ainda, publicava documentos muito relevantes, o campo científico aumentou sequencialmente o número de publicações.

Como uma forma mais didática para a apresentação dos sentidos, organizamos de acordo com os níveis de desinstitucionalização, descritos por Venturini (2016a): 1) desospitalização (todos os artigos que apresentavam a desinstitucionalização como desospitalização; mudança da postura do profissional); 2) Habilitação Psicossocial (aqueles em que a desinstitucionalização era referenciada como alta assistida / acompanhamento terapêutico); 3) Inclusão Social (os trabalhos em que os sentidos para desinstitucionalização foram: Rede de cuidado territorial / RAPS / Estratégias de desinstitucionalização / Cuidado: integralidade, promoção de saúde; Reabilitação Psicossocial / Serviço Residencial Terapêutico/ Inserção no Trabalho; Inserção social / cidadania / direitos /autonomia); 4) Promoção de Valores Sociais (as publicações em que desinstitucionalização aparece como desconstrução da lógica manicomial).

O sentido prevalente foi "inclusão social", presente em 61 artigos. Verificamos o mesmo cenário encontrado no campo burocrático, ou seja, a desinstitucionalização

caracterizada num polo de dominância funcional, relacionada à implantação de serviços e a expansão da rede de cuidados territorial. Neste polo também estão os oito trabalhos que apresentam a desinstitucionalização como desospitalização e os cinco que a caracterizam como habilitação social. No polo de dominância simbólica estão os vinte e quatro documentos que trazem a desinstitucionalização como promoção de valor social.

Esta tese não pretendeu ser um documento-denúncia a respeito de práticas ou representações conceituais acerca da desinstitucionalização. Os resultados não foram analisados a partir de uma perspectiva de certo ou errado, ou ainda qualquer julgamento moral que apontasse para uma desinstitucionalização "falsa" e outra "verdadeira". Entretanto, lançamos mão de julgamentos teóricos que formaram categorias de análise para expor a singularidade da desinstitucionalização no campo da Saúde Mental brasileiro. Verificamos que se trata de uma desinstitucionalização que se refere a práticas, saberes e indivíduos.

Nessa perspectiva, caminhando pelos cinco eventos presenciais e assistindo aos vinte e seis virtuais, apresentados no último capítulo, nos deparamos com cenário semelhante ao encontrado na investigação bibliográfica: o polo de dominância funcional é prevalente. A maior parte dos eventos traz os sentidos de desospitalização e inclusão social para desinstitucionalização.

Entretanto, outros achados nos chamaram a atenção nos eventos: indagamos se seria possível atribuir novos sentidos para a desinstitucionalização; a forte presença do debate sobre os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico; a importância de estar nos eventos e ouvir os usuários da RAPS e sua apropriação do termo "desinstitucionalização" e a mobilização do campo no espaço virtual.

Identificamos a desinstitucionalização proposta como uma forma de resistência e enfrentamento ao desmonte da política da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica. E, mais ainda, ao mesmo tempo em que a palavra "resistência" foi acionada claramente como adjetivo para a desinstitucionalização, um dos eventos presenciais, que se propõe a discutir a desinstitucionalização, consegue se manter vivo com mais de 30 encontros. Ao lado de "resistência", encontramos os termos "transinstitucionalização" e "neo-institucionalização" fortemente apresentados e debatidos. Seriam eles novos sentidos? Embora Venturini (2016) tenha abordado desinstitucionalização como transinstitucionalização, não nos foi possível reunir mais caminhos para abordar esta pergunta, de maneira que nossas ferramentas teóricas não foram suficientes para tal análise. Portanto, fica uma indicação para novos estudos...

Nos eventos, sobretudo nos eventos virtuais, muito se debateu sobre os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Importante passo dado pelo campo, uma vez que a

Reforma Psiquiátrica deve se voltar para “o pior do pior”, como verbalizam seus agentes. Muito se avançou na Reforma, mas pouco no sentido dos HCTPs. Outro dado que nos aponta para a prevalência deste debate se refere à revogação, em 2020, da portaria que regulamentava o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAPs). É provável que tal ato governamental tenha mobilizado o campo para ações de enfrentamento e ainda enfatizado a importância de uma apropriação do tema pela Saúde Mental. É importante sublinhar que cinco eventos virtuais, dos vinte e seis que falavam diretamente de desinstitucionalização, pautavam os HCTPs.

Nos eventos, dada a diversidade de seus participantes, muitos usuários estavam presentes. Quando falavam sobre desinstitucionalização, identificamos uma apropriação do termo como desconstrução da lógica manicomial e como promoção de valor social. Pareceu-nos que, como sentem os efeitos da desinstitucionalização, esta é tratada de modo mais afetivo do que conceitual, daí sua representação como liberdade e direitos.

Rapidamente, em meio à pandemia, o campo da saúde mental se organizou para continuar suas atividades. Assim, no ambiente virtual, estavam os atendimentos, a construção de estratégias contra um governo que se posiciona contrariamente aos direitos e ações que são caraterísticas da movimentação do campo. Este cenário atesta a potência do campo da Saúde Mental, a forte presença da desinstitucionalização, que após 31 anos continua viva e orientando a Reforma Psiquiátrica. Durante nosso percurso, identificamos um fato curioso: o termo “desinstitucionalização” não é próprio do campo da saúde mental. Em outros campos, é também utilizado como conceito, adquirindo significados diferentes, e, também, como processo/estratégia. Através do mesmo método de pesquisa realizado no campo da saúde mental, identificamos dez artigos com incidência da palavra. Os artigos são divididos nas áreas de Psicologia, Sociologia, Filosofia e Administração. Os mesmos foram publicados entre 1996 a 2015. Observou-se que o termo é usado em oposição à institucionalização, cujo sentido é poder, sedimentação, construção de identidade, perpetuidade, propagação. Desinstitucionalização foi apresentado com aspectos positivos e negativos. Este cenário corrobora a hipótese da existência de três categorias utilizadas para “desinstitucionalização”, ou seja, como conceito, como simples termo e como processo.

Interessante que Amarante analisa a ideia da “desinstitucionalização como um processo social complexo” (ROTELLI *apud* AMARANTE, 2003, p. 48):

> Um *processo* indica algo em permanente movimento, que não tem fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. Aponta para a constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história. Um

> *processo social* nos assinala que existem atores sociais envolvidos e, enquanto tal, que existem interesses e formulações em conflitos, em negociações. E, enfim, um *processo social complexo* se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultaneamente e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade. (AMARANTE, 2003, p. 48-9 – grifos do autor)

Tal reflexão de Amarante foi ilustrada diversas vezes, tanto na noção de um *continuum*, que caracteriza, para Venturini (2016a), o acontecer da desinstitucionalização, como na fala de uma participante em um evento presencial, referindo-se que a desinstitucionalização não tem um fim. E, por se tratar de um "processo social complexo", a desinstitucionalização abre diferentes portas para que possa ser estudada. Nosso trabalho permitiu que chegássemos aos resultados aqui alcançados, mas esses mesmos resultados indicam novos caminhos para a continuidade do estudo, sobretudo no que se refere à desinstitucionalização e infância e adolescência; desinstitucionalização e álcool e outras drogas; desinstitucionalização e HCTPs; transinstitucionalização e neo-institucionalização.

Além desses recortes temáticos, estudar a desinstitucionalização em documentos, a partir do ano de 2015, compreendê-la no cenário de desmonte do SUS e da política de saúde mental desde 2016, e, ainda, a desinstitucionalização no cenário pandêmico são indicações para estudos posteriores. Considerando as possibilidades identificadas pela metodologia construída por nosso estudo, seria importante continuar a investigação em teses, dissertações, monografias, livros e outras produções científicas sobre a desinstitucionalização, comparando-as com novos documentos publicados pelo campo burocrático.

Uma organização social denominada Desinstitute, fundada em 2020, tem como objetivo atuar em favor da Reforma Psiquiátrica brasileira, da Luta Antimanicomial, para que os direitos humanos e o cuidado em liberdade sejam garantidos (PORTAL DESINSTITUTE). A organização denunciou, através de importante documento publicado em setembro de 2021, intitulado "Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/21" (WEBER, 2021), a negligência que o campo da Saúde Mental vem sofrendo pelo governo federal nos últimos anos. Neste documento, a organização recompõe dados sobre a RAPS não notificados pelo governo, uma vez que a publicação "Saúde Mental em dados" foi tirada de circulação desde 2016. Este documento do governo federal trazia dados a respeito do investimento público em Saúde Mental, implantação de rede territorial de cuidado, inserção de novos beneficiários no Programa de Volta para Casa e fechamentos de leitos psiquiátricos. Tratava-se de um importante canal de transparência no campo da Saúde Mental.

O Desinstitute compilou os dados dos últimos cinco anos, desde que “Saúde Mental em dados” deixou de ser publicado. Esta pesquisa apresentou a alarmante condição da RAPS, e, assim, dos rumos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os organizadores destacam a suspensão, desde 2014, do Programa Nacional de Avaliação Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), principal ferramenta de avaliação dos hospitais psiquiátricos brasileiros que recebem verbas públicas. Além da suspensão do PNASH/Psiquiatria, o Ministério da Saúde aumentou em torno de 60% o financiamento público para estas internações. O documento ainda denuncia, através dos resultados de uma inspeção realizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e outros órgãos federais de controle, em 2018, que 52% das instituições vistoriadas não possuíam alvará ou licença sanitária válida, e pelo menos 42% delas não ofereciam condições alimentares adequadas aos internos. Em 77% das instituições foi verificado uso de mecanismos de tortura, como contenção mecânica e o impedimento do acesso dos pacientes a seus familiares.

Outra denúncia trazida pelo documento refere-se ao crescente financiamento, através de verbas públicas, das comunidades terapêuticas. A publicação destaca que, em 2010, essas instituições receberam em torno de R$12,86 milhões, através do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), que publicava editais para o financiamento. Em 2018, o montante de repasse aumentou em dez vezes. A nova Política Nacional sobre Drogas, sancionada pelo presidente Jair Bolsonaro em 2019, indica as comunidades terapêuticas como referência para tratamento de pessoas em sofrimento causado pelo uso de álcool e outras drogas. Esta centralidade nas comunidades terapêuticas eleva o investimento nas mesmas, com previsão para mais de R$ 300 milhões, conforme indicado pelo Ministério da Cidadania e apurado pelo Painel.

O documento aponta que, com o investimento em leitos psiquiátricos e em comunidades terapêuticas, há uma desaceleração na implantação de novos CAPS, desde 2017. O Painel ressalta que 2018 foi ano com menos CAPS cadastrados, seguindo de 2019 e 2020, com menos da metade dos anos que mais tiveram CAPS habilitados, como o ano de 2012.

O último dado extremamente grave, apontado pelo Desinstitute, refere-se aos gastos federais *per capita* com a Política de Saúde Mental: caiu de R$ 16,90 (2012), para R$ 12,40, (2019).

O cenário apresentado ratifica o importante papel da desinstitucionalização para garantia de direitos e o cuidado em liberdade, no entanto, aponta para um futuro desastroso, se considerarmos a política de governo adotada. Assim, debruçar-nos sobre a desinstitucionalização faz-se urgente: ouvindo o que os agentes do campo da Saúde Mental vêm pronunciando, ou ainda, como o campo vem se organizando para a resistência da

Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, como verificamos nos eventos virtuais, sobretudo. Além disso, faz-se necessário compreender como os agentes de outros campos vem se posicionando a respeito, como, por exemplo, a Associação Brasileira de Psiquiatria, que alicerça decisões do atual governo.

Esta tese não intencionou esgotar o tema, mas abrir uma nova possibilidade de abordá-lo e, ainda, ampliar o olhar a respeito da desinstitucionalização no campo da Saúde Mental brasileiro.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. *In:* FEERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999.

AMARANTE, P. **A (clínica) e a reforma psiquiátrica**. *In*: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente (1996)**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

AMARANTE, P. **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. 1ª ed. Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AGÊNCIA BRASIL. **Com reforma, número de leitos psiquiátricos no SUS diminuiu 40%**. Artigo publicado em 22/08/2015. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-08/com-reforma-numero-de-leitos-psiquiatricos-no-sus-diminuiu-40-em. Acesso em: 14 jun. 2021.

ARAÚJO, M. P. B. de *et al*. **Pandemia de COVID-19 e a implementação de teleatendimentos em saúde mental: um relato de experiência na Atenção Básica**. (2020). Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3306. Acesso em: 01 jul. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Carta aberta à população**. (2017). Disponível em: https://www.abp.org.br/notasoficiais. Acesso em: 14 jun. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Sobre as mudanças na Política de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas**. (20/02/2019). Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/ . Acesso em 14 jun. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Estratégias para a consolidação do SUS e do direito à saúde – artigo de Gastão Wagner**. (18/09/2017). Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/estrategias-para-consolidacao-do-sus-e-do-direito-saude-artigo-de-gastao-wagner/30753/. Acesso em: 15 jun. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. **Nota técnica ABRASME: sobre o revogaço na política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil**. (2020). Disponível em: https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/104279/nota-t%C3%A9cnica-da-abrasme-sobre-o-revoga%C3%A7o-na-pol%C3%ADtica-nacional-de-sa%C3%BAde-mental-%C3%81lcool-e-outras-drogas-no-brasil. Acesso em: 14 jun. 2021.

AZIZE, R. **Notas de um "não-prescritor": uma etnografia entre os estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria**. *In*: MALUF, S. W. TORNIQUIST, C. S. (org.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

BONET, O. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina da família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2014.
BOURDIEU, P. ***Le champ scientifique***. (1976). Disponível em: https://www.persee.fr/docAsPDF/arss_0335-5322_1976_num_2_2_3454.pdf. Acesso em: 19 maio 2021.

BOURDIEU, P. **A gênese dos conceitos de *habitus* e de campo**. *In*: BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais das ciências: por uma sociologia do campo científico** (1997). São Paulo: Editora UNESP, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Portaria MC nº 582, de 8 de janeiro de 2021**. Estabelece normas e procedimentos administrativos para a comprovação da prestação de serviços de acolhimento residencial transitório, prestados pelas Comunidades Terapêuticas (CTs) contratadas no âmbito do Ministério da Cidadania (MC), por meio da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-mc-n-582-de-8-de-janeiro-de-2021-298263285. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Saúde Mental. **II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final.** (1994). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário – Relatório Final do Seminário para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.** (2002). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_psiquiatrica.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. (2007). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 06/08/2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação e Saúde no Sistema Prisional. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional** (2014). Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf. Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica à Saúde Mental. **Cadernos de atenção básica, n. 34** (2013). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas** (2019). Disponível em: https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº426, de 03 de dezembro de 2009**. Estabelece que os hospitais psiquiátricos indicados para descredenciamento pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria permaneçam nas classes em que se encontravam em outubro de 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0426_03_12_2009.html. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD** (2015). Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. (2007). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde**. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho** (2005). Disponível em: http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Sm%20e%20economia%20solid%E1ria.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** 2ª ed. (2005). Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem?** (2004). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** (2004). Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **"De Volta para Casa" – Manual do Programa** (2003). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. **Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011- 2015 (2016). Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde**. Saúde Mental em dados.** Ano X. n. 12 (2015). Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em dados.** Ano VII. n. 11 (2012). Disponível em: http://www.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbrirDocumento.aspx?cd_documento=183. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em dados.** Ano VII. n. 10 (2012). Disponível em: https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em dados**. Ano VI, n. 8. (2011). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. (2011). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteiras_reforma_psiquiatrica.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em dados**. Ano IV, n. 6. (2009). Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em dados**. Ano III, n. 5. (2008). Disponível em:

http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_05.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em dados**. Ano II. n. 4. (2007). Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. **Caderno Humaniza SUS**. v. 5. (2015). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Cadernos de atenção básica,** n. 34. (2013). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Recomendação nº 1. *In:* **Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil** (2005). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde**. Legislação em saúde mental – 2004 a 2010**. Edição do XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional se DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** (2003). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Mostra fotográfica Programa de Volta para Casa: cartilha de monitoria**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://saudementalrn.files.wordpress.com/2012/07/mostra_fotografica_programa_volta_casa.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2002**. 3ª ed. (2002). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf. Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5ª ed. (2004). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf. Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos** (2014). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Portaria GM/MS nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011**. Republicada em 2012. 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Portaria 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 04 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Portaria GM/MS nº 678, de 30 de março de 2006**. Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM678_20060330.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. (2005). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Portaria GM/MS nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Portaria GM/MS nº 2.077, de 31 de outubro de 2003**. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077_31_10_2003.html. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso: 08 out. 2021.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto de 28 de maio de 2003**. Institui Grupo de Trabalho Interministerial para os fins que especifica e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/DNN/2003/Dnn9890.htm. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 10.2016, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. (2001). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf. Acesso em: 06 ago.2019.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental** (2001). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010** (2010). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

CAMPOS, R. O. FURTADO, J. P. **Narrativas: utilização da pesquisa qualitativa em saúde**, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7066.pdf. Acesso em: 26 abril 2021.

CAMPOS, R. O. *Et al*. **Estudos de saúde mental publicados nos últimos 25 anos na revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Q7YzJKPTbWYL6w5BBTBDdxC/?lang=pt. Acesso em: 03 jan. 2022.

CATANI, A. M.; NOGUEIRA, M. A. HEY, A. P.; MEDEIROS, C. de (orgs). **Vocabulário Bourdieu**. Rio de Janeiro: Editora Autêntica, 2017.

CHAMPAGNE, P.; LENOIR, R.; POUPEAU, F.; RIVIÈRE, M. **Sobre o Estado: cursos no Collège de France (1989-1992)** (PIERRE BOURDIEU). 4. reimp. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

CORREIA, L. C.; MAGNO, P. F. C. **Direito à saúde mental e políticas públicas para as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei: uma análise das estratégias jurídico-políticas de resistência contra o retrocesso.** (2021). Disponível em: https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/4918. Acesso em: 17 ago. 2021.

CRUZ, N. F. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. **Retrocessos na Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. (2020). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00285117.pdf. Acesso em: 05 maio 2021.

CRUZ, N. M. L. V. *et al*. **Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil**. (2020). Disponível em: https://apsemrevista.org/aps/article/view/94. Acesso em: 01 jul. 2021.

DELGADO, P. G. São João Del Rei: diálogo sobre os caminhos da Reforma Psiquiátrica. Entrevista com Pedro Gabriel Delgado, em 28/06/2013. Michele de Almeida Cézar, entrevista e transcrição; Walter Melo, orientação. Revista pelo autor. *In*. MELO, W. RESENDE, PHC. BAETA, S. R. T. O. S. (Orgs.). **Mobilização, Cidadania e Participação Comunitária**. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2016.

DESLANDES, S.; COUTINHO, T. **Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: notas teórico-metodológicas**. (2020). Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/hz9h4Fm4mdrvnZwTfKRpRNq/?lang=pt. Acesso em: 31 jul. 2021.

FALEIROS, E. R. S.; CAMPOS, T. P. da M.; FALEIROS, V. de P. **Portas abertas à loucura**. Curitiba: Editora Appris, 2017.

FERTONANI, H. P., *et al*. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. (2015). Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 27 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

FURTADO, J. P. *et al*. **Inserção social e habitação: um caminho para avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil.** (2010). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a12v14n33.pdf. Acesso em: 04 maio 2021.

FURTADO, J. P. NAKAMURA, E. (Orgs). **Inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave**. São Paulo: Fap-UNIFESP Editora, 2014.

FURTADO, J. P. *et al*. **A concepção de território na saúde mental**. (2016). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00059116.pdf. Acesso em: 18 abril 2021.

GULJOR, A. P. F. **O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso**. 2013. 356 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13803. Acesso em: 06 out. 2021

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/392. Acesso em: 06 out. 2021.

KINOSHITA, R. T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial.** (1995). *In*: PITTA, A. (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

LIMA, A. F. de (Org.). **(Re)Pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização**. Curitiba: Edita Appris, 2018.

LIMA, S. S.; BRASIL, S. A. **Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização**. (2014). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00067.pdf . Acesso em: 15 jun. 2021.

MATTOS, C. L. G. de. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. (2011). Disponível em: http://books.scielo.org/id/8fcfr/pdf/mattos-9788578791902-03.pdf.. Acesso em: 21 maio 2021.

MICHAELIS DICIONÁRIO BRASILEIRO DA LÍNGUA PORTUGUESA (205). Disponível em: https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/.

NASCIMENTO, M. S.; SILVA, M. B. B. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia de eventos de saúde mental. (2020). Disponível em: http://cebes.org.br/publicacao/saude-em-debate-v-44-n-especial-3-retratos-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/. Acesso em: 11 jul. 2021.

NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. (*fac-símile*). São Paulo: Editora Hucitec, 2019.

NICACIO, M. F. de S. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.** 2003. 225 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Medicas, Campinas, SP. Disponível em: http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311999. Acesso em: 06 out. 2021.

OLIVEIRA, W. F. de. **A Abrasme e o Congresso Brasileiro de Saúde Mental como elementos de participação política e social em Saúde Mental**. (2009). Disponível em: http://stat.saudeetransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/996. Acesso e: 01 jul. 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53027/9789275323014_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 24 jun. 2021.

ORTNER, S. **Access: reflections on studying up in Hollywood**, 2010. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1466138110362006. Acesso em: 26 abril 2021.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. *In*: GIOVANELLA, L., e*t al*. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012.

PATEL, V.; SAXENA, S. *et al*. **The Lancet Commission on global mental health and sustainable development**. (2018). Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31612-X/fulltext. Acesso em: 24 jun. 2021.

PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G. da.; MATTOS, R. A. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS-UERJ-ABRASCO, 2007.

PORTAL DESINSITUTE. https://desinstitute.org.br/. Acesso em: 10 out. 2021.

PORTAL DA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS. **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**. (22/11/2019). Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7639-programa-de-aten%C3%A7%C3%A3o-integral-ao-louco-infrator-paili. Acesso em: 02 ago. 2021.

RIBEIRO, G. G.; SILVA, G. B. da; HOLANDA, A. F. de. Legislação em Saúde Mental no Brasil (1966-2001): trajeto das campanhas de saúde às reformas na assistência. (2017). Disponível em: https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/99. Acesso em: 05 maio 2021.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de.; MAURI, D. Desinstitucionalização uma outra via (1990). *In*: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. (*fac-símile*). NICÁCIO, F. (org.). São Paulo: Editora Hucitec, 2019.

SAFATLE, V. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. Em: SAFATLE, V.; SILVA JÚNIOR, N. da.; DUNKER, C. (orgs). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2020.

SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. *In*: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

SARACENO, B. **A Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização. Benedetto Saraceno**. Rio de Janeiro: ENSP TV Fiocruz, 2015, 1 vídeo, MPEG-4, (11min58s), son., color.

(Entrevistador: Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado). Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16780. Acesso em: 09 jun. 2021.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2.ed. Belo Horizonte: Te Corá, 2001.

SARAIVA, F. R. dos Santos. **Novíssimo diccionario latino-portuguez**. 9.ed. Rio de Janeiro: Livraria Garnier, 2000.

Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ/IPUB/NUPPSAM. **Anais do I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial - I CONCAPSi**. Rio de Janeiro: UFRJ/UERJ, 2013.

VENTURINI, E. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016a.

VENTURINI, E. **O novo paradigma científico e as leis da reforma**. *In*. MELO, W. RESENDE, P. H. C. BAETA, S. R. T. O. S. (Orgs.). **Mobilização, cidadania e participação comunitária**. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2016b.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **O campo da saúde coletiva**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. PINELL, P. ***The genesis of collective health in Brazil***. (2014). Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17885. Acesso em: 26 abril 2021.

WEBER, R. (Org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01 / Desinstitute**. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/. Acesso em: 10 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZACION; THE GULBEKIAN GLOBAL MENTAL HEALTH PLATFORM. **Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey**. Geneva, World Health Organization, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/112829. Acesso em: 24 jun. 2021.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.