

Entre papéis e o arquivo: reflexões etnográficas sobre a produção de documentos do "campo social da saúde mental"

SP.19: Interrogando la política y las políticas desde abordajes etnográficos. Desafíos para la construcción de conocimiento antropológico

Ponentes

Nombre	Pertenencia Institucional
Maria Luiza de Freitas de Souza	Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução

Em dezembro de 1987, em São Paulo, ocorreu o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. À época, a primeira manifestação pública pela extinção dos manicômios inaugurou um novo momento, no qual a luta antimanicomial brasileira propunha uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. Como demarcação desses esforços de articulação nacional, o lema “Por uma sociedade sem manicômios!” foi cunhado. O posicionamento apresentado no Manifesto de Bauru colocava-se, dentre tantas coisas, contra a mercantilização da doença e de uma reforma sanitária autoritária e privatizante. Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT) enviou para a aprovação o projeto de lei nº 3.657, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios, sua eventual substituição por outros recursos assistenciais e sobre a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. Não tendo sido aprovado no Senado Federal, seguiu em tramitação por cerca de 12 anos², incorporando uma série de modificações até ser finalmente aprovado.

Foi apenas em abril de 2001 que a Lei nº 10.216/2001 – também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica – foi promulgada, dispondo sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no país (Brasil, 2001). Sua efetivação, que resulta diretamente dos movimentos sociais da luta antimanicomial e da reforma sanitária, corresponde da mesma maneira à imaginação política gestada durante o período de transição democrática (Amarante; Nunes, 2018). Em conformidade com os princípios constitucionais recém consolidados de garantia de direitos, ao Estado coube a formulação de uma política pública de saúde mental, na contramão da privatização da assistência (Fonte, 2012). Segundo com estudiosos do processo de institucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Silva et al, 2020), essa lei foi responsável pela inauguração de um modelo científico e ético de cuidado – o modelo psicossocial – em oposição ao modelo médico patologizador e excludente.

Para Martinho da Silva (2013), as diretrizes formuladas por esse texto legal indicavam tanto para modificações em termos de tecnologias psicossociais como de categorias antimanicomiais. Isto é, tanto para o rearranjo entre clínica e política a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como para a produção de novas categorias antimanicomiais. Ao redor da mobilização social e política por uma sociedade sem manicômios estão posicionados diferentes atores, cujas ações conformam e dão sentido a um determinado campo (Bourdieu,

2005[1997]). Aquele invariavelmente comprometido com o cuidado territorial, em liberdade e como respeito à dignidade humana e cujos valores defendidos se filiam a gramática específica da luta antimanicomial será aqui tratado como o “campo social da saúde mental”³. Dentre os seus principais atores estão: militantes; profissionais de saúde mental (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais); usuários dos serviços de saúde e seus familiares; conselhos de classes profissionais, tais como o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Conselho Federal de Psicologia e Serviço Social (CFESS); parlamentares eleitos; associações sem fins lucrativos como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Associação Brasileira em Saúde Mental (Abrasme) e órgãos independentes vinculados a algum dos ministérios, tal como o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT).

Do outro lado, como seu antagonista, está o campo organizacional das comunidades terapêuticas. Tais instituições consistem em entidades privadas sem fins lucrativos voltadas para o acolhimento gratuito de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas⁴. O modelo terapêutico oferecido é baseado em três pilares fundamentais: disciplina, trabalho e espiritualidade (Santos, 2018)⁵, sendo a abstenção uso de álcool e outras drogas um condicionante para a obtenção de tratamento (Fracasso, 2002)⁶. Dentre os seus principais atores estão: profissionais de saúde mental (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais), associações e conselhos profissionais, tal como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM); parlamentares eleitores, entre deputados estaduais, deputados federais e senadores e entidades representativas, como a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT). De acordo com o “campo social da saúde mental”, as CTs figuram como uma roupagem moderna para velhas abordagens psiquiátricas e manicomiais. E enquanto tal, não apenas colocam em risco os avanços conquistados pela RPB como também desafiam um projeto mais amplo de sociedade radicalmente distinto.

O enquadramento etnográfico aqui proposto está justamente voltado para este entrecruzamento: ou melhor, para o(s) ponto(s) de inflexão no(s) qual(is) a trajetória das comunidades terapêuticas – sua institucionalização e sua recente ascensão ao protagonismo na cena política sobre drogas – atravessou (e assim o segue fazendo) o arco mais amplo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para os fins almejados por este trabalho serão aqui considerados, respectivamente, o ano de 2011 e o período compreendido entre os anos de 2015 e 2023. Aquele quando as

comunidades terapêuticas foram consideradas como parte constitutiva da Rede de Atenção Psicossocial e outros marcos normativos foram formalizados e esse quando, na visão de especialistas, os retrocessos na condução das Políticas Nacionais de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas se intensificaram culminando na aprovação do departamento de apoio às comunidades terapêuticas. Em ambos os casos, diferentes atores sociais estiveram mobilizados na produção de documentos, sejam eles oficiais ou não⁷.

À medida em que me vi imersa em um considerável rastro de papéis, tratei de segui-los. Para tanto, a pesquisa de campo foi realizada em minha “aldeia-arquivo” (Carrara, 1998), em um esforço epistemológico de olhar para os papéis e não através deles (Ferreira; Lowenkron, 2020), de modo a mapear as teias relacionais onde algumas categorias circulam, se constituem e se transformam⁸. A adoção da perspectiva teórico-metodológica de uma etnografia da documentação (Freire, 2022) e de categorias (Regenberg, 2023) considera que a “papelada” produzida – e especialmente aquela produzida pelo “campo social da saúde mental” – constituem um objeto antropológico significativo. Em outras palavras, referem-se a uma trilha possível de acesso e interpretação sobre as políticas de saúde mental, álcool e drogas no país (Chaves, 2018). Ao caracterizar as comunidades terapêuticas como o seu antagonista, a produção de documentos aqui tomada como objeto de pesquisa revela os valores éticos, as expectativas de futuro e os projetos de sociedade aos quais esta coletividade de atores se filia. Ademais, tendo em vista que vinculam-se a construção de uma política pública em saúde mental, álcool e outras drogas, tais documentos fazem parte do processo através do qual o Estado é *feito* cotidianamente.

Com quantos papéis se produz um campo? Sobre a constituição do arquivo, as interrogações a ele endereçadas e os contextos de enunciação das categorias

Desde o início do segundo ano de mestrado, quando meus esforços estavam voltados quase exclusivamente à pesquisa, tive muitas questões sobre como começar o trabalho de campo. Um certo fetiche pela ida à campo parecia se manter, mesmo depois de ter lido muitas páginas acerca dos limites e das possibilidades de (re)invenção do fazer de um etnógrafo/antropólogo. Na tentativa de mitigar a frustração que sentia com o contato exclusivo com a tela de meu computador, compareci a alguns eventos voltados para o debate acerca das comunidades terapêuticas e seu modelo terapêutico. Foram eles: o debate “Não às comunidades terapêuticas! A saúde se constrói no território e em liberdade”, organizado pela Liga Acadêmica de Saúde Mental de

Enfermagem da UERJ; o Fórum Interinstitucional de Atenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas; o ato público no dia internacional da luta antimanicomial, organizado pelo NEMLA-RJ⁹ e o Seminário Saúde Mental, Drogas e Cuidado em Liberdade, organizado pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro.

Apesar de todo o meu esforço e dos encontros possibilitados pelos eventos em que marquei presença, tive de ceder às demandas vinculadas às especificidades dos meus interesses de pesquisa. Ou seja, atentar-me ao potencial heurístico dos papéis e tomá-los não como meras fontes, mas sim como artefatos etnográficos cuja vida social – produção, circulação e arquivamento – se faz interessante à investigação antropológica (Ferreira; Lowenkron, 2020). Isso se deu em razão de alguns fatores que explico a seguir. Em primeiro lugar, destaco a constante mobilização, por parte dos atores do “campo social da saúde mental”, de documentos oficiais para tratar do processo de institucionalização tanto da Reforma Psiquiátrica como das comunidades terapêuticas. Em segundo lugar, ressalto a vasta produção documental feita pelos atores sociais desse mesmo campo para demarcar sua posição contrária aos retrocessos nas políticas públicas em saúde mental, álcool e outras drogas. Por fim, registro também os papéis feitos por mim durante a realização da pesquisa: notas de campo, transcrições e o próprio arquivo final da dissertação¹⁰.

Como evidenciado por Riles (2006), os documentos são artefatos de prática de conhecimento moderno igualmente definidores da prática etnográfica. Nesse sentido, “compreender as condições de cada um desses artefatos (simultaneamente objeto etnográfico, orientação metodológica e categoria de análise) e o tipo de conhecimento que comportam e pretendem é um dos desafios postos pela e para a etnografia contemporânea” (Teixeira, 2014, p. 39). Tal como proposto por Lucas Freire (2022), trata-se de um empreendimento etnográfico no qual “a própria prática de documentação se converte ao mesmo tempo em objeto e material de pesquisa” (ibid., p. 106). Diante dessa perspectiva teórica, meu interesse pelos papéis deriva de suas capacidades de produzir mundos sociais. E, mais especificamente, na possibilidade engendrada por eles para melhor compreender as relações, as mediações e os afetos construídos e/ou transformados a partir das teias nas quais tais documentos se inserem e ajudam a produzir. Uma etnografia documental, como nos informa Vianna (2014), deve considerar que os documentos formam um *corpus* vivo cuja seriedade enquanto peças etnográficas deve ser considerada – tanto como artefatos quanto como artífices de realidades.

Para tratar desse *corpus* vivo formado por centenas de páginas de documentos, o trabalho de Sérgio Carrara foi bastante sugestivo. Em *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século* (1998), o antropólogo realiza uma reconstituição histórica do “surgimento de uma estrutura institucional especialmente voltada ao tratamento ou à contenção de condutas que transgrediam normas, valores e regras” (Antunes, 1999, p. 172). Foi através de sua “aldeia-arquivo” organizada especialmente para o seu estudo que o autor foi capaz de realizar seu estudo. Inspirada por esse empreendimento etnográfico, dediquei-me na construção de minha própria aldeia. Composto de oito pastas, esse arquivo que constituiu o ambiente majoritário no qual esta investigação se deu, agrupa certo volume de materiais de tipos distintos. Todos os elementos inventariados foram recolhidos de maneira virtual e salvos, por completo, em suas versões digitais. A viabilidade dos *links* até a data em que os acessei e os considere relevantes constituiu, por consequência, um fator determinante para a quantidade e a qualidade dos documentos reunidos.

As pastas constituintes de meu acervo e às quais enderecei os questionamentos que nortearam a pesquisa desenvolvida são: 1. “Atos administrativos” (espécies legislativas distintas tais como leis, decretos, normas, portarias e resoluções); 2. “Documentos complementares sobre políticas de saúde no Brasil” (majoritariamente referências técnicas, cartilhas e comunicações em saúde elaboradas pelo Ministério da Saúde); 3. “Dossiês e notas técnicas sobre Comunidades Terapêuticas no Brasil” (relatórios de inspeção e fiscalização realizados sobre tais instituições); 4. “Respostas Psicossociais/Antimanicomiais” e 5. “Respostas Psiquiátricas/Manicomiais” (reverberações produzidas ao longo dos anos por diferentes atores para performar suas posições) e, por fim, 6. “Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira”, 7. “Sobre a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira” e 8. “Sobre as Comunidades Terapêuticas” (conjunto de artigos, dissertações e teses sobre esses tópicos). Em meio a produções acadêmicas, rascunhos de ideias pessoais para o texto final da dissertação, transcrições oficiais e de realização própria, arquivos de leis e cartilhas de divulgação em saúde, o arquivo foi tomando forma e assumindo protagonismo com meu objeto de investigação.

Contudo, não se trata de naturalizar essa noção vinculando-a apenas ao quantitativo de papéis que o constitui. De igual maneira, não tenho nenhuma pretensão de dissociá-lo das escolhas e seleções particulares empreendidas por mim enquanto pesquisadora em sua confecção. A acepção atribuída ao termo arquivo, cabe ressaltar, o compreende como uma lógica própria de organização (Cunha, 2005). Ou seja, como um efeito de práticas de

atribuição de valor efetuadas no decorrer da realização desta pesquisa e cuja forma de movimentação se desenha não apenas pelo material sistematizado, mas mais precisamente pelas perguntas a ele endereçadas. Desse modo, longe de figurar como mero sinônimo de um acúmulo quantitativo de materiais e/ou de uma resma de papéis, o universo de documentos por mim acumulados se configura como um campo marcado por encontros e relações diversas de conhecimento. Isso se deve ao fato de que o arquivo, enquanto uma dialética entre perguntas e materiais, recebeu constantemente novos olhares, encontrando-se em diferentes momentos com a minha subjetividade e, conseqüentemente, apresentando-se de forma múltipla ao meu olhar.

Além disso, ao considerar cada um dos documentos como contextos de enunciação diferenciados, pude também me atentar a certas categorias sobressalentes. Essas, por sua vez, partilham do território linguístico referente à institucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entretanto, mesmo quando sob a insígnia de um mesmo termo, são mobilizadas pelos atores de cada um dos “lados” de maneiras bastante distintas. Assim sendo, a importância adquirida por elas em meu trabalho se deu em razão de seu potencial em desvelar a construção valorativa das bifurcações que diferenciam os modos de tratamento ofertados às pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Tal como enunciado pelo antropólogo Gabriel Feltran (2017), tratei de pensar a construção simultânea e mútua das categorias e de seus intervalos de sentido na vida social, sempre dentro de fronteiras específicas capazes de lhes conferir certa plausibilidade. E, inspirada no trabalho de David Danziger (2023), busquei etnografar a circulação dessas categorias “através de diferentes espaços, tempos e materialidades em relação a processos históricos diversos, traçando seus efeitos” (ibid., p. 14). Isso posto, enfatizo que nesta comunicação serão mobilizadas sobre menos tratadas durante o capítulo – tais como “ampliação”, “avanço”, “retrocesso” e “reconstrução” –, mas igualmente valiosas para o argumento aqui defendido.

Como são feitas as diferenciações? Os atores, os papéis e as categorias na produção de modelos concorrentes destinados a atenção a usuários nocivos de substâncias psicoativas

Segundo argumentado por Taniele Rui (2012) em sua tese de doutorado, o crescimento de métodos de trabalho direcionados ao tratamento e à prevenção do uso de drogas tem como principal resultado a intensificação da disputa por espaço e legitimidade entre entidades públicas e privadas. Diante desse cenário, as disputas sociais e políticas relacionadas à questão das ações de governo¹¹ em saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil podem ser pensadas a partir do embate entre terapêuticas – seja em planos conceituais ou no plano da prática. De

um lado, o “campo social da saúde mental” e a defesa do cuidado em liberdade e de base territorial e, do outro, as comunidades terapêuticas pautadas no isolamento social e no tratamento mediado pela convivência entre pares. As diferenças e os valores atribuídos a cada um dos modelos terapêuticos citados anteriormente, todavia, não estão dadas *a priori*. Eles são, na verdade, produto do trabalho feito diariamente pelos atores para construir as diferenças e as oposições – políticas, epistemológicas, éticas e afetivas – que lhes interessam.

Como realizado por Andrea Ballesterio em sua etnografia *A future history of water* (2019), no segundo capítulo de minha dissertação me propus a atentar especificamente para esse empreendimento de produção de distinções. Para alcançar este fim, me debrucei mais detidamente sobre as pastas que continham os atos administrativos (1), as respostas elaboradas por parte dos atores do “campo social da saúde mental” (4), as respostas formuladas por atores constituintes do campo organizacional das comunidades terapêuticas (5) e publicações acadêmicas (6, 7 e 8)¹². A seguir, apresento algumas das considerações que busquei desenvolver no capítulo para evidenciar como são construídas as distinções entre o modelo terapêutico psicossocial e o modelo terapêutico das CTs. Durante todo o trabalho busquei explicitar os acontecimentos e a respectiva produção de documentos gerada de modo linear, mas sem nunca deixar de considerar os novos contornos adquiridos por cada um deles em suas mobilizações no presente.

No que se refere ao recorte temporal relevante à investigação, para além de 2001 quando a Lei da Reforma Psiquiátrica foi finalmente aprovada, o ano de 2011 figurou como um marco deveras significativo. Por conseguinte, busquei seguir a trilha de papéis a partir desse momento, considerando o posterior intervalo no qual os retrocessos nas políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas se intensificaram. Naquele momento, a Portaria nº 3.088/2011 foi responsável por formalizar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Direcionada “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (Brasil, 2011b), esse ato administrativo colocou a necessidade de que a rede de serviços de saúde mental fosse integrada, articulada e efetiva. As principais diretrizes da Rede deveriam ser: o respeito aos direitos humanos; a garantia do acesso ao cuidado integral, diversificado e centrado no território; o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos¹³ e de uma lógica de cuidado centralizada na construção do projeto terapêutico singular¹⁴.

Como componentes constitutivos da RAPS estavam listados tanto serviços de caráter territorial – tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultórios de Rua e Centros de Convivência – como Serviços de Atenção em Regime Residencial – onde estariam incluídas as comunidades terapêuticas. Tendo em vista sua função de instrumento disciplinador para o cumprimento de determinações legais previamente estabelecidas, essa portaria gerou uma ambivalência constitutiva ao redesenhar os contornos institucionais referentes às políticas de saúde mental, álcool e outras drogas no país. Em uma mesma Rede, dois modelos ambivalentes foram dispostos como interpretações válidas de mesmos atos administrativos e códigos legislativos variados. Especificamente no caso aqui analisado, os termos da disputa podem ser explicitados a partir dos diferentes sentidos atribuídos, por cada um dos “lados”, a composição da RAPS e a interpretação considerada adequada da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Posteriormente, em especial entre os anos de 2015 e 2022, uma série de eventos foram considerados pelo “campo social da saúde mental” como um risco às lutas históricas e aos avanços formalmente conquistados (Silva, 2020). Dentre eles, a título de exemplificação, destaco: a nomeação do ex-diretor técnico do maior asilo manicomial da América Latina nos tempos da ditadura para o cargo de coordenação-geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e a aprovação de uma nova Política Nacional de Saúde Mental. Uma vez mais, os sentidos atribuídos aos mesmos atos administrativos e textos legais são colocados em questão, evidenciando o esforço empreendido pelos atores para reforçar as distinções que consideram relevantes. À medida em que tais documentos passaram a ser constantemente mobilizadas pelos mais variados atores e neles próprios – uns em referência aos outros – fui capaz de remontar o emaranhado de conexões existentes entre eles. Resguardadas as especificidades de cada um, seus conteúdos, suas formas e seus contextos de enunciação trouxeram à luz o peso desigual entre os papéis produzidos na disputa política e moral em torno do tratamento oferecido a usuários nocivos de substâncias psicoativas no Brasil. Trata-se de, no entanto, de um jogo documental bastante desequilibrado no que diz respeito às suas capacidades de imposição.

Apesar dessa desigualdade, ano após ano, os diversos papéis – dentre leis, portarias, planos nacionais de políticas públicas, dossiês, notas técnicas, notícias de jornais, notas de repúdio, pronunciamentos e produções acadêmicas – foram produzidos e circulados. Como consequência, ao menos discursivamente, os modelos terapêuticos supracitados foram sendo engendrados como diametralmente opostos. Dedico-me, agora, aos

argumentos centrais contrastantes mobilizados por cada um dos campos – que para além do sentido sociológico estrito foram também entendidos por mim como um campo enunciativo de valores. No entendimento do campo organizacional das comunidades terapêuticas, os marcos regulatórios dessas instituições as definem e as preconizam como parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial. De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 29/2011, por exemplo, tais entidades caracterizam-se como equipamentos de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social (Brasil, 2015).

A partir disso, as noções de “ampliação” (da Rede de Atenção Psicossocial) e “avanço” (da Reforma Psiquiátrica Brasileira) adquirem uma significação distinta: para os atores sociais representantes das CTs, referem-se, indubitavelmente, à possibilidade de diversificação de serviços ofertados. Ademais, a necessidade de valorização dos serviços ofertados – e que inclui o financiamento público a tais entidades – é justificada através da alegação de que as CTs atuam em consonância com as regulamentações formalizadas pela Lei nº 10.216/2001. Isto é, a manutenção de sua existência como parte da RAPS figura como parte da responsabilidade do Estado, tendo em conta que a política de saúde mental e assistência à saúde desenvolvida deve contar com a “participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais” (Brasil, 2001). Nessa perspectiva, as diferenças entre os modelos terapêuticos não se constitui como um problema a ser enfrentado, mas sim como a solução para a questão das drogas no país.

Sob outro ângulo, para o “campo social da saúde mental”, exatamente por não se configurarem como serviços de saúde elas não deveriam fazer parte dessa Rede. Tendo em vista que o serviço ofertado é pautado no isolamento social e na abstenção ao uso de substâncias psicoativas, tais entidades desafiam a garantia dos direitos humanos. Para mais, representam uma distorção radical ou uma conciliação distorcida dos princípios historicamente defendidos pela luta antimanicomial brasileira e formalizados com a consolidação legal e burocrática da Reforma Psiquiátrica como uma política pública. Neste caso, o sentido do termo “ampliação”, para esse campo, está voltado para o incremento de financiamento público em serviços outros, de caráter territorial e em liberdade. Já as noções de “avanço” e “retrocesso” assumem um caráter temporal valorativo e enfatizam a necessidade contínua de luta e mobilização social para que o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental siga

na direção da humanização, da integralidade e do respeito à dignidade humana.

O modelo assistencial em saúde mental já foi reorientado e essa mudança de direcionamento foi, desde 2001 até o ano de 2016, reconhecida nacional e internacionalmente por sua efetividade. Entretanto, frente aos à intensificação dos retrocessos em 2015, a necessidade de uma constante reoxigenação de seus princípios conceituais têm sido fortemente apontada pelos atores do “campo social da saúde mental”. Tendo em vista o crescimento exponencial de entidades como as comunidades terapêuticas e sua capilaridade em diversos setores da administração pública, outra categoria emerge adquirindo novos contornos: a noção de “reconstrução”. Consequentemente, outras ações são igualmente exigidas e desejadas, destacando-se entre elas: a revogação de portarias e normativas editadas entre os anos de 2017 e 2022, com o intuito de encerrar o financiamento para instituições de caráter privado; articulação interministerial e o fortalecimento da redução de danos a partir da atribuição de ênfase de serviços territoriais tais como aqueles ofertados pelos CAPS^{ad}¹⁵. Além de recuperar o sentido no qual a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas deve seguir, é preciso fazê-la avançar neste caminho mantendo sempre vivas suas bases históricas de luta e consolidação.

Considerações Finais:

No decorrer desta comunicação busquei demonstrar a trajetória de inflexão das comunidades terapêuticas no arco mais amplo do movimento social da luta antimanicomial e de sua formalização legal com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Mais especificamente, no recorte aqui escolhido, esse empreendimento se deu a partir da perspectiva antropológica da etnografia de documentos. Considerando o poder heurístico dos papéis (Hull, 2012), busquei discorrer sobre os argumentos propostos no segundo capítulo de minha dissertação, onde procurei tratar dos esforços realizados pelos diferentes atores sociais para a produzir empiricamente as distinções que lhes parecem interessantes. Para evidenciar essa distinção, recuperei o conjunto de papéis produzidos, tanto pelo “campo social da saúde mental” como do campo organizacional das comunidades terapêuticas. Além disso, busquei também refletir sobre os materiais produzidos por mim – e que incluem a organização e escolhas empreendidas para a confecção de minha “aldeia-arquivo” – enquanto artefatos de conhecimento definidores da própria prática etnográfica.

- Junto a isso, procurei demonstrar minha dedicação etnográfica aos circuitos percorridos por certas categorias. Compreendidas enquanto intervalos de sentido na vida social, suas significações estão diretamente associadas a valores morais, éticos e políticos específicos defendidos pelos atores no cotidiano de suas práticas. Ou seja, os sentidos por ela adquiridos se transformam ao longo do tempo histórico ao passo que responde às transformações das demandas do presente e das expectativas para o futuro. No que se refere ao “campo social da saúde mental”, avançar significa evocar o passado de luta do movimento antimanicomial e persistir no caminho – mesmo que seja necessário, por vezes, pautar a sua reconstrução – em direção à liberdade e equidade no direito à saúde das pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou decorrentes do uso abusivo de álcool e outros drogas. Retroceder é, portanto, apostar em serviços que atualizem velhas práticas manicomiais de privação de liberdade e supressão de garantias constitucionais em prol de uma suposta “cura” – tal como as comunidades terapêuticas. Diante desse panorama, os atores sociais insistem em se colocar política e socialmente “(ainda) por uma sociedade sem manicômios”¹⁶.

Notas de la ponencia:

1. O sistema de referências utilizado refere-se às normas estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT).
2. A tramitação do projeto da “lei antimanicomial” foi aprovada no Congresso Nacional no mesmo ano de seu envio. Contudo, no Senado Federal, a proposta foi rejeitada em detrimento do Substitutivo de Lucídio Portela. Dez anos mais tarde, em 1999, esse último é modificado a partir de incorporações e acordos com o projeto apresentado por Paulo Delgado, sendo posteriormente aprovado como projeto de lei.
3. O uso de aspas faz referência a fala de um militante antimanicomial durante um evento realizado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Tal marca gráfica reforça que para além do sentido sociológico mais estrito de campo, trata-se de considerar o campo enunciado pelos atores sociais como aquele do qual fazem parte e/ou ao qual querem ser associados.
4. São aquelas que atuam sobre o cérebro e podem modificar o seu funcionamento, provocando alterações no humor, na percepção, no comportamento e em estados da consciência.
5. A disciplina diz respeito à exigência de que a adequação social dos indivíduos se volte para o mundo do trabalho, considerado como responsável pela garantia da observância da autodisciplina e do autocontrole nas rotinas da vida. A laborterapia, por sua parte, refere-se ao princípio que compreende o exercício do trabalho como terapêutico e necessário ao restabelecimento do paciente. Por fim, a espiritualidade é tida como a via de superação da drogadição através de rituais de oração, leituras e pregações que cotidianamente contribuem para a transformação moral dos acolhidos em comunidades terapêuticas.
6. Para os atores que integram o campo organizacional das comunidades terapêuticas, a manutenção da abstinência consiste, simultaneamente, na condição e na estratégia mobilizada para que seja possível que o indivíduo retorne a um “nível satisfatório de saúde física e mental” (Associação Brasileira de Psiquiatria *et al.*, 2020, p. 21).

7. Partilho a compreensão ampliada de Letícia Ferreira (2022) acerca dos documentos burocráticos. São diversos os papéis, formal e institucionalmente produzidos (ou não), que podem produzir efeitos tanto na rotina das instituições estatais como no desenho metodológico da investigação antropológica.

8. A presente comunicação deriva dos materiais recolhidos durante a realização do trabalho de campo, no ano de 2023, para a defesa de minha dissertação no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional. Mais particularmente, o conteúdo aqui desenvolvido refere-se às reflexões apresentadas no segundo capítulo: “O tempo da cura: uma disputa política vista a partir de modernos distintos e concorrentes”.

9. A sigla refere-se ao Núcleo Estadual do Rio de Janeiro do Movimento de Luta Antimanicomial.

10. A dissertação intitulada *A disputa do tempo e o tempo da disputa: reflexões etnográficas sobre a trajetória das comunidades terapêuticas e suas inflexões na Reforma Psiquiátrica Brasileira* (2024), foi defendida no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

11. Na perspectiva antropológica defendida por Antonio Carlos de Souza Lima (2012), as políticas públicas consistem em ações da administração pública e funcionam igualmente como uma possibilidade de entrada no estudo dos fenômenos reunidos sob o termo Estado. Esse, por sua parte, à medida em que consiste em um feixe de processos heterogêneos não deve ser pensado como estando restrito ao institucionalismo.

12. Neste caso, vale ressaltar, que os autores de peças acadêmicas foram tratados como atores integrantes do “campo social da saúde mental”. Alguns deles, tais como Paulo Amarante, Roberto Tykanori e Sônia Barros, por exemplo, possuem suas biografias diretamente vinculadas à luta antimanicomial e à institucionalização da Reforma Psiquiátrica no país. Além do mais, ocuparam e/ou ocupam cargos no Ministério da Saúde e em pastas especificamente relacionadas à saúde mental, álcool e outras drogas.

13. Tal como apresentado em cartilhas de divulgação do Ministério da Saúde trata-se de uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos (lícitos ou não) sem necessariamente interromper esse uso e buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas.

14. Segundo informações oficiais de saúde, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) diz respeito a um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas com um indivíduo, uma família ou um grupo e que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar.

15. De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPSad referem-se a um serviço destinado para os usuários de álcool e drogas voltado para o atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

16. Os dizeres “(ainda) por uma sociedade sem manicômios” estavam presentes no cartaz de convocação do ato realizado em 18 de maio de 2023.

Bibliografía de la ponencia

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica do SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA *et al.* **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil.** Rio de Janeiro, 2020.

BOURDIEU, Pierre. O campo econômico. **Política & Sociedade**, n. 6, abril de 2005 [1997].

CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.** Rio de Janeiro : EdUERJ ; São Paulo : EdUSP, 1998.

CUNHA, Olívia Maria Gomes da. Do ponto de vista de quem? Diálogos, olhares e etnografias dos/nos arquivos. **Estudos históricos**, Rio de Janeiro, n.36, p. 7-32, 2005.

FERREIRA, Letícia. “Encontros etnográficos com documentos burocráticos: estratégias analíticas da pesquisa antropológica com papéis oficiais”. **Etnografias Contemporâneas**, 8 (15), 2022, p. 162-185.

FERREIRA, Letícia; LOWENKRON, Laura (org.). **Etnografia de documentos: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias.** Rio de Janeiro, E-papers, 2020.

FRACASSO, Laura. “Características da comunidade terapêutica”. *In:* Curso Nacional de aprendizado à distância – Aspectos básicos no tratamento da dependência química, V 2. Brasília : Secretária Nacional Antidrogas (SENAD), 2002.

FREITAS, Maria Luiza de. **A disputa do tempo e o tempo da disputa: reflexões etnográficas sobre a trajetória das comunidades terapêuticas e suas inflexões na Reforma Psiquiátrica Brasileira.** 2024. 167 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Artigo - **Estudos de Sociologia**, vol.1 N.18. Pernambuco, 2012.

HULL, Matthew. **Government of paper: the materiality of bureaucracy in Urban Pakistan.** Berkeley: University of California Press, 2012.

RILES, Annelise. **Documents: artifacts of modern knowledge.** Ann Arbor : University of Michigan Press, 2006.

RUI, Taniele. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas : São Paulo, 2012.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades terapêuticas e a disputa entre modelos de atenção e cuidado a usuários de drogas. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**, n. 18, 2018.

SILVA, Martinho Braga Batista. O que a Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu? Sobre tecnologias psicossociais e categorias antimanicomiais. **Revista de Antropologia da UFSCar**, v.5, n.2, jul.-dez., p. 57-68, 2013.

SILVA, Martinho Braga Batista *et. al.* Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 44, n. Especial 3, p. 33-44, Outubro 2020.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. Apresentação. Dossiê Fazendo Estado: O estudo antropológico das ações governamentais como parte dos processos de formação estatal.

TEIXEIRA, Carla Costa. “Pesquisando instâncias estatais: reflexões sobre o segredo e a mentira”. *In*: CASTILHO, Sérgio Ricardo Rodrigues; LIMA, Antonio Carlos de Souza; TEIXEIRA, Carla Costa (orgs.). **Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocracias, elites e corporações**. Rio de Janeiro: Contra Capa; Faperj, 2014, p. 33-42.

VIANNA, Adriana de Resende Barreto. “Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais”. *In*: CASTILHO, Sergio; SOUZA LIMA, Antonio Carlos; TEIXEIRA, Carla (org.). **Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações**. Rio de Janeiro : Contra Capa/FAPERJ, 2014, p. 43-70.

Fuentes de la ponencia

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.657**, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília : Câmara dos Deputados, 1989.

BRASIL. Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistência em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad). **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Brasília, 2015.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. **Curso COMPACTA**: capacitação de monitores e profissionais das comunidades terapêuticas. Ministério da Cidadania / Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. Florianópolis : SEAD/UFSC, 2019.