



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

THAMYRES MARIA GOMES DE ALMEIDA

**A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM (DES)CONSTRUÇÃO NO BRASIL:
PERCURSOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA SUPERAÇÃO DO MODELO
MANICOMIAL**

**CAMPINA GRANDE
2022**

THAMYRES MARIA GOMES DE ALMEIDA

**A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM (DES)CONSTRUÇÃO NO BRASIL:
PERCURSOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA SUPERAÇÃO DO MODELO
MANICOMIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientador: Edivan Gonçalves da Silva Júnior

**CAMPINA GRANDE
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A447a Almeida, Thamyres Maria Gomes de.

A atenção psicossocial em (des)construção no Brasil [manuscrito] : percursos, desafios e perspectivas na superação do modelo manicomial / Thamyres Maria Gomes de Almeida. - 2022.

49 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2022.

"Orientação : Prof. Me. Edivan Gonçalves da Silva Júnior , Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."

1. Atenção psicossocial. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Luta antimanicomial. I. Título

21. ed. CDD 362.2

THAMYRES MARIA GOMES DE ALMEIDA

A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM (DES)CONSTRUÇÃO NO BRASIL:
PERCURSOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA SUPERAÇÃO DO MODELO
MANICOMIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento do Curso de Graduação em
Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba
como requisito parcial à obtenção do título de
bacharel em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Aprovado em: 23/02/2022

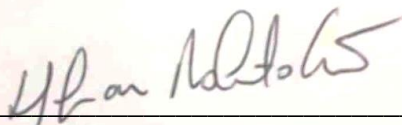
BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Edivan Gonçalves da Silva Júnior (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para quê serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

— Fernando Birri, por Eduardo Galeano.

RESUMO

Este estudo tem o objetivo de analisar e discutir os desdobramentos, as dissidências e as perspectivas relativas ao processo de implementação da atenção psicossocial no Brasil. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa de revisão bibliográfica e documental, especificamente de caráter narrativo. As análises e discussões do material selecionado fundamentaram-se na compreensão da Reforma Psiquiátrica como processo social complexo, perpassando as obras de autores como Paulo Amarante, Silvio Yasui e David Capistrano Filho. Para caracterizar e distinguir os paradigmas asilar e psicossocial, recorreu-se às contribuições de Abílio Costa-Rosa. Ademais, incluem-se no conjunto de fontes acessadas elementos da legislação brasileira relativos ao campo da saúde mental. Com isso, o presente trabalho traça o percurso de implementação do modelo psicossocial no Brasil, partindo do resgate histórico do modelo asilar e atravessando a experiência brasileira da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Foram analisadas as transformações resultantes desses movimentos e os impactos provocados pelo desmonte em curso entre os anos de 2016 e 2020. Por fim, observou-se que a defesa, manutenção e/ou o resgate de estratégias e mecanismos próprios do modelo manicomial indicam que este paradigma ainda não foi superado.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial. Reforma Psiquiátrica. Luta Antimanicomial.

ABSTRACT

This study aims to analyze and discuss the developments, dissidences and perspectives related to the process of implementing psychosocial care in Brazil. Therefore, a qualitative research of bibliographic and documental review was carried out, specifically of a narrative character. The analyzes and discussions of the selected material were based on the understanding of the Psychiatric Reform as a complex social process, permeating the works of authors such as Paulo Amarante, Silvio Yasui and David Capistrano Filho. To characterize and distinguish the asylum and psychosocial paradigms, the contributions of Abílio Costa-Rosa were used. Furthermore, elements of Brazilian legislation relating to the field of mental health are included in the set of sources accessed. With this, the present work traces the path of implementation of the psychosocial model in Brazil, starting from the historical rescue of the asylum model and crossing the Brazilian experience of the Psychiatric Reform and the Anti-Asylum Movement. The transformations resulting from these movements and the impacts caused by the dismantling in progress between the years 2016 and 2020 were analyzed. Finally, it was observed that the defense, maintenance and/or recovery of strategies and mechanisms inherent to the asylum model indicate that this paradigm has not yet been surpassed.

Keywords: Psychosocial Attention. Psychiatric Reform. Anti-Asylum Movement.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CNTSM	Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental
CT	Comunidade Terapêutica
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ECT	Eletroconvulsoterapia
ESF	Equipe de Saúde da Família
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAD	Política Nacional Sobre Drogas
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1	As dimensões da Reforma Psiquiátrica	11
2.2	Uma transição paradigmática	14
3	METODOLOGIA	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	19
4.1	O estabelecimento do modelo manicomial no Brasil	19
4.2	A passagem ao modelo psicossocial no contexto nacional	25
4.3	Reforma ou desmonte?	34
5	CONCLUSÕES	43
	REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

O lugar da loucura na paisagem social, bem como os modos de tratamento a ela direcionados, são variáveis que acompanham as distintas nuances culturais, políticas e epistemológicas de cada época e sociedade. Em sua obra *“História da Loucura na Idade Clássica”* (1978), Foucault assevera que durante séculos a questão esteve relegada à autoridade da igreja e da justiça, que inscreveram-se na história através de práticas de exclusão, controle e violência. Com o nascimento da psiquiatria, na França do século XIX, a loucura atinge o estatuto de doença e a figura do médico, por conseguinte, é tomada como autoridade competente para tratar dela (FOUCAULT, 1978, p. 141-142)

O alienismo, como era referida a especialidade psiquiátrica à altura de seu advento, desenvolve como estratégia basilar de sua prática o tratamento moral, concebido por Philippe Pinel. Esta modalidade, erguida sob a égide da imposição da ordem, deriva de três eixos tidos como elementares ao trato com a loucura: o isolamento terapêutico nos chamados asilos, o rigor nas disposições espaciais desses estabelecimentos e, por fim, a relação de autoridade da figura do alienista sobre o doente (CASTEL, 1978, p. 62-63). Assim, instaura-se um modelo hospitalocêntrico voltado ao tratamento da doença e sustentado pelo saber e poder médico.

Esse engendramento segue vigente até o contexto posterior à Segunda Guerra Mundial, quando experiências de grande impacto tomam forma principalmente na Inglaterra, na França, na Itália e nos Estados Unidos. Tais experiências, buscando dirimir o caráter repressivo, violento e estigmatizante próprio das práticas tradicionais da psiquiatria, são designadas sob a denominação de Reformas Psiquiátricas. Ao colocarem em questão o papel e a natureza da instituição asilar e do saber psiquiátrico, estes movimentos suscitaram relevantes projetos reformadores orientados à transformação desse modelo de assistência.

A experiência brasileira de Reforma Psiquiátrica, por sua vez, tem sua gênese no desfecho da década de 70, alinhada às mobilizações sociais em resistência ao regime militar e em favor da redemocratização do país. Desta articulação nasce a Luta Antimanicomial, militância que congrega não apenas trabalhadores da saúde mental, usuários dos serviços e seus familiares, mas também estudantes, artistas, jornalistas e tantos outros membros da comunidade alinhados ao ideário do movimento (YASUI, 2010, p. 31-32). Desse modo, a Luta Antimanicomial protagoniza na história da Reforma Psiquiátrica brasileira significativas reivindicações e transformações no percurso de superação do modelo manicomial no país.

No entanto, tal percurso é atravessado, a partir de 2016, por adversidades que retardam seu ritmo, estagnam seu avanço e, não obstante, retrocedem o caminho traçado ao longo de

décadas de lutas. Este processo tem como marco a resolução nº 32/2017, que estabelece o hospital psiquiátrico como componente da Rede de Atenção Psicossocial e fomenta uma série de reorientações à Política Nacional de Saúde Mental nos anos subsequentes (BRASIL, 2017). Assim, o movimento iniciado no governo Temer ganha maiores proporções no decurso do governo Bolsonaro, culminando na Nota Técnica nº 11/2019.

Tal nota anuncia que o “Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros” (BRASIL, 2019a, p. 3-4), determinando que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (BRASIL, 2019a, p. 5). Além disso, o referido texto resgata e incentiva o recurso à eletroconvulsoterapia (ECT) sob a justificativa de “oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população” (BRASIL, 2019a, p. 6). Estas mudanças somam-se a uma série de outras medidas para compor a ‘Nova Política Nacional de Saúde Mental’, apresentada na Nota Técnica nº 11/2019 como parte de “um processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental” (BRASIL, 2019a, p. 3).

Embora simbolizem o cenário de instabilidade que a Reforma Psiquiátrica enfrenta no país, as medidas supracitadas são apenas uma expressão das recentes e sucessivas articulações orientadas à aplicação de artifícios arcaicos na assistência psiquiátrica brasileira. Logo, considerando a pontuação de Castel ao declarar que “um sistema é dito ‘ultrapassado’ quando não tem mais defensores” (1978, p. 9), as mencionadas vicissitudes provocam o questionamento: no que concerne à atenção à saúde mental no Brasil, é possível assegurar a superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico?

O presente trabalho surge como produto dessa inquietação e tem como objetivo analisar e discutir os desdobramentos, as dissidências e as perspectivas intrínsecas ao processo de implementação do modelo psicossocial no Brasil. Em vista disso, busca-se responder às seguintes questões norteadoras: 1) Como o modelo asilar foi constituído no contexto nacional? 2) Quais as particularidades que definiram este modelo? 3) Como ocorreu a experiência brasileira de Reforma Psiquiátrica? 4) Quais circunstâncias viabilizaram a passagem a um modelo alternativo de atenção? 5) Como a atenção à saúde mental se configura atualmente no Brasil?

A escrita deste material justifica-se sobretudo pela necessidade de explorar crítica e atentamente a história de construção da superação do modelo manicomial no Brasil para compreender as particularidades que permeiam a configuração atual da atenção à saúde mental. Nesse sentido, é vital identificar as fragilidades e, não obstante, reconhecer as

potencialidades desse percurso, com vistas a contribuir para o fortalecimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do protagonismo do cuidado em liberdade.

Para tanto, as discussões propostas fundamentam-se na compreensão da Reforma Psiquiátrica enquanto processo social complexo, perpassando as obras de autores como Paulo Amarante, Silvio Yasui e David Capistrano Filho. Para caracterizar e distinguir os paradigmas asilar e psicossocial, inclui-se nesse referencial as contribuições de Abílio Costa-Rosa.

Ademais, este trabalho organiza-se em três eixos: “O estabelecimento do modelo manicomial no Brasil”, no qual delinea-se a constituição do modelo asilar e suas particularidades no período em que foi predominante no país; “A passagem ao modelo psicossocial no contexto nacional”, voltado à experiência brasileira de Reforma Psiquiátrica e ao processo de superação do modelo centrado no manicômio, destacando as mudanças na legislação brasileira relativa ao campo da saúde mental. Por fim, discute-se na seção “Reforma ou desmonte?” as circunstâncias e adversidades que permeiam a atenção à saúde mental no contexto atual do país, considerando especialmente as leis, portarias e resoluções publicadas entre os anos de 2016 e 2020.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 As dimensões da Reforma Psiquiátrica

A configuração das estratégias que hoje compõem o sistema de atenção à saúde mental descende de um complexo percurso de construção de novos saberes e fazeres relativos à loucura. Longe de ser um processo linear e estático, a transformação do modelo precedente de assistência psiquiátrica, centrado no recurso à hospitalização, tem sua gênese nas experiências européias e norte-americanas após a Segunda Guerra. A partir deste marco histórico, o papel e a natureza da instituição asilar, bem como o saber e poder psiquiátrico perpetrados através dela, são colocados em questão, inaugurando distintos processos de Reforma Psiquiátrica.

Em “*Saúde Mental e Atenção Psicossocial*” (2007, p. 40-41), Paulo Amarante distribui estas propostas didaticamente em três segmentos: 1) a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, que propõem mudanças no hospital psiquiátrico com vistas a aproximá-lo do caráter terapêutico sustentado por Pinel e Esquirol no plano do modelo asilar; 2) a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, que almejam reduzir o protagonismo da internação psiquiátrica à medida que expandem o campo de intervenções para além do hospital; 3) a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, que opõem-se ao paradigma psiquiátrico tradicional pretendendo o definitivo rompimento com este modelo.

Amarante caracteriza tal distribuição como ‘dois grupos mais um’, sinalizando a inadequação do termo ‘reforma’ para designar a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática (2007, p. 40-41). De acordo com o autor, “ambas consideram que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais” (2007, p. 41). Desse modo, torna-se explícito o contraponto em relação aos demais segmentos de Reforma Psiquiátrica, cujas propostas estiveram limitadas, em maior ou menor grau, ao reordenamento do sistema vigente e à humanização do hospital psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 2007, p. 62-63).

Diante da pluralidade das proposições e resultados derivados dessas mobilizações, Amarante caracteriza a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo. Situá-la dessa maneira implica superar sua redução à mera reorganização de serviços de saúde ao passo que possibilita apreender as diversas trajetórias de lutas deste movimento. Nesta perspectiva, o autor propõe a análise da Reforma Psiquiátrica não como um modelo ou um sistema fechado, mas como algo que caminha e se transforma permanentemente. Trata-se de

um movimento dinâmico e plural, articulado por distintos segmentos que se intercomunicam produzindo paradoxos, contradições, consensos e tensões (AMARANTE, 2007, p. 63).

Em suma, Amarante estabelece quatro dimensões que, impactadas e transformadas pela Reforma Psiquiátrica, justificam sua classificação como processo social complexo: dimensão teórico-conceitual ou epistêmica, técnico-assistencial, jurídico-política e, por fim, sociocultural (2007, p. 64). Em primeiro lugar, sobre a dimensão teórico-conceitual, o autor parte do entendimento de que os conceitos fundamentais à psiquiatria são reflexo da análise da realidade como um dado natural e da assimilação da ciência como modelo de produção de um saber positivo, neutro e autônomo sobre este objeto (AMARANTE, 2007, p. 66). Como resultado disso, têm-se uma especialidade que, debruçada sobre o traço patológico, coloca em segundo plano a existência complexa do sujeito em sofrimento (AMARANTE, 2007, p. 66).

Um caminho antagônico é indicado por Franco Basaglia, grande nome da Psiquiatria Democrática, ao propor que a doença seja colocada entre parênteses, enfatizando assim o sujeito da experiência. Amarante elucida que tal estratégia não significa a negação da patologia, mas a percepção do sujeito em sua integralidade, para além dos sintomas e diagnósticos. A partir desta nova via de análise dos fenômenos, têm-se “uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetificar e coisificar o sujeito e a experiência humana” (AMARANTE, 2007, p. 66-67).

Em síntese, no que concerne à dimensão em questão, a Reforma Psiquiátrica instaura um significativo rompimento com a linha epistemológica dominante e com o conjunto de noções produzidas pela psiquiatria tradicional acerca do objeto ‘transtorno mental’. Por outro lado, aposta na construção “de um novo marco teórico e de novos operadores conceituais”, como pontua Yasui (2010, p. 77), orientados pela percepção do próprio sujeito, suas vicissitudes e potencialidades. Considerando esta complexidade, portanto, torna-se possível ampliar a noção de cuidado e direcionar os mecanismos de assistência ao trato com as pessoas e não com as doenças (AMARANTE, 2007, p. 69).

Desse modo, a partir dos aspectos epistemológicos transformados pela Reforma Psiquiátrica, chega-se à esfera técnico-assistencial. Nesta dimensão são pensadas as estruturas de cuidado, o tipo de atendimento prestado às distintas demandas e os modelos possíveis de tratamento (AMARANTE, 2020, p. 21). Em oposição ao recurso à hospitalização e ao internamento, característico de uma abordagem voltada à doença, lança-se mão de estratégias integradas na própria comunidade, reconhecendo o potencial terapêutico da preservação dos vínculos sociais dos sujeitos (AMARANTE, 2020, p. 21). Através da constituição de uma

complexa rede territorializada de atenção em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica amplia as possibilidades de tratamento, bem como o alcance das intervenções.

Para tanto, em contrapartida ao modelo focado no isolamento e no saber e fazer médico, busca-se diversificar e horizontalizar a assistência integrando em uma mesma equipe profissionais das diversas áreas da saúde e trabalhadores de outros segmentos, como artistas de teatro, músicos e educadores populares (AMARANTE, 2020, p. 22). De acordo com Yasui (2010, p. 106), a Reforma Psiquiátrica coloca como norte da dimensão técnico-assistencial “a construção de uma nova organização de serviços, articulando uma rede de espaços de sociabilidade, de produção de subjetividades, de geração de renda, de apoio social, de moradia, enfim, de produção de vida”.

A trajetória de consolidação desses novos aparatos assistenciais, por sua vez, está intimamente relacionada às transformações alcançadas no âmbito jurídico-político. Ao tratar desta dimensão, Paulo Amarante salienta o conjunto de mudanças efetuadas nas legislações de assistência psiquiátrica ao longo da história (2007, p. 69). Ainda segundo Amarante, este movimento de constante questionamento das normas em vigor vem construindo paulatinamente estratégias efetivas de cidadania e participação social (2007, p. 73). Nesse sentido, Silvio Yasui, procurando enfatizar a luta política da Reforma Psiquiátrica pela via da transformação social e não só da reformulação dos códigos, sugere a supressão do termo ‘jurídico’ na denominação desta dimensão. O autor argumenta que:

O termo jurídico colocado à frente, embora não seja essa a ideia fundamental, remete a uma ênfase nas mudanças das leis. O sentido da alteração é salientar o processo de ação de protagonistas em diferentes segmentos sociais (movimento social, reforma do Estado, universidades, etc.). São ações que objetivam construir uma nova pactuação de poder, lutando para dar voz a quem não tem direito, a quem não é cidadão. Trata-se, enfim, de uma luta política para uma transformação social. (YASUI, 2010, p. 106).

Esta transformação evidenciada por Yasui está, por sua vez, no cerne da última dimensão do processo social complexo da Reforma Psiquiátrica. A dimensão sociocultural, tal como posto por Amarante (2007, p. 73), pavimenta o caminho para a criação de um novo lugar social para as pessoas em sofrimento psíquico. Em suma, a articulação dessas quatro dimensões direciona-se particularmente à promoção de mudanças nos valores e crenças excludentes e estigmatizantes marcados historicamente no imaginário social acerca da loucura e do adoecimento mental (AMARANTE, 2020, p. 25).

Tal como pontua Yasui (2010, p. 105), trata-se de viabilizar que “todo conhecimento produzido por esse processo seja incorporado como bem cultural”, de modo a instaurar na

sociedade “uma concepção mais inclusiva e acolhedora à diferença”. Nesse sentido, retomando o pensamento anteriormente colocado, o conjunto de estratégias e transformações propiciado pela Reforma Psiquiátrica nos diversos segmentos por ela atingidos está orientado sobretudo à consolidação de um novo modo de cuidado: a Atenção Psicossocial.

2.2 Uma transição paradigmática

No decurso do processo previamente detalhado, torna-se evidente a gradativa construção de meios tanto políticos quanto teórico-técnicos que sedimentem a superação do modelo de assistência psiquiátrica centrado na hospitalização. Esta nova configuração, posta como horizonte da Reforma Psiquiátrica, é caracterizada por Abílio Costa-Rosa sob a denominação ‘Modo Psicossocial’, ou ‘Paradigma da Atenção Psicossocial’, em contraposição ao que ele intitula ‘Modo Asilar’, ou ‘Paradigma Psiquiátrico’ (2000). Tais concepções são apresentadas pelo autor em seu capítulo “*O Modo Psicossocial: um paradigma de práticas substitutivas ao modo asilar*” (2000).

A adoção do termo ‘paradigma’ para referir-se aos distintos modos de práticas em saúde mental decorre, de acordo com Costa-Rosa, da especificação de parâmetros fundamentais que caracterizam a singularidade de cada experiência (2000, p. 143). Desse modo, os paradigmas em questão são analisados a partir de quatro pontos: a definição do objeto e dos meios teórico-técnicos de intervenção, a forma de organização dos dispositivos institucionais, a modalidade de relacionamento com a clientela e, por fim, o efeito ético e terapêutico das ações empregadas (COSTA-ROSA, 2000, p. 143).

Para analisar a passagem de um paradigma a outro ou, em outras palavras, para verificar a superação do Modo Asilar pelo Modo Psicossocial, Costa-Rosa emprega o conceito de alternatividade como contradição (2000, p. 143). Nesse sentido, o autor questiona: “quando e como determinar se um dado modo de atuação em saúde mental é realmente alternativo a outro; se é realmente substitutivo a outro, tanto em termos potenciais quanto efetivos?” (COSTA-ROSA, 2000, p. 143). Em resposta a esta inquietação, o autor propõe o entendimento de contradição para além da simples diferença, de modo que apenas diferenciações que atingem de forma radical determinado fenômeno, imprimindo neste um sentido contrário, atingem o estatuto de contradição (COSTA-ROSA, 2000, p. 144). Entra em jogo, portanto, a concepção de alternatividade.

Estabelecer que um modelo de atuação no campo da saúde mental é alternativo a outro implica constatar entre eles uma contradição. Contradição esta que, para Costa-Rosa, ganha

forma “se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares” (2000, p. 144). Nesse sentido, o autor exemplifica:

[...] poderemos concordar que um modelo ‘hospitalocêntrico’ e ‘médico-centrado’ é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de ‘depositário’ que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia de suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim como pode continuar situando-se como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção. (COSTA-ROSA, 2000, p. 144).

Assim, elucidadas as noções de paradigma e de alternatividade/contradição, é possível analisar o processo de transição de um modo de assistência a outro. Utilizando-se dos quatro parâmetros basilares indicados como fundamentais à caracterização dos paradigmas, Costa-Rosa busca delinear e contrapor as particularidades inerentes a cada um deles. Em primeiro lugar, é analisada a definição do objeto e dos meios teórico-técnicos de intervenção. Neste segmento, o Modo Asilar enfatiza a dimensão orgânica do adoecimento, colocando em segundo plano a subjetividade e participação do próprio sujeito no tratamento aplicado (COSTA-ROSA, 2000, p. 152). Ao situar a biologia como determinação fundamental dos problemas e o organismo como destinatário de suas ações, este paradigma tem como principal método o recurso à intervenção medicamentosa (2000, p. 151-152).

O hospital psiquiátrico, por conseguinte, embora reformado e associado a dispositivos extra-asilares, continua a exercer papel central como aparato institucional à disposição deste modelo (COSTA-ROSA, 2000, p. 154). Neste ambiente, os meios de trabalho empregados pautam-se na fragmentação da demanda em especialidades distintas que se intercomunicam somente por meio do prontuário (COSTA-ROSA, 2000, p. 153). Assim, ainda que envolva profissionais de distintas áreas em sua equipe, o Modo Asilar tende a reduzi-los à categoria de ‘auxiliares secundários’ diante do protagonismo da psiquiatria (COSTA-ROSA, 2000, p. 153).

Por outro lado, o Modo Psicossocial percebe o objeto de suas ações a partir de fatores políticos e biopsicossocioculturais, enfatizando cada um destes aspectos com base nas particularidades da demanda apresentada (COSTA-ROSA, 2000, p. 154). Desse modo, investe-se no sujeito como protagonista do tratamento, almejando seu reposicionamento em relação ao sofrimento enfrentado, ao passo que a família e a comunidade são convocadas como agentes ativos nesse processo (COSTA-ROSA, 2000, p. 154). Diante dessa

complexidade, este paradigma expande seus métodos de intervenção para além da medicação, abrangendo um amplo conjunto de possibilidades terapêuticas (COSTA-ROSA, 2000, p. 154).

Nesse sentido, Costa-Rosa pontua que o elemento de trabalho característico do Modo Psicossocial é a equipe interprofissional, composta não apenas por especialistas da saúde, mas também por trabalhadores do setor artístico e cultural (2000, p. 156). No que diz respeito ao aparato institucional, este modelo contrapõe-se à lógica do hospital psiquiátrico ao lançar mão de dispositivos territorializados como os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000, p. 157). Em suma, frente à hospitalização, medicalização e objetificação próprios do modelo asilar, têm-se a desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural como elementos cruciais no paradigma psicossocial (COSTA-ROSA, 2000, p. 158).

O segundo parâmetro de análise estabelecido por Costa-Rosa diz respeito à forma de organização dos dispositivos institucionais. Neste segmento, o autor pontua que o paradigma asilar é estruturado como uma pirâmide, de modo que o poder flui do ápice para a base: “poucos determinam e a maioria obedece” (COSTA-ROSA, 2000, p. 158). Esta configuração, além de balizar a relação entre os próprios trabalhadores, está presente ainda na interação “com os usuários e população, que estão excluídos de qualquer participação que não seja a de objeto inerte e mudo” (COSTA-ROSA, 2000, p. 159). Já no Modo Psicossocial, a organização institucional é estabelecida horizontalmente, traduzindo-se na participação ativa dos usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental (COSTA-ROSA, 2000, p. 159).

Este tópico leva ao terceiro parâmetro, relativo à modalidade de relacionamento com a clientela. No Modo Asilar, Costa-Rosa descreve esta relação a partir de variantes como doentes e sãos, suprimimento e carência, sabedoria e ignorância, razão e insensatez, sábios e ignorantes (2000, p. 161). No relacionamento com a sociedade em geral, tida como clientela potencial, o Modo Asilar desempenha o papel de ‘locus depositário’ para onde são enviados os sujeitos problemáticos (COSTA-ROSA, 2000, p. 161).

O Modo Psicossocial, por outro lado, percebe sua clientela imediata como participantes ativos e situa-se nessa relação enquanto espaço de interlocução aberto ao diálogo (COSTA-ROSA, 2000, p. 161). Este posicionamento é continuado na interação com a sociedade, na qual a instituição psicossocial está inserida como ponto de fala e de escuta da população (COSTA-ROSA, 2000, p. 161-162). Desse modo, em oposição à imobilidade e mutismo do paradigma asilar, têm-se no Modo Psicossocial uma relação marcada pela interlocução e pela territorialização (COSTA-ROSA, 2000, p. 162).

Finalmente, o quarto parâmetro definido por Abílio Costa-Rosa está relacionado ao efeito ético e terapêutico das ações empregadas nos distintos paradigmas. Nesse sentido, o autor observa que o Modo Asilar tende ao tamponamento ou à remoção dos sintomas com vistas a alcançar a adaptação do sujeito (COSTA-ROSA, 2000, p. 163). O Modo Psicossocial, por sua vez, inclui a supressão sintomática em seu escopo, mas não como fim de suas práticas (COSTA-ROSA, 2000, p. 163). Este paradigma tem em seu horizonte o objetivo de promover o ‘reposicionamento subjetivo’, orientando sua atividade sobretudo à implicação do sujeito frente ao sofrimento que lhe atinge (COSTA-ROSA, 2000, p. 164).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho se caracteriza como uma pesquisa qualitativa de revisão bibliográfica e documental, especificamente de caráter narrativo. A pesquisa qualitativa é descrita por Godoy como uma das possibilidades de estudo “dos fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes” (1995b, p. 21). Tal método é orientado à análise dos processos e por esta razão “não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados” (GODOY, 1995a, p. 58).

No espectro da abordagem qualitativa, este trabalho é situado como revisão bibliográfica, método definido por Gil como indispensável aos estudos históricos (2008a, p. 50). Segundo o autor, esta modalidade de pesquisa “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”, o que permite uma ampla cobertura dos fenômenos (2008a, p. 50). Trata-se ainda de uma revisão documental, definida por Godoy como “o exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas e/ou interpretações complementares” (1995b, p. 21).

Nesse sentido, entende-se como documento “qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno”, tais como livros, jornais, papéis oficiais, registros estatísticos, fotos, discos, filmes e vídeos, que são obtidos de maneira indireta (GIL, 2008b, p. 147). Antônio Carlos Gil reitera ainda as vantagens desse método ao salientar que o mesmo possibilita o conhecimento do passado e a investigação de processos de mudança social e cultural (2008b, p. 153), aspectos alinhados aos objetivos do presente trabalho.

Além de bibliográfica e documental, a pesquisa realizada consiste em uma revisão narrativa. Para Rother, este método tem como finalidade “descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual” (2007, p. 5). A revisão narrativa prescinde do delineamento explícito e sistemático dos critérios utilizados na avaliação e seleção do material utilizado (ROTHER, 2007, p. 5). Já no que diz respeito ao processo de análise da literatura, têm-se a interpretação crítica e/ou pessoal do próprio autor como eixo deste tipo de revisão (ROTHER, 2007, p. 5).

Assim, para a construção deste trabalho foram agregados materiais como transcrição de entrevistas, reportagens, artigos, capítulos de livros e matérias de revistas. Ademais, incluem-se no conjunto de fontes acessadas elementos da legislação brasileira relativos ao campo da saúde mental, tais como leis, portarias e resoluções.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 O estabelecimento do modelo manicomial no Brasil

Em meados do século XIX, quando a França vê estabelecida a loucura enquanto fenômeno patológico e o alienismo, por conseguinte, como especialidade técnica e teoricamente orientada ao seu tratamento, o Brasil ainda não dispunha de nenhuma assistência médica específica para esta finalidade. Na paisagem social do Brasil Imperial, portanto, o louco aparece como obstáculo à moral pública, à caridade e à segurança (MACHADO et al., 1978, p. 377). Representando perigo em potencial, a este personagem direcionaram-se medidas de higiene pública e de controle social com vistas a salvaguardar a circulação urbana da presença errante e nociva do louco.

Desse modo, “quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia” (COSTA, 2006, p. 33). Tais ações repressivas, no entanto, eram aplicadas particularmente aos pobres. De acordo com Roberto Machado e colaboradores, caso o louco ocupasse uma posição social privilegiada, reservava-se a possibilidade do isolamento acontecer na própria residência do sujeito, onde este permaneceria sob a vigilância e cuidados da família (1978, p. 377). Ao traçarem o histórico dos estabelecimentos hospitalares da Santa Casa, portanto, os autores destacam:

O serviço de hospitalização da época colonial é, fundamentalmente, uma atividade assistencial, destinada sobretudo aos doentes pobres. Assistência promovida por ordens religiosas e, principalmente, pelas Santas Casas da Misericórdia, aqui fundadas por irmandades de leigos que se encarregam também de sua administração. A assistência material e espiritual à doença é, ao menos no que se refere à hospitalização, uma recomendação religiosa. (MACHADO et al., 1978, p. 66).

Já por volta de 1830, através da recém-criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, ganha força no Brasil um movimento favorável à criação de um estabelecimento próprio para alienados, sustentando vigorosamente uma nova palavra de ordem: “aos loucos o hospício” (MACHADO et al., 1978, p. 376). Tal reivindicação fundamenta-se nos relatórios e análises acerca do tratamento dado à loucura em território brasileiro, especialmente nas unidades administradas pela Santa Casa de Misericórdia, atestando a “desarmonia com os preceitos da ciência, as luzes do século e os sentimentos da verdadeira humanidade” (SIMONI, 1839, p. 254 apud MACHADO et al., 1978, p. 378).

Assim, inspirados nas propostas alienistas de Pinel e Esquirol e na tecnologia asilar desenvolvida na Europa, os médicos da Sociedade de Medicina escancaram as ineficiências do sistema vigente no Brasil. No entanto, tais críticas acumulam-se sem mobilizar significativas mudanças até 1838, quando José Clemente surge enquanto provedor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Em 15 de julho de 1841, um ofício é enviado por ele ao ministro do Império apresentando seus anseios por um estabelecimento privativamente destinado ao tratamento dos alienados (MOREIRA, 2011, p. 732). Apenas três dias depois, Dom Pedro II é coroado e assina, como símbolo de sua sagração, o decreto de fundação do primeiro asilo brasileiro: o Hospício de Pedro II (MACHADO et al., 1978, p. 426).

Em efeito, uma vez aprovada a anexação do hospício à Santa Casa, tem início a construção do novo edifício em uma chácara situada no litoral do Rio de Janeiro, especificamente na Praia Vermelha — propriedade oriunda também do patrimônio da organização religiosa (MOREIRA, 2011, p. 734). Sua inauguração ocorreu apenas em dezembro de 1852 e contava, segundo Juliano Moreira, com 144 alienados: 74 homens e 70 mulheres (2011, p. 736). No que concerne à administração do hospício, o autor relata que seis irmãs de caridade transferidas do Hospital Geral foram designadas à função (2011, p. 736).

Embora submetido à ordem religiosa, o hospício é instituído conforme os preceitos sustentados pela medicina mental nascente e reproduz, por meio de sua estrutura e regime, os princípios médicos que ditam a organização ideal do espaço e da vida asilar (MACHADO et al., 1978, p. 430). Trata-se, em primeiro lugar, de viabilizar o completo isolamento do louco. Tal medida justifica-se tanto pela necessidade de romper com as causas da loucura, identificadas na sociedade e na família, quanto pela possibilidade de intervenção terapêutica que a reclusão em um ambiente controlado proporciona (MACHADO et al., 1978, p. 430-431). Organizado desta forma, o asilo se aproxima da finalidade para a qual foi originalmente idealizado e que o diferencia dos hospitais comuns: um hospício tem, ele próprio, função de remédio (TENON, 1788, p. 393 apud CASTEL, 1978, p. 44).

No entanto, o isolamento por si só não contempla integralmente tal função. É fundamental ainda que o espaço interno do aparelho asilar seja distribuído de modo ordenado e categórico. Assim, unindo o isolamento à organização interna do hospício, outro ponto fundamental do aparato asilar é contemplado: a distribuição do tempo. Diante do entendimento de que o isolamento “não visa a uma simples exclusão [...], mas à possibilidade de uma reinserção do alienado na sociedade depois de sua reabilitação através de um tratamento” (MACHADO et al., 1978, p. 439), toma forma a necessidade de atribuir uma

ocupação aos internos. Em efeito, o tempo é estritamente distribuído entre as refeições, as medicações, os passeios, o descanso e, de forma predominante, o trabalho.

O recurso à atividade laboral é tomado na teoria psiquiátrica como meio de cura ao possibilitar o desenvolvimento da coordenação, atenção e obediência ao encadeamento das fases da produção, tornando-se, portanto, “uma fonte poderosa de eliminação da desordem” (MACHADO et al., 1978, p. 441). Tal metodologia, pilar do tratamento moral, encontra na realidade do Hospício de Pedro II empecilhos à sua concretização dada a carência de recursos materiais. Logo, limitadas as possibilidades de realização das oficinas, a ocupação dos alienados pobres — pois aos ricos não poderiam ser impostas tarefas desta natureza — recai principalmente na limpeza e manutenção do edifício, bem como na lavanderia e ateliês de costura (MACHADO et al., 1978, p. 469).

Por fim, a articulação entre os supracitados fundamentos básicos da lógica asilar — o isolamento, o ordenamento do espaço e a distribuição do tempo — recaem sobre uma outra propriedade essencial ao funcionamento do hospício: a vigilância (MACHADO et al., 1978, p. 435). O Hospício de Pedro II lança mão de uma modalidade de vigilância baseada particularmente no “princípio da inspeção” do modelo panóptico de Bentham (MACHADO et al., 1978, p. 436). Este princípio consiste, de acordo com as pontuações de Roberto Machado e colaboradores, em estabelecer no interior do hospício uma presença total e constante do diretor do estabelecimento junto aos indivíduos, induzindo entre eles um estado consciente e permanente que assegure o funcionamento automático do poder (1978, p. 436).

Ainda segundo os autores, o ordenamento desse sistema determina uma hierarquia que submete o doente à vigilância incessante dos enfermeiros e estes, por sua vez, à imediata inspeção das irmãs de caridade. A figura do médico, apesar de ocupar a posição de diretor do estabelecimento, por vezes tem sua autoridade tolhida por poderes extra-médicos. Nesse sentido, Roberto Machado e colaboradores pontuam que, desde a admissão até a alta, os estatutos “não dão ao médico poder absoluto sobre o louco e preservam a possibilidade de outras instâncias sociais decidirem sobre ele” (1978, p. 478).

Ocorre, pois, que o “palácio de guardar doidos” — como José de Alencar nomeara o Hospício de Pedro II em sua obra *Senhora* (ALENCAR, 1875, p. 59 apud MACHADO et al., 1978, p. 429) —, embora de notável riqueza ornamental e arquitetônica, era pouco funcional. O objetivo que havia fomentado sua fundação, romper com a abordagem repressiva e violenta no trato com a loucura, dissolvia-se diante da manutenção de casas fortes em seu interior, ao passo que o propósito de promover a cura a partir de métodos terapêuticos encontrava

obstáculos na organização espacial, hierárquica e administrativa desse estabelecimento (MACHADO et al., 1978, p. 453).

Tal configuração persiste até 1886, quando pela primeira vez um médico psiquiatra assume a direção do asilo. Teixeira Brandão — que “protestava com a energia de homem de coração e a consciência de alienista”, como descreve Juliano Moreira (2011, p. 738) — principia uma série de restrições à atuação das irmãs de caridade à medida que intensifica a exigência pela completa medicalização e estatização do hospício (MACHADO et al., 1978, p. 466). Em janeiro de 1890, logo após a instauração da República, o Hospício de Pedro II é desanexado da Santa Casa e colocado sob a tutela do Estado, tornando-se Hospício Nacional de Alienados (COSTA, 2006, p. 34; MOREIRA, 2011, p. 739).

Este novo cenário intensifica o empenho de Teixeira Brandão em dirimir a problemática jurídica do louco, dada a inexistência de uma legislação específica à assistência psiquiátrica em vigor. Assim, o alienista encaminha ao governo brasileiro, em 1896, dois ofícios exigindo encaminhamentos à questão (MOREIRA, 2011, p. 740). Desta atitude resulta um projeto de lei que, apesar de aprovado na Câmara dos Deputados, encontra resistência e é declinado pelos senadores (MACHADO et al., 1978, p. 484). Já em 1903, no decorrer do governo Rodrigues Alves, Teixeira Brandão torna-se deputado federal ao passo que Juliano Moreira, então professor de psiquiatria na Faculdade da Bahia, é nomeado diretor do Hospício Nacional (MACHADO et al., 1978, p. 484; MOREIRA, 2011, p. 741).

Os esforços e insistência de Brandão e Moreira em favor da aprovação de uma legislação destinada à questão da loucura resultaram na promulgação, ainda em 1903, da primeira lei federal de assistência aos alienados (MACHADO et al., 1978, p. 484; COSTA, 2006, p. 34). Em suma, o decreto nº. 1.132 de 22 de dezembro de 1903:

[...] faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício, subordina a fundação de estabelecimentos de alienados à autorização do Ministério do Interior ou dos presidentes ou governadores dos estados, cria uma comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados. (MACHADO et al., 1978, p. 484).

A partir de sua sanção, a legislação viabiliza um notável crescimento no número de estabelecimentos dessa natureza em outras localidades do país (COSTA, 2006, p. 35). Concomitantemente a este movimento de proliferação do modelo asilar, ganha força durante a gestão de Juliano Moreira na direção do Hospício Nacional a tendência à criação de hospícios-colônias ou, simplesmente, colônias de alienados (AMARANTE, 2007, p. 40).

Amarante designa tais dispositivos como “um primeiro modelo de reforma à tradição pineliana” no cenário nacional, cujo objetivo consiste em empregar um regime no qual o resgate da razão implica em proporcionar maior liberdade aos internos — ou ainda, como qualifica Moreira, “a ilusão de liberdade” (AMARANTE, 1995, p. 27).

Instituídas em grandes territórios rurais e tendo como principal elemento terapêutico o recurso ao trabalho agrícola, as colônias surgem como forma de neutralizar as críticas em torno do hospício tradicional e, ao mesmo tempo, de atender às demandas do incipiente capitalismo brasileiro (RESENDE, 1987, p. 47). No entanto, segundo Resende (1987, p. 51), a realidade externa às colônias em muito divergia do modelo idílico de sociedade rural replicado em seu interior, sendo improvável que a instituição pudesse fornecer à lavoura cafeeira “o material humano eficiente e disciplinado de que necessitava”.

Assim, particularmente em meados do século XX, a sociedade brasileira assiste à consolidação e, não obstante, ao perecimento das colônias espalhadas em seus territórios tão logo ficou evidente a semelhança destas com os asilos tradicionais (AMARANTE, 2007, p. 40). Incapaz de lograr os princípios e intenções que deram as bases ao seu estabelecimento, “restava ao hospital agrícola ater-se à única função que já caracterizava a assistência ao alienado no país, desde a sua criação: a de excluir o doente de seu convívio social e [...] escondê-lo dos olhos da sociedade” (RESENDE, 1987, p. 52).

Desse modo, Resende descreve que os asilos e colônias em atividade no Brasil retomaram o caráter de depósito de marginalizados, recolhendo indistintamente sujeitos cuja determinação de internação decorria de desvios à ordem ou à moral da época (1987, p. 52). Logo, além de pacientes crônicos e encaminhados de outras instituições, tais estabelecimentos detinham moças ‘desvirginadas e desonradas’, crianças órfãs, mendigos, arruaceiros ou quaisquer outros personagens capturados pela força policial (RESENDE, 1987, p. 52). Diante disso, o autor questiona os princípios humanitários que outrora levaram os médicos a reivindicar para si o poder e saber sobre a loucura, uma vez que o sistema correcional e violento seguia vigente, perpetrado a partir de mecanismos reformados (1987, p. 53).

Em síntese, desde a implantação do Hospício de Pedro II em 1852 até a década de 1960, o modelo de assistência psiquiátrica vigente no Brasil primava pelo recurso à internação em hospitais psiquiátricos públicos (YASUI, 2010, p. 33). Para designar o contexto característico da primeira metade do século XX, portanto, Heitor Resende tece o conceito de ‘psiquiatria da ralé’ (1987, p. 56). Tal denominação remete ao fato de que, nesse período, “à psiquiatria cabia simplesmente recolher e excluir as sobras humanas que cada organização social, de cada momento histórico, tinha produzido” (1987, p. 56).

Portanto, a essa parcela da sociedade, a ‘ralé’, destinavam-se os leitos dos hospitais psiquiátricos da rede pública, permeados pela violência, insalubridade e pela precariedade do tratamento ofertado (RESENDE, 1987, p. 60). Resende justifica esta tendência argumentando que para a economia da época, eminentemente agroexportadora, todas as pessoas em idade de trabalhar eram força de trabalho à disposição do mercado, fato que tornava irrelevante qualquer investimento em preservação da mão de obra (RESENDE, 1987, p. 56). Em suma, é no cerne das questões relativas ao trabalho que o cenário brasileiro começa a vislumbrar novos rumos para a assistência psiquiátrica.

Dada a queda das exportações, a crescente urbanização e o agravamento das carências da população desencadeadas pela crise de 29, o Estado passa a preocupar-se com os fatores que poderiam afetar a ‘mercadoria força de trabalho’ (RESENDE, 1987, p. 57). Assim, em 1930, o Estado incorpora os Institutos de Aposentadoria e Pensões, passando a viabilizar assistência médica e outros benefícios aos trabalhadores (RESENDE, 1987, p. 57). A atenção psiquiátrica, no entanto, será assimilada às especialidades da assistência previdenciária cerca de 20 anos depois quando, tímida e tardiamente, algumas dezenas de leitos em sanatórios particulares são reservados a uma parcela de trabalhadores — bancários e comerciários, principalmente (RESENDE, 1987, p. 58).

Nesse sentido, em contraposição ao período marcado pela ‘psiquiatria da ralé’, Resende institui a categoria ‘psiquiatria de massa’ para definir a conjuntura que se desponha com o regime militar de 64 (1987, p. 56). Segundo o autor, este é “o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes” (RESENDE, 1987, p. 60). Assim, as inóspitas instituições psiquiátricas da rede pública seguem atendendo à demanda da população em geral, ao passo que são contratados leitos em hospitais privados para assistência aos previdenciários, sustentando-se na ideologia privatista instaurada no país durante a ditadura (RESENDE, 1987, p. 61).

Logo, a cada vez mais concreta prevalência da internação em hospitais particulares desencadeia o fenômeno conhecido como ‘a indústria da loucura’ (RESENDE, 1987, p. 62), ou ‘mercantilização da loucura’, como refere Yasui (2010, p. 33), para designar a transformação da psiquiatria em um lucrativo negócio e da saúde em um produto de consumo. Nesta conjuntura, toma forma um movimento protagonizado por representantes da saúde mental do país que, em oposição ao favorecimento do hospital previdenciário conveniado, reivindicam transformações efetivas no sistema vigente (RESENDE, 1987, p. 62).

Ultrapassado o primeiro quinquênio da década de 70, no entanto, a atenção que o país havia direcionado à questão começa a diluir-se, dando provas de sua fragilidade. À assistência psiquiátrica, nas palavras de Resende, restou “reassumir o papel que sempre lhe coube na história, o de recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade” (1987, p. 69). Nesse sentido, em sua obra *“Autobiografia de um Movimento”* (2020, p. 17), Paulo Amarante reitera a ineficiência e fragilidade da simples reestruturação, modernização ou humanização do modelo assistencial psiquiátrico centrado no aparelho asilar (2020, p. 17).

Para Amarante, a autêntica Reforma Psiquiátrica deve intervir concretamente “no campo das relações da sociedade com a loucura, transformando tais relações, por um lado, através de práticas contra a exclusão e, por outro, de estratégias de inclusão social dos sujeitos” (AMARANTE, 2020, p. 18). Com base nesta perspectiva, embora seja possível identificar o caráter reformador das experiências prévias, apenas no desfecho dos anos 70 a experiência brasileira de Reforma Psiquiátrica ganha contornos mais definidos. Até então, a atividade dos estabelecimentos de assistência psiquiátrica no Brasil em nada diferia do cenário denunciado quase um século antes: superlotação, maus tratos, péssimas condições estruturais e de pessoal (RESENDE, 1987, 55).

4.2 A passagem ao modelo psicossocial no contexto nacional

O percurso que leva o Brasil a construir e implantar um movimento de Reforma Psiquiátrica é largamente detalhado por Paulo Amarante em suas obras, com especial destaque ao livro *“Loucos pela Vida”* (1995). Silvio Yasui, autor de *“Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira”* (2010), resgata as contribuições de Amarante para traçar a trajetória da Reforma Psiquiátrica no contexto nacional, sublinhando as marcas do tempo em que tal movimento toma forma. Portanto, valendo-se desta obra de Yasui, sobretudo do capítulo intitulado *“Movimento Social e Política Pública”*, a experiência brasileira pode ser situada e caracterizada década a década, desde sua gênese.

Assim, entre os anos de 1978 e 1980, desponta-se o episódio disparador da Reforma Psiquiátrica brasileira: a greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental, ou ainda, como nomeia Paulo Amarante (1995, p. 51), a crise da DINSAM. Tal acontecimento tem início a partir da greve deflagrada por profissionais de quatro unidades fluminenses da DINSAM, potencializada pela subsequente demissão de 260 estagiários e profissionais (AMARANTE, 1995, p. 51). Desta mobilização resulta o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), definido por Paulo Amarante como “um espaço de luta não

institucional [...] que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade” em prol da efetiva transformação da assistência psiquiátrica (1995, p. 52).

Nesse sentido, o MTSM organiza e participa de uma série de eventos e encontros com o propósito de sustentar as discussões e evitar que o movimento seja suprimido da agenda da imprensa ou das entidades relacionadas (AMARANTE, 1995, p. 53). Portanto, neste vasto leque de importantes programações em que o MTSM esteve presente, salienta-se o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocorrido entre outubro e novembro de 1978 em Camboriú (SC), cuja realização inaugura a inserção dos movimentos de saúde mental nos encontros de setores ditos conservadores (AMARANTE, 1995, p. 53-54).

A partir da segunda metade dos anos 80, no entanto, o cenário político brasileiro experimenta relevantes mudanças. A mais significativa delas — e que virá a possibilitar que outras notáveis transformações ocorram em território nacional — dá-se em 1985 a partir da eleição indireta de Tancredo Neves à presidência. Em razão da morte de Tancredo antes da sua posse, seu vice José Sarney assume o governo e assim desponta-se o processo de redemocratização do país, período conhecido como Nova República, após 20 anos de ditadura militar (AMARANTE, 1995, p. 76).

Em efeito, já em março de 1986, Brasília sedia o evento que virá a consagrar as lutas e reivindicações referentes à saúde traçadas no país desde os anos 70, bem como os projetos e ações reformistas formulados por entidades e instituições da sociedade civil nos encontros precedentes (AMARANTE, 1995, p. 76). Trata-se da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cuja realização, divergindo da norma de participação exclusiva de profissionais e tecnocratas, contou com a inédita representação de vários setores da comunidade (AMARANTE, 1995, p. 76). Esta conferência inscreve-se na história como símbolo crucial do contexto reformista brasileiro, tendo em vista que sua realização implicou na reformulação do conceito de saúde, tal como pontua Amarante:

Uma nova concepção de saúde surgiu desta conferência — a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado — e permitiu a definição de alguns princípios básicos como a universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado — como promotor de políticas de bem-estar social — e uma nova visão de saúde — como sinônimo de qualidade de vida. (AMARANTE, 1995, p. 77).

Diante disso, no relatório final da 8ª CNS consta o projeto formulador do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes, bem como os encaminhamentos à promoção de conferências focadas em temáticas específicas, como saúde mental, saúde do

trabalhador, da mulher, do idoso, etc (AMARANTE, 1995, p. 78; YASUI, 2010, p. 41). Desse modo, em junho de 1987, a UERJ sedia a I Conferência Nacional de Saúde Mental, e em dezembro do mesmo ano, em Bauru (SP), ocorre a segunda edição do Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Este evento tem como um dos seus eixos de discussão a pauta intitulada “por uma sociedade sem manicômios” (MTSM, 1987 apud AMARANTE, 1995, p. 80). Segundo Yasui, esta máxima, consolidada a partir de então como um lema,

apontava para uma nova estratégia a ser desenvolvida pelo movimento [...]. Adotado nacionalmente, a partir desse evento, o lema colocava em destaque a questão da loucura no âmbito sociocultural. Tratava-se de: produzir uma utopia norteadora das propostas assistenciais; resgatar a discussão sobre segregação e violência institucional; repensar as práticas e inventar possibilidades para ampliar o campo de atuação. Tratava-se, também, de uma profunda e radical ruptura com o modelo hegemônico médico-centrado de produção de um saber técnico, de uma Razão instrumental, sobre a loucura. (YASUI, 2010, p. 45).

Assim, a realização do II CNTSM culmina ainda na elaboração do importante Manifesto de Bauru, o qual agregava e disseminava os ideais de um novo movimento: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (YASUI, 2010, p. 46). O Manifesto apresenta a Luta Antimanicomial em seu caráter disruptivo em relação à violência e exclusão institucionalizadas nos manicômios, aparelhos designados como uma das expressões de opressão perpetradas na sociedade (YASUI, 2010, p. 46). Trata-se, portanto, de uma mobilização diluída no fazer cotidiano de profissionais, familiares, usuários e demais atores da sociedade que, alinhados ao ideário da luta, imprimiram em sua prática as transformações por ela preconizadas (YASUI, 2010, p. 46).

As articulações potencializadas nos eventos supracitados surtem efeitos significativos no âmbito do modelo assistencial vigente (AMARANTE et al., 1995, p. 82). A partir desta trajetória, modalidades alternativas de atenção são elaboradas com vistas a romper com a assistência psiquiátrica asilar tradicional, sendo a cidade de São Paulo a primeira a implantar em seus territórios um serviço dessa natureza (AMARANTE et al., 1995, p. 82). Assim, em 1987, inaugura-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, experiência pioneira que passa a nortear a expansão da proposta alternativa pelo país (AMARANTE et al., 1995, p. 82).

Em suma, o Centro de Atenção Psicossocial fora delineado em consonância com a noção de desospitalização do modelo norte-americano de Psiquiatria Comunitária, atrelado também à ideia de superação do modelo biomédico proposta pela Psiquiatria Democrática italiana (AMARANTE, 2020, p. 52). Têm-se, portanto, um equipamento formulado para atuar

no intermédio entre o atendimento hospitalar e a comunidade, indo de encontro à natureza cronificante e burocratizada do hospital à medida que oferta uma “rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária” (AMARANTE, 2020, p. 52).

Outro passo simbólico na trajetória da Luta Antimanicomial e da implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil consiste na intervenção executada na Casa de Saúde Anchieta, situada em Santos (SP), em maio de 1989 (AMARANTE, 1995, p. 83). David Capistrano Filho, médico de grande destaque nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica e secretário de saúde de Santos à época do acontecido, dedica um capítulo de seu livro “*Da Saúde e Das Cidades*” (1995) ao detalhamento do processo de desativação da Casa Anchieta. O título atribuído ao capítulo em questão, “*A Casa dos Horrores*” (1995, p. 99), denuncia a decadência da instituição e seu distanciamento do que seria idealmente associado a uma casa de saúde.

A situação descrita evidencia um cenário de superlotação, insalubridade, precariedade estrutural e material, carência de recursos humanos, inexistência de terapêuticas e tratamentos adequados, além das moléstias, abusos, torturas e até mortes que figuravam o quadro de barbaridades vivenciadas naquele ambiente (1995, p. 100-101). A Casa de Saúde iniciou suas atividades em 1953 sob o propósito de estabelecer em Santos “o maior e mais moderno hospital particular da América do Sul”, como anuncia o jornal *A Tribuna* poucos dias antes da inauguração¹. No entanto, em 1989, mais do que “uma instituição privada do tipo manicomial que funciona mediante convênio com a previdência”, o estabelecimento é, para a sociedade da época, símbolo de violência e repressão (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 99).

A intervenção na Casa de Saúde foi delineada sob a percepção de que promover a humanização da instituição seria insuficiente, dada a sua natureza e função social fortemente atreladas à violência e segregação (AMARANTE, 2020, p. 54). Logo, a proposta em questão tinha em seu horizonte a promoção de um “choque cultural” na sociedade (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 105), orientando-se não apenas em função da desconstrução do estabelecimento, mas sobretudo pelo anseio de superação do modelo manicomial e de suas referências conceituais e ideológicas (AMARANTE, 2020, p. 54).

Assim, foram convocadas entidades defensoras dos direitos humanos, sindicatos, veículos de imprensa e demais representantes da sociedade civil para entrar e ocupar a “casa dos horrores” em 3 de maio de 89 (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 105). Esta atitude torna pública a realidade velada no interior do estabelecimento e, já no dia seguinte, o grandioso

¹ HOSPITAL Anchieta (2). Hospício será o mais moderno da América do Sul, ao ser inaugurado em 1953. **Jornal Eletrônico Novo Milênio**, Santos, 23 jun. 2007. Histórias e Lendas de Santos — Hospitais. Disponível em <<https://novomilenio.inf.br/santos/h0260r.htm>>. Acesso em: 26 dez. 2021.

feito circula pelas rádios e canais televisivos², além de estampar as primeiras páginas dos jornais da região (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 106). Sobre o ocorrido, Capistrano comenta: “assim como o cavalo de Tróia levava homens ao interior da cidadela inimiga, nossa intervenção trouxe para dentro do manicômio os olhos e ouvidos da cidade” (1995, p. 107).

Paulatinamente construía-se o caminho para a substituição da Casa de Saúde Anchieta por uma rede integrada de serviços pulverizados pelo município (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 113-114). O ponto de partida consistiu na reorganização das enfermarias de modo a relacionar os pacientes de uma mesma zona da cidade aos cuidados de uma equipe específica (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 114). Ao mesmo tempo, fora do hospital, potencializando a estratégia da regionalização, buscava-se conhecer as demandas e particularidades de cada região da cidade, com vistas a implantar um equipamento alternativo que possibilitasse o real acesso das pessoas ao serviço e do serviço às pessoas (AMARANTE, 2020, p. 58).

Desse modo, os pacientes desinternados da Casa de Saúde passavam a ser assistidos nos serviços ambulatoriais de sua própria comunidade, tendo à sua disposição a mesma equipe que o acompanhara previamente (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 114). É neste movimento, portanto, que são instituídos os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), criação que inscreve a experiência santista de maneira simbólica na história da Reforma Psiquiátrica brasileira e que evidencia o êxito cada vez mais notório da Luta Antimanicomial no país. Sobre esse processo, Capistrano Filho descreve que, ao ser fundado um NAPS,

Todos os técnicos que cuidavam dos pacientes oriundos daquela região saíam do hospital com seus pacientes, que voltavam para suas casas ou partiam para soluções temporárias, como repúblicas. Enfim, num prazo bastante curto, iam se desprendendo da Casa de Saúde Anchieta blocos inteiros — grupos de pacientes, técnicos e terapeutas saíam para constituir os NAPS. Na medida em que iam sendo fechadas essas enfermarias geográficas, fechavam-se também partes do hospital, que ficava cada vez menor. (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 114).

Divergindo da proposta do CAPS, que atuava como um filtro de atendimento entre o hospital e a sociedade, pretendia-se através do trabalho operacionalizado nos NAPS consolidar uma rede de base comunitária efetivamente substitutiva ao manicômio (AMARANTE, 2020, p. 60). Alinhado a este propósito, portanto, os Núcleos funcionavam 24 horas em todos os dias da semana, inclusive feriados, equipados com seis leitos para eventuais demandas de permanência no espaço (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 115).

² Em vídeo publicado no YouTube através do canal de Telma de Souza, prefeita de Santos à época dos fatos, são reunidos recortes dessas reportagens, relatos dos internos e entrevistas concedidas por profissionais envolvidos na intervenção. Disponível em <<https://youtu.be/hTfPEuusC4A>>. 06 mai. 2019. Acesso em 05 jan. 2022.

Além dos NAPS, o novo programa de saúde mental estabelecido em Santos contava com uma gama de outros serviços, estratégias e dispositivos que passaram a ser denominados substitutivos (AMARANTE, 2020, p. 55): um Pronto-Socorro para atenção à crise e aos casos de emergência psiquiátrica; a Unidade de Reabilitação Psicossocial, através da qual desenvolveram-se importantes empreendimentos de trabalho; o Centro de Convivência e a Rádio Tam-Tam, símbolos de transformação cultural e artística; e o Lar Abrigado República Manoel da Silva Neto, espaço destinado à moradia e ao acolhimento de usuários gravemente institucionalizados (YASUI, 2010, p. 47).

Tal como evidenciado por Paulo Amarante, os resultados obtidos no cenário santista formulam um novo projeto de saúde mental derivado do propósito de desconstrução do manicômio e de superação do modelo segregador, excludente e cronificante centrado na internação psiquiátrica (2020, p. 57). Os efeitos deste emblemático processo, largamente repercutidos nacional e internacionalmente, atingem também o âmbito jurídico-político, culminando na apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, pelo deputado Paulo Delgado. Tal projeto previa a regulamentação dos direitos do doente mental em relação ao tratamento e indicava a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, bem como sua substituição por outros recursos assistenciais (AMARANTE et al., 1995, p. 84).

Desse modo, o Brasil chega ao fim dos anos 80 com uma conjuntura explicitamente distinta da década anterior, como analisa Yasui (2010, p. 50). O autor aponta que o país havia passado pela eleição direta à presidência e pela promulgação de uma nova Constituição Federal, conduzindo assim o processo de restauração da democracia. No que concerne à saúde, havia fortalecido a mobilização em torno da aprovação da Lei Orgânica de Saúde e consequente institucionalização da Reforma Sanitária. No setor da saúde mental, consolidou experiências transformadoras a partir do CAPS em São Paulo e dos NAPS em Santos, potencializou a Luta Antimanicomial agregando associações de usuários e familiares e o Projeto de Lei 3.657/89, tramitando pelas instâncias responsáveis, já sinalizava a concretização das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira (YASUI, 2010, p. 50).

Logo, a partir de 1990, mudanças significativas são viabilizadas com a aprovação da Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica de Saúde. Tal legislação dispõe, portanto, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de regulamentar a organização e funcionamento das ações e serviços do setor em todo o território nacional (BRASIL, 1990). Apesar disso, os dispositivos alternativos de saúde mental delineados no decorrer dos anos 80 ainda não estavam incluídos na proposta de financiamento do Sistema

Único de Saúde (SUS), fator que perpetuava a predominância de internações e consultas ambulatoriais na assistência psiquiátrica do país (YASUI, 2010, p. 57).

Entre novembro de 1991 e janeiro de 1992, no entanto, este cenário é alterado pela publicação das portarias nº 189/1991, “que modificou a sistemática de remuneração das internações hospitalares, procurando reduzir o tempo de internação”, e nº 224/1992, “que estabeleceu diretrizes e normas para a assistência em saúde mental” (YASUI, 2010, p. 57). Paulo Amarante destaca que, apesar de garantir a inclusão dos códigos NAPS/CAPS na tabela de financiamento do SUS e de fomentar a expansão destes serviços, as portarias nº 189/91 e 224/92 condensam ambas as instituições sob a mesma definição, a despeito das particularidades de cada uma e da pluralidade das questões por elas introduzidas (2020, p. 65).

Com a virada do milênio, após doze anos em tramitação e tendo sido rejeitado no Senado Federal, o projeto de lei apresentado pelo deputado Paulo Delgado é reformulado e aprovado em março de 2001. A Lei 10.216/01, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

Embora este acontecimento represente um grandioso avanço na trajetória de lutas da Reforma Psiquiátrica desde sua gênese na década de 70, as alterações efetuadas no texto original obliteram uma das mais relevantes propostas da luta em questão: “a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços” (YASUI, 2010, p. 63). Trata-se, nas palavras de Yasui (2010, p. 63), de uma mudança não apenas semântica, mas de essência. Comparando as duas versões, o autor analisa:

No primeiro, temos uma proposta de substituição de modelo e, no outro, de proteção, de direitos e redirecionamento. [...] Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial. Como revelador dessa característica, podemos destacar o fato de sete (4º a 10º), de seus treze artigos, referirem-se exclusivamente à regulamentação da internação psiquiátrica, enquanto dois (1º e 2º) aludem aos “direitos e à proteção das pessoas acometidas de transtorno mental”. A mudança de modelo de atendimento aparece como uma sugestão no item IX do parágrafo único, do artigo 2º, expressa como direito da pessoa em “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. Os outros artigos se relacionam à responsabilidade do Estado, às pesquisas científicas e à criação de uma comissão para acompanhar a implementação da lei. (YASUI, 2010, p. 63).

Ainda assim, é através dos desdobramentos possibilitados pela promulgação da Lei 10.216/01 que outras relevantes mudanças são concretizadas no âmbito da saúde mental no Brasil. Este avanço é potencializado, tal como verificado ao longo de todo o percurso da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, pela realização de encontros e eventos junto

aos trabalhadores da saúde mental, usuários dos serviços e seus familiares. Desse modo, em consonância com o que prevê a Lei 10.216/01 e com as contribuições resultantes da III CNSM, realizada em 2001 com o tema ‘Cuidar sim, excluir não’, uma série de novas portarias foram publicadas ao longo dos anos 2000, redirecionando os serviços de atenção psicossocial.

Em 2002, através da portaria nº 251, a estrutura, funcionamento e classificação dos hospitais psiquiátricos foi redefinida e a admissão de pacientes nesses espaços foi regulamentada com vistas a reduzir o número de internações (AMARANTE, 2020, p. 70). É também por meio desta portaria que o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) é criado, fomentando “um processo de avaliação periódica tanto nos hospitais psiquiátricos públicos quanto nos privados conveniados ao SUS” (AMARANTE, 2020, p. 70).

Paulo Amarante pontua que a atuação do PNASH/Psiquiatria resulta no fechamento de centenas de hospitais e milhares de postos de internação, ocasionando o retorno de um massivo contingente de internos à comunidade (2020, p. 137). Diante disso, estratégias são elaboradas com vistas a garantir a devida assistência aos sujeitos desinstitucionalizados e, por fim, criar as condições necessárias para a concreta superação do modelo asilar. Desse contexto decorre a portaria nº 336/02, que viabiliza a reclassificação e regulamentação dos serviços substitutivos a serem implantados em território nacional.

Conforme determina a portaria em questão, a terminologia NAPS é absorvida na abrangência dos CAPS, os quais desempenham a partir de então o papel de “articulador central das ações de saúde mental” (YASUI, 2010, p. 65). Assim, os Centros de Atenção Psicossocial passam a ser segmentados em três modalidades — CAPS I, CAPS II e CAPS III —, “definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional” (BRASIL, 2002). A portaria designa ainda a classificação CAPSi II, relativa ao atendimento de crianças e adolescentes e CAPSad II, destinada aos casos de uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

Ainda no sentido de promover a desinstitucionalização, em 2003 é instaurado o significativo programa “De Volta Para Casa”, através da Lei 10.708. Trata-se, portanto, de um “auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais” egressos de internações (BRASIL, 2003). Esta lei complementa a experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos instituídos no Brasil ainda nos anos 2000, antes mesmo da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica. Regulamentados na portaria nº 106/00, os SRTs consistem em “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos

portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuam suporte social e laços familiares” (BRASIL, 2000).

Logo, como desdobramento das disposições em vigor no cenário brasileiro, institui-se mediante a portaria nº 52/2004 o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar. Através deste mecanismo, portanto, intensifica-se a redução de leitos psiquiátricos no país, especialmente em instituições de grande porte (BRASIL, 2004). Tal determinação é aprimorada na portaria nº 2.644/2009, que “estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2009).

Em outras palavras, a portaria em questão induz os hospitais à redução de leitos ao estabelecer maior remuneração para as instituições de menor porte, contando ainda com incentivo adicional para internações breves (BRASIL, 2009). Ainda em 2008, em uma conjuntura marcada pela progressiva consolidação da Atenção Básica no país, pelo crescimento das Equipes de Saúde da Família e pela dificuldade expressa por estes profissionais diante das demandas de saúde mental e atenção psicossocial, criam-se os NASFs - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (AMARANTE, 2020, p. 79-80).

Regidos pela portaria nº 154 de 2008, tais núcleos são compostos por profissionais de variadas especialidades incumbidos de prestar suporte matricial às equipes da Atenção Básica a partir das demandas populacionais por elas atendidas (BRASIL, 2008). A atuação dos NASFs, no entanto, prescinde de uma unidade física e não está limitada às questões relativas à saúde mental. A particularidade desta estratégia reside na prestação de supervisão, consultoria e formação nas diferentes áreas da saúde aos trabalhadores das ESF, de forma a ampliar a resolutividade e abrangência das ações da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

Já em 2011, portanto, o percurso de consolidação das políticas de saúde mental no Brasil chega a um ponto crucial: o estabelecimento, pela portaria nº 3.088, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS é delineada considerando especialmente “a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção”, ampliando sua abrangência para inclusão das pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, bem como suas famílias (BRASIL, 2011). Nesse sentido, a partir da instituição da RAPS, é garantida a circulação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de substâncias pelos diversos serviços de saúde prestados à comunidade (BRASIL, 2011).

De forma detalhada, a atuação da Rede de Atenção Psicossocial atravessa sete distintos pontos de atenção em saúde e seus respectivos serviços: 1) a atenção básica – UBS,

NASF, Consultórios na Rua e Centros de Convivência; 2) a atenção psicossocial especializada – CAPS em suas diferentes modalidades; 3) a atenção de urgência e emergência – SAMU, UPAs 24 horas, UBS, salas de estabilização e prontos-socorros; 4) a atenção residencial de caráter transitório – Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas e demais serviços em regime residencial; 5) a atenção hospitalar – enfermarias especializadas em Hospitais Gerais e serviços hospitalares de referência em saúde mental; 6) as estratégias de desinstitucionalização – SRTs e Programa De Volta Para Casa; e finalmente, 7) as estratégias de reabilitação psicossocial – empreendimentos solidários, cooperativas sociais e demais iniciativas de geração de trabalho e renda (BRASIL, 2011; AMARANTE, 2020, p. 74).

Assim, ao desfecho do primeiro quinquênio de 2010, a trajetória de lutas que configura a experiência brasileira da Reforma Psiquiátrica situa-se em um cenário permeado pela proliferação de serviços substitutivos e pela progressiva lapidação da legislação referente à assistência psiquiátrica no país. O percurso adiante, no entanto, é permeado por uma série de obstáculos e desafios que colocam à prova os avanços até então consagrados. A partir de 2016, a Luta Antimanicomial e o modelo psicossocial de atenção à saúde mental enfrentam progressivas reformulações que ameaçam sua integralidade, seus princípios e estratégias.

4.3 Reforma ou desmonte?

Na obra *“Autobiografia de um Movimento”* (2020), coordenada por Paulo Amarante, são detalhadas as quatro décadas da trajetória brasileira de Reforma Psiquiátrica, de 1976 a 2016. Descrito por Amarante e colaboradores como um “cenário de retrocessos ideológicos e civilizatórios” (2020, p. 158), o ano de 2016, além de fechar o período coberto pelo trabalho em questão, demarca o início de um emblemático movimento designado pelos autores como ‘contra reforma psiquiátrica’ (2020, p. 129). Este processo tem em sua essência a acentuação de uma narrativa favorável “às ‘comunidades terapêuticas’ (com aspas), ao proibicionismo, à intolerância, aos estigmas e preconceitos” (AMARANTE et al., 2020, p. 158).

A origem da contra reforma é situada ainda no desfecho do governo Dilma Rousseff quando, já na tentativa de dirimir o processo de impeachment, a presidenta anuncia o ex-deputado conservador Marcelo Castro para o Ministério da Saúde (AMARANTE et al., 2020, p. 156-157). Tal nomeação desemboca na assunção de Valencius Wurch Duarte Filho, ex-dirigente da Casa de Saúde Dr. Eiras, maior hospital psiquiátrico privado da América Latina (COLLUCCI, 2015), ao cargo de coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas (AMARANTE et al., 2020, p. 156). Deste episódio decorrem intensas denúncias e

mobilizações por parte dos ativistas da Luta Antimanicomial, culminando na exoneração de Valencius em maio de 2016 (AMARANTE et al., 2020, p. 156).

Apesar disso, diante da consolidação do impeachment em agosto do mesmo ano, a tendência conservadora segue crescente no cenário político brasileiro. Os efeitos desse processo impactam não apenas as políticas de saúde, mas “todas as políticas públicas, tanto no âmbito social quanto no econômico, revertendo os direitos políticos, sociais e humanos alcançados com a Constituição de 1988” (AMARANTE et al., 2020, p. 157). Desse modo, a partir do segundo quinquênio de 2010, os resultados obtidos até então no percurso da Luta Antimanicomial tornam-se alvo de uma série de retrocessos e desmontes. Este movimento, portanto, determinadamente contrário às pautas sustentadas pela Reforma Psiquiátrica, é relatado em algumas referências sob a denominação de ‘contra reforma’.

Nesse sentido, destaca-se o artigo de Rossano Cabral Lima intitulado “*O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil*” (2019), no qual o autor descreve e analisa o encadeamento de novas orientações aplicadas à Política Nacional de Saúde Mental. Segundo o autor, o país enfrenta uma ‘maré contrarreformista’ (2019, p. 2) traduzida em um projeto político ultraconservador que ameaça o SUS, fragiliza o instável estado de bem-estar social construído nos últimos anos e evidencia a cultura manicomial que ainda resiste na sociedade brasileira (2019, p. 4). Em suma, o movimento em questão consiste na articulação de um desmonte da política de saúde mental vigente no Brasil desde 2001, quando a Lei da Reforma Psiquiátrica foi finalmente sancionada.

Cruz, Gonçalves & Delgado (2020) detalham este percurso a partir da análise de cerca de quinze documentos normativos emitidos entre 2016 e 2019, os quais resultam na chamada ‘Nova Política Nacional de Saúde Mental’. Apesar de localizarem o marco inicial desta nova política apenas em dezembro de 2017, Cruz e colaboradores apontam uma série de elementos anteriores que já forneciam as bases para o projeto de desmonte das políticas públicas. Ao situar os antecedentes imediatos destas mudanças, os autores reiteram a importância dos acontecimentos de 2016, ano que “significou uma interrupção no processo democrático no país, acarretando uma reorientação radical das políticas sociais” (CRUZ et al., 2020, p. 3).

Esta sequência de transformações tem início em outubro de 2016 com a portaria nº 1.482 do Ministério da Saúde, que determina a inclusão de Comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e viabiliza o financiamento destas a partir das verbas do setor (CRUZ et al., 2020, p. 5). Em dezembro do mesmo ano, o presidente Temer promulga a Emenda Constitucional nº 95, determinando o congelamento

dos recursos destinados à saúde, educação, assistência social, previdência, segurança pública, entre outras políticas sociais pelo período de vinte anos (CRUZ et al., 2020, p. 3).

Já em setembro de 2017, a portaria nº 2.436 aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), modificando o trabalho desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde e, por conseguinte, afetando o cuidado de base comunitária (CRUZ et al., 2020, p. 4). Tal portaria repercute ainda na relação entre a RAPS e a Equipe de Saúde da Família (ESF), fragilizando as ações territoriais da Rede à medida que instaura um modelo pautado em ambulatórios especializados e não no cuidado integral (CRUZ et al., 2020, p. 4). Poucos meses depois a própria RAPS seria alvo direto do desmantelamento em curso, simbolizando o marco inicial da ‘nova’ Política Nacional de Saúde Mental.

Trata-se, portanto, das modificações aplicadas através da resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em dezembro de 2017. Tal resolução, embora estabelecida visando o fortalecimento da RAPS, resgata mecanismos “que apontam para um cuidado de característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária” (CRUZ et al., 2020, p. 6). Evidência disso é a inclusão dos hospitais psiquiátricos e dos hospitais-dia como pontos de atenção da Rede, o fortalecimento do apoio às comunidades terapêuticas, bem como o resgate dos ambulatórios psiquiátricos (BRASIL, 2017).

Outro ponto crucial da resolução aparece em seu artigo 7º e é tratado de forma específica na portaria nº 3.588 do Ministério da Saúde, publicada ainda em dezembro de 2017. Estes elementos tratam da criação de uma nova modalidade de CAPS, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV. Segundo Cruz e colaboradores (2020, p. 7), tal dispositivo apresenta “a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico”, uma vez que visa prestar assistência a urgências e emergências, conta com enfermarias de até trinta leitos e a localização de suas unidades é restrita às chamadas “cenas de uso”.

Ainda no que concerne à atenção aos sujeitos com histórico de abuso de substâncias, em 21 de dezembro de 2017 é publicada a portaria interministerial nº 2. Através dela é estabelecido um comitê de gestão coordenado pelo Ministério da Justiça e da Segurança Pública e composto por representantes do Ministério da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do Trabalho (CRUZ et al., 2020, p. 7). Em síntese, de acordo com as pontuações de Cruz e colaboradores (2020, p. 7), esta portaria constrói as bases para a progressiva desvinculação da PNAD da pasta da saúde.

Uma outra via de sucateamento da PNSM, ainda que indiretamente relacionada, é expressa por meio da portaria nº 3.992/2017. Ao dispor acerca do financiamento dos serviços e estratégias do SUS, tal portaria modifica o método de transferência de recursos, extinguindo

a destinação para fins específicos (CRUZ et al., 2020, p. 7). Em consequência, são lançados os blocos de custeio e de investimento que permitem ao gestor municipal alocar a verba para as finalidades que considerar conveniente (CRUZ et al., 2020, p. 7). Esta reconfiguração viabiliza que os recursos destinados aos serviços de base comunitária sejam aplicados em outros setores da saúde, até mesmo em hospitais psiquiátricos, colocando em risco todo o sistema de financiamento da rede substitutiva.

Ainda em relação ao financiamento, a CIT publica no início de 2018 as resoluções nº 35 e nº 36, sobre a devolução e bloqueio de recursos, respectivamente (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b). Tais medidas, aplicadas às unidades que apresentavam inconsistência no faturamento, desencadearam um considerável corte de verbas destinadas aos CAPS e SRTs (CRUZ et al., 2020, p. 8). Cruz e colaboradores apontam que, em 2012, a modificação e complexificação do sistema de faturamento dos CAPS ocasionou uma série de empecilhos que inviabilizaram o devido registro das atividades destes serviços (2020, p. 8). Acerca desta conjuntura e de seus desdobramentos, os autores comentam:

As resoluções 35 e 36 da CIT foram aparentemente criadas para se aproveitar desta fragilidade dos serviços e, em vez de buscar aprimorar o sistema de informações e de fiscalização da aplicação dos recursos, cortam diretamente os recursos na esfera federal, asfixiando financeiramente os serviços comunitários. Por um lado, a ‘nova’ PNSM traz componentes que aumentam sistematicamente o financiamento de estruturas hospitalares/asilares e, por outro, exerce o contingenciamento de recursos da atenção de base territorial, com pautando-se nas restrições postas por essas resoluções. (CRUZ et al., 2020, p. 8).

Já em março de 2018, a partir da resolução nº. 1 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), novas nuances são acrescidas à problemática da assistência a usuários de álcool e outras drogas. Diferentemente da resolução nº 32/2017, que trata da questão sob o viés do fortalecimento da RAPS, a resolução nº 1/2018 indica objetivamente o realinhamento da PNSM. Este realinhamento se materializa através da intensificação do processo de transferência da política sobre drogas ao Ministério do Desenvolvimento Social e do fomento às comunidades terapêuticas (BRASIL, 2018c).

As CTs são descritas por Lima como um “modelo assistencial fechado e de longa permanência, frequentemente de matiz religioso e baseado na exigência de abstinência total, para tratamento de pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas” (2019, p. 3). Paulo Amarante pontua ainda que estas instituições descendem da proposta de Comunidade Terapêutica desenvolvida na Inglaterra, mas foram apropriadas por uma narrativa predominantemente religiosa que deturpa seus princípios originais (2020, p. 83).

Este cenário é agravado pelo encontro das concepções conservadoras e proibicionistas da sociedade com a representação parlamentar atualmente sustentada pela bancada evangélica e pelos militares envolvidos em diversos setores do poder público (DELGADO, 2019, p. 4). Como consequência desse engendramento, foi aberto em abril de 2018 o edital nº 1, destinado ao cadastramento de Comunidades Terapêuticas para o financiamento da União (BRASIL, 2018d). Desse modo, firmam-se novos contratos com 216 CTs que, amplamente investidas financeiramente, oferecem tratamento de reclusão prolongada de até 12 meses, podendo ser renovada com intervalo de um semestre (CRUZ et al., 2020, p. 9).

Ainda nesse escopo, o Ministério da Saúde lança em maio de 2018 a portaria nº 544, que insere o CAPSad IV no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, e em agosto a portaria nº 2.434, que aumenta o financiamento das internações psiquiátricas de mais de 90 dias (BRASIL, 2018e; BRASIL, 2018f). Para Cruz e colaboradores (2020, p. 10), ao pretender legitimar a função da longa permanência hospitalar, esta portaria vai de encontro ao percurso traçado pela Reforma Psiquiátrica no sentido de atribuir um valor mais baixo para longas internações como forma de incentivo à adoção de métodos alternativos.

Assim, o ano de 2018 chega a seu termo com a suspensão do “repasso do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de 72 CAPS, 194 SRTs, 31 Unidades de Acolhimento e de 22 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral” espalhados pelo Brasil (CRUZ et al., 2020, p. 10). A grave situação é acentuada ainda pela exigência de devolução imediata dos recursos investidos em dissonância com os requisitos exigidos, tal como previsto pelas mencionadas resoluções nº 35 e 36 de 2018 (CRUZ et al., 2020, p. 10).

O gradual desmonte das transformações estabelecidas com a Reforma Psiquiátrica chega a seu ponto crítico quando a Nota Técnica nº 11 é publicada, em fevereiro de 2019, consagrando a ‘Nova Política Nacional de Saúde Mental’. Esta nota reúne as resoluções, portarias e editais previamente publicados para demarcar, como designa o próprio documento, “um processo evolutivo de reforma do modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2019a). A inclusão de hospitais psiquiátricos, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPSad IV na RAPS aparece reforçada e justificada no texto pela declaração de que “o Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos a outros” (BRASIL, 2019a).

Portanto, fica estabelecido que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos”, reiterando ao longo de toda a nota que o MS não mais promove a desativação de unidades de qualquer natureza (BRASIL, 2019a). Este posicionamento, alicerçado na declaração de que não existem evidências que justifiquem a não inclusão destes serviços na RAPS (BRASIL, 2019a, p. 7), desconsidera o percurso

nacional da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Desse modo, embora as mudanças previstas na nota sejam anunciadas como parte de um “processo evolutivo de reforma”, vê-se no texto uma série de ataques aos princípios sustentados pela Reforma Psiquiátrica, indicando não uma evolução, mas o desmonte das conquistas logradas por esse movimento ao longo de décadas de lutas.

No campo da política sobre drogas, o texto determina a abstinência como objetivo primeiro das estratégias de tratamento (BRASIL, 2019a, p. 6) e as comunidades terapêuticas, junto aos CAPSad IV, como dispositivos fundamentais nesta modalidade de atenção. É nesse sentido que, através do decreto nº 9.761 de abril de 2019, é aprovada a nova Política Nacional Sobre Drogas (BRASIL, 2019b). As ações desta política, alocadas sob a administração dos Ministérios da Cidadania e da Justiça e Segurança Pública, oficializam a separação entre a PNAD e a PNSM. Tal mudança indica a “intenção de impedir que os princípios que regem a atenção psicossocial, especialmente o cuidado em liberdade [...], sejam igualmente aplicados aos usuários de álcool e outras drogas” (GULJOR et al., 2019 apud CRUZ et al., 2019, p. 11).

Outro ponto crucial tratado na Nota Técnica nº 11/2019 diz respeito à internação de crianças e adolescentes, sustentada sobre o argumento de que “não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos” (BRASIL, 2019a, p. 24). Além disso, visando munir a assistência pública em saúde mental das mais robustas práticas clínicas ancoradas em evidências científicas, a nova PNSM resgata a técnica da eletroconvulsoterapia (ECT) e passa a financiar a compra desse tipo de equipamento (BRASIL, 2019a, p. 6). A apresentação deste método como exemplo de “melhor aparato terapêutico” (BRASIL, 2019a, p. 6) está em desacordo com os registros históricos do uso da ECT como instrumento de tortura e punição — uso este descontinuado através da Reforma Psiquiátrica (CRUZ et al., 2019, p. 11).

É nesse sentido que Paulo Amarante, em um breve texto publicado em 2019 na revista *Radis*, sintetiza a conjuntura instaurada a partir da Nota nº 11/2019 sob o título de “ameaça técnica da indústria da loucura”. O autor sustenta esta classificação ao apresentar as mudanças impostas ao modelo psicossocial como uma reação dos proprietários dos hospitais, insatisfeitos com os alcances da Reforma Psiquiátrica (2019, p. 35). Para Amarante, as medidas favorecem “os interesses da ‘indústria da loucura’, empresas proprietárias de hospitais psiquiátricos e de ‘comunidades terapêuticas’ — onde se incluem as instituições religiosas” —, da indústria de medicamentos e de equipamentos médicos (2019, p. 35).

Assim, o autor pontua que o caráter antidemocrático da nota explicita sua determinada inclinação ao desmonte do SUS e da Reforma Psiquiátrica, além de simbolizar um retrocesso

na política de saúde mental em favor dos interesses privados (2019, p. 35). Este posicionamento vai ao encontro das afirmações de Pedro Delgado em entrevista concedida também em 2019 ao Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Ao analisar as circunstâncias vigentes no país, o autor afirma que “o retrocesso que vem se implantando desde 2016 busca impor um retorno do reducionismo biomédico e da monocultura hospitalar” (DELGADO, 2019, p. 1).

Delgado assegura ainda que a atenção à saúde mental vinha apresentando resultados consistentes e visíveis na consolidação do modelo psicossocial no Brasil, avançando gradualmente na superação da psiquiatria asilar tradicional (2019, p. 2). No entanto, com as sucessivas medidas aplicadas a partir de 2016, ganha forças “o projeto de desmantelamento do incipiente Estado de Bem-Estar Social proposto na Constituição de 1988” (DELGADO, 2019, p. 2). Desse modo, ratifica-se a ameaça à democracia que toma forma no Brasil na continuidade entre os governos Temer e Bolsonaro, expressando-se não apenas nos impactos causados à política de saúde mental, mas às políticas sociais em geral.

No ano de 2020, novos agravantes são acrescentados ao percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira, tal como detalhado pela edição nº 220 da revista *Radis* em artigo de autoria de Liseane Morosini. Trata-se do projeto do Ministério da Saúde voltado à revogação de quase cem portarias da saúde mental (MOROSINI, p. 10). Segundo a autora (2021, p. 11), esta articulação veio à público através de matéria veiculada em 6 de dezembro de 2020 na antiga *Revista Época*, hoje *O Globo*. A reportagem declara: “o Ministério da Saúde prepara um ‘revogaço’ [...], ameaçando diversos programas e serviços do setor” (BARRETTO, 2020).

Na *Radis* (2021, p. 13), os segmentos atingidos pelo ‘revogaço’ aparecem listados: no que concerne aos hospitais psiquiátricos, são abolidos os mecanismos de fiscalização e estímulo à redução do tamanho desses estabelecimentos, bem como as equipes de apoio à desinstitucionalização de internos; quanto aos CAPS, é proposto que façam apenas reabilitação, transferindo o atendimento psiquiátrico para outro setor; no atendimento comunitário tem-se a passagem dos SRTs e do Programa de Volta para Casa à assistência social, além da extinção de serviços voltados ao atendimento da população em situação de rua; em relação às internações involuntárias, há um afrouxamento das medidas de controle desse tipo de abordagem e é extinta a determinação de comunicação ao Ministério Público.

Ademais, no que se refere à gestão e articulação da PNSM, Morosini destaca que o projeto de revogação dissolve a instância que reúne os principais gestores desta política. Já no tocante a PNAD, além de transferir responsabilidades ao Ministério da Cidadania, o ‘revogaço’ define a abstinência como objetivo principal da política em questão. Por

consequente, transformando a redução de danos em estratégia complementar, rompe-se com a distribuição de insumos para dirimir a transmissão de doenças no uso de drogas. A autora complementa salientando que a revogação “retira a possibilidade de atendimento de pessoas com dependência química em CAPS”, propondo a criação de serviços específicos para esse público (MOROSINI, 2021, p. 13).

Esse conjunto de propostas tem como base o documento “*Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil*”, publicado em 2014 pela ABP (MOROSINI, 2021, p. 11). Dentre as considerações que compõem o documento, destaca-se a pontuação de que o CAPS, base da assistência à saúde mental no país, ainda não havia demonstrado eficácia na reabilitação e reinserção social (ABP, 2014, p. 6). Este posicionamento é seguido pela afirmação de que a “ABP discorda da construção de modelos assistenciais em saúde mental centrados em um único equipamento, seja ele qual for” (ABP, 2014, p. 6). Ainda no referido documento, a Associação alega que o modelo em vigor adota como premissa “a desvalorização do saber psiquiátrico e a redução do papel do psiquiatra”, que “vem sendo colocado como profissional secundário e prescindível” (ABP, 2014, p. 6).

Antônio Geraldo da Silva, presidente da ABP, em entrevista concedida em dezembro de 2020 a Cláudia Collucci, da *Folha de São Paulo*, ratifica o posicionamento sustentado tanto no documento supracitado quanto na proposta do ‘revogaço’. De acordo com Antônio, “há um excesso de portarias”, o que ele avalia como “um negócio absurdo, improdutivo” (COLLUCCI, 2020). Ao comentar sobre a resistência dos conselhos de secretários da saúde em acatar as medidas propostas, o presidente afirma: “Parece que não querem que mude, que a coisa funcione. Querem continuar tendo 2.000 e tantos CAPS, aí recebem um monte de dinheiro do Ministério e não querem que testem se os serviços têm eficiência, eficácia. Lugar nenhum do mundo tem CAPS” (COLLUCCI, 2020). Ainda de acordo com a matéria, ao defender a criação de ambulatórios de saúde mental, Antônio Geraldo sinaliza a intenção de aproximar os serviços do sistema público ao funcionamento do sistema privado.

Em nota, o Ministério da Saúde manifestou-se reiterando a constatação de que muitas das mais de 100 portarias relativas à saúde mental estão obsoletas, “o que confunde gestores e dificulta o trabalho de monitoramento e efetiva consolidação das políticas” (BRASIL, 2020b). Assim, visando proporcionar a análise, discussão, aprimoramento, revogação e criação de instrumentos alinhados à nova PNSM, criou-se o grupo de trabalho constituído pelos conselhos de secretários estaduais e municipais da saúde, pelo Ministério da Cidadania e, enfim, pelo Conselho Federal de Medicina e pela ABP (BRASIL, 2020b). Ainda nesta nota, o Ministério nega a sugestão de fechamento dos CAPS e dos Consultórios na Rua.

A repercussão do pacote de revogações mobilizou numerosas reações de repúdio por parte de distintas entidades e movimentos sociais ligados à questão, citadas por Morosini em sua matéria para a *Radis* (2021, p.13). Destaca-se, portanto, o posicionamento divulgado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), na qual a manobra em questão é assimilada como uma tentativa de “fazer o país andar para trás ‘20 anos em dois’” — referindo-se às duas décadas da Lei da Reforma Psiquiátrica (ABRASCO, 2020). O Conselho Nacional de Saúde, por sua vez, torna público seu posicionamento contrário às “investidas de retrocesso e ‘modernização’ de velhas instituições e práticas que ameacem a dignidade humana, os direitos humanos e o cuidado em liberdade” (BRASIL, 2020a).

Dos efeitos das mobilizações disparadas pelo ‘revogação’, salienta-se a formação da *Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial*. A entidade manifestou-se evidenciando no contexto atual do país “uma total submissão da Política Nacional de Saúde Mental aos interesses das iniciativas privadas, o que coincide com a presença corporativista da Associação Brasileira de Psiquiatria junto ao Ministério da Saúde” (FRENTE AMPLIADA, 2020).

Outro importante resultado consiste no compromisso assumido pelo Ministério da Saúde em ampliar o grupo de trabalho responsável pelas análises da conjuntura, viabilizando a participação de outras categorias e atores implicados na questão (MOROSINI, 2021, p. 12). Além disso, as ameaças acumuladas nos últimos anos levaram o CNS a convocar, após um recesso de dez anos, a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, prevista para ocorrer em novembro de 2022 (PROJETO ANÁLISE, 2020, p. 3; BRASIL, 2022).

5 CONCLUSÕES

Diante do exposto, observa-se que o resgate histórico empreendido neste trabalho viabilizou a apreensão tanto dos métodos e saberes outrora vigentes no trato com a loucura no Brasil, quanto do percurso que transformou esse cenário ao longo dos anos. Além disso, o delineamento desse panorama possibilitou a identificação de aspectos que resistem através do tempo, renovando-se enquanto desafios à consolidação da atenção psicossocial no atual contexto brasileiro. Nesse sentido, por meio da análise do material selecionado, percebe-se que a trajetória da loucura no cenário nacional perpassou o âmbito do controle social, da moral religiosa e do saber/poder médico até alcançar uma modalidade de cuidado voltada não mais à doença, mas sobretudo à saúde mental e seus múltiplos determinantes.

No entanto, apesar de estruturado um modelo psicossocial de atenção, resquícios dos modelos de assistência precedentes seguem em vigor, ora modificados de forma sutil na tentativa de indicar uma modernização, ora simplesmente resgatados e aplicados nos mesmos termos. Evidências disso são as sucessivas mudanças impostas à Política Nacional de Saúde Mental na transição entre os governos Temer e Bolsonaro, mencionadas e discutidas ao longo deste trabalho. Os fatores que delineiam o redirecionamento da política não apenas remetem ao arcaico modelo asilar antes prevalente na assistência psiquiátrica, mas ao próprio contexto histórico que impulsionou a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a origem do referido movimento dá-se paralelamente às mobilizações pela redemocratização do país e em resistência à ditadura. No período em que o governo esteve tomado por forças militares e pela repressão, autoritarismo e conservadorismo característicos deste segmento, as ações implementadas buscavam sobretudo a manutenção da ordem e da moral. A saúde, por sua vez, longe de ser considerada um direito de todos, era um produto submetido à dinâmica de favorecimento da rede privada. A saúde pública, entendida como direito de toda a população a ser garantido pelo Estado, é um avanço possibilitado somente com o estabelecimento da democracia.

Esta conquista, portanto, decorre das intensas lutas empreendidas no Brasil pela concreta transformação da conjuntura do país à época, bem como pela criação de um sistema que garanta qualidade de vida e acesso universal à saúde. Em suma, a Reforma Psiquiátrica, aliada à Reforma Sanitária, tem sua origem e seu desenvolvimento intimamente relacionados à defesa de um Estado democrático, da própria Constituição Cidadã e do SUS. Assim, diante da tendência antidemocrática instaurada no país desde o impeachment em 2016, perpetuada e agravada no governo Bolsonaro pelo caráter neoliberal, proibicionista, religioso e militar do

projeto de desmantelamento das políticas sociais, torna-se evidente a contemporaneidade da luta e dos princípios sustentados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Considerando os fatos mencionados, percebe-se que a defesa, manutenção e/ou o resgate de estratégias e mecanismos próprios do modelo manicomial, especialmente entre os anos 2016 e 2020, indicam que este paradigma ainda não foi superado. Logo, tendo em vista a complexidade e emergência do conteúdo abordado, os apontamentos reunidos neste trabalho não buscam encerrar as discussões sobre a temática. Dada a pluralidade de interseções e aprofundamentos possíveis, pretende-se ensejar novas inquietações e contribuir para a construção de outras análises e discussões no tocante à saúde mental no Brasil. Por conseguinte, busca-se colaborar com o delineamento de estratégias de enfrentamento às ameaças e ao projeto de desmonte em curso nos últimos anos.

Em suma, ao viabilizar a percepção das fragilidades e, não obstante, das potencialidades da Reforma Psiquiátrica brasileira, o presente trabalho visa evidenciar a relevância da luta em defesa da democracia, das políticas sociais e de uma modalidade de atenção à saúde mental pautada no cuidado em liberdade. Por fim, entende-se que a Reforma Psiquiátrica, em sua condição de processo social complexo, é sinônimo de construção perene, constantemente convocada a estar à altura dos desafios da época em que se insere. A Luta Antimanicomial segue esta mesma cadência, atualizando-se enquanto utopia para constituir um horizonte a ser incessantemente perseguido.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. 136 p.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 p. (Temas em Saúde).
- AMARANTE, P. A ameaça técnica da indústria da loucura. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 198, p. 35, mar. 2019. Seção Pós-Tudo.
- AMARANTE, P. (coord.). **Autobiografia de um Movimento: quatro décadas da Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-2016)**. Rio de Janeiro: CAPES, 2020. 204 p. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42940/2/AutobiografiaMovimento.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Introdução. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2014. Cap. 1. p. 6-7. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Nota contra a proposta de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial apresentada pelo Ministério da Saúde**. 09 dez. 2020. Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-contra-a-proposta-de-desmonte-da-rede-de-atencao-psicossocial-apresentada-pelo-ministerio-da-saude/54848/>>. Acesso em: 04 jan. 2022.
- BARRETTO, E. Governo Bolsonaro revogará portarias e encerrará programas de saúde mental no SUS. **O Globo [Época]**, Rio de Janeiro, 06 dez. 2020. Coluna Guilherme Amado. Disponível em <oglobo.globo.com/epoca/guilherme-amado/governo-bolsonaro-revogara-portarias-encerrara-programas-de-saude-mental-no-sus-1-24782439>. Acesso em: 03 jan. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em <http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 30 dez. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso em: 30 dez. 2021.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 06 abr. 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 30 dez. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 30 dez. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.708, 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 31 jul. 2003. Disponível em <planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644_28_10_2009.html>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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 <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 35, de 25 de janeiro de 2018a. Estabelece prazo para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram e efetivaram o seu funcionamento. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0035_06_02_2018.html#>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 36, de 25 de janeiro de 2018b. Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao MS e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada [...]. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0036_06_02_2018.html>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. Resolução nº 1, de 09 de março de 2018c. Disponível em <www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Edital de Credenciamento nº 1, de 25 de abril de 2018d. Disponível em <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/11797737>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 544, de 07 de maio de 2018e. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. Disponível em <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/06/2018&jornal=515&pagina=31>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018f. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11, de 4 de fevereiro de 2019a. Disponível em <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019b. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Nota Pública:** CNS defende Política Nacional de Saúde Mental desinstitucionalizadora, antimanicomial e com participação social. 04 dez. 2020a. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1505-nota-publica-cns-defende-politica-nacional-de-saude-mental-desinstitucionalizadora-antimanicomial-e-com-participacao-social>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Saúde Mental:** Grupo de trabalho com representantes do Ministério da Cidadania, do CFM, da ABP, do Conass e do Conasems vai analisar e discutir as políticas de assistência psicossocial. 08 dez. 2020b. Disponível em <<https://aps.saude.gov.br/noticia/10539>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 668, de 28 jan. 2022. Dispõe sobre a prorrogação das etapas da V Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2022/Reso668_.pdf>. Acesso em 18 fev. 2022.

CAPISTRANO FILHO, D. Parte III: a casa dos horrores. In: CAPISTRANO FILHO, D. **Da Saúde e das Cidades**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995. p. 99-120. (Saúde em Debate).

CASTEL, R. Prefácio. In: CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 7-15. Tradução: Maria Thereza da C. Albuquerque.

CASTEL, R. O salvamento da instituição totalitária. In: CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 40-65. Tradução: Maria Thereza da C. Albuquerque.

COLLUCCI, C. Ex-diretor de manicômio conduzirá política de saúde mental no país. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 14 dez. 2015. Cotidiano. Disponível em <<http://folha.com/no1719024>>. Acesso em 26 dez. 2021.

COLLUCCI, C. Governo Bolsonaro quer revogar portarias que sustentam política de saúde mental. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 07 dez. 2020. Equilíbrio e Saúde. Disponível em <<https://folha.com/z2f4ikur>>. Acesso em 03 jan. 2022.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168. (Loucura & Civilização). Disponível em <<https://books.scielo.org/id/htjgj>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

COSTA, J. F. As origens históricas da Liga Brasileira de Higiene Mental. In: COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. Cap. 1, p. 33-38.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-20, jul. 2020. Disponível em <<https://scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?lang=pt>>. Acesso em: 26 dez. 2021.

DELGADO, P. G. G. [Entrevista concedida a] PROJETO ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL (UFBA). **Instituto de Saúde Coletiva**, Salvador, p. 1-7, jul. 2019. Disponível em <<https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/entrevista-domes-de-julho-pedro-delgado/>>. Acesso em: 26 dez. 2021.

FOUCAULT, M. Experiências da Loucura. In: FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. Cap. 4, p. 124-150.

FRENTE AMPLIADA EM DEFESA DA SAÚDE MENTAL, DA REFORMA PSQUIÁTRICA E DA LUTA ANTIMANICOMIAL. **Manifesto da Frente Ampla em defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial**. Disponível em <frenteampliadaemdefesa.com/manifesto-da-frente-ampla-em-defesa-da-saude-mental-da-reforma-psiquiatrica-e-da-luta-ef904436eb0e>. Acesso em 04 jan. 2022.

GALEANO, E.; BIRRI, F. Ventana sobre la utopia. In: GALEANO, E. **Las palabras andantes**. 5 ed. Buenos Aires: Catálogos, 2001. p. 230. Disponível em <http://resistir.info/livros/galeano_las_palabras_andantes.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2021.

GIL, A. C. Delineamento da pesquisa. In: GIL, A. C. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008a. Cap. 6, p. 49-59.

GIL, A. C. Utilização de documentos. In: GIL, A. C. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008b. Cap. 14, p. 147-155.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995a. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rae/a/wf9CgwXVjpLFVgpnNkCggnC/?lang=pt>>. Acesso em: 29 dez. 2021.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, mai./jun. 1995b. Disponível em <www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?lang=pt>. Acesso em: 29 dez. 2021.

LIMA, R. C. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-5, abr. 2019. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/phys/a/dR8q4LDwM9zpXtSyvq9nr7f/?lang=pt>>. Acesso em: 26 dez. 2021.

MACHADO, R. *et al.* Socorrei os pobres e os soldados. In: MACHADO, R. *et al.* **Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. p. 58-72. (Saber & Sociedade).

MACHADO, R. *et al.* Parte III: a medicina do comportamento. In: MACHADO, R. *et al.* **Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. p. 375-485. (Saber & Sociedade).

MOREIRA, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). **Revista Latinoam. de Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dez. 2011. Transcrito de *Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciencias Affins*, v. 1, n. 1, p. 52-98, 1905. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/XWnPsxmnrXtXmt8nm6wFRjy/?lang=pt>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MOROSINI, L. “Manicômios nunca mais”: mudanças na política de saúde mental ameaçam Reforma Psiquiátrica. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 220, p. 10-13, jan. 2021. Seção Saúde Mental.

PROJETO ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL (UFBA). Instituto de Saúde Coletiva. Saúde mental: “revogação” e novas investidas em andamento. **Boletim OAPS e CDV**, Salvador, v. 6, n. 32, p. 1-4, nov./dez. 2020. Bimensal. Disponível em <https://api.observatorio.analisepoliticaemsaude.org/media/bulletins/32/pdfs/ano6_edicao32_novembrodezembro_2020_22122020161115.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2022.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (org.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987. p. 16-69.

ROTHER, E. T. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, fev. 2007. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt>>. Acesso em: 29 dez. 2021.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 192 p. (Loucura e Civilização).