



RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar.

ISSN 2594-8806

Ano 3, Vol. V, Número 2, Jul- Dez, 2019, p. 493-515.

## REFORMA PSIQUIÁTRICA: ORIGENS E ATUALIDADE NO BRASIL

Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira  
Amanda Speziali Barros Santana  
Erica Soares Viana  
Paula Almeida Grassi Ferreira  
Taimã De Sales Massarolo  
Telma Georgina De Oliveira  
Vanessa Santos Liberal

**RESUMO:** Este artigo é fruto de pesquisa realizada na disciplina Saúde Mental e Saúde Coletiva ministrada no curso de Psicologia da UFMG em 2019. A disciplina buscou favorecer o caráter histórico das organizações da saúde pública e mental no Brasil; refletir sobre as práticas institucionais de saúde pública e mental no Brasil; ainda, contextualizar o nascimento das instituições e seus respectivos modelos de atuação e sobretudo, refletir sobre o adoecimento e os novos modelos assistenciais e suas práticas de intervenção. Para tais objetivos da disciplina foi proposto aos discentes, como trabalho final, uma pesquisa sobre a Psiquiátrica Democrática Italiana, cujo pensador fundamental é Franco Basaglia, a Psiquiatria Comunitária Americana e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste trabalho os pontos a serem atingidos foram o surgimento desses movimentos, seus contextos históricos, suas tendências e influências, dentre outros pontos-chaves.

**Palavras-chave:** Psiquiátrica Democrática Italiana; Psiquiatria Comunitária Americana; Reforma Psiquiátrica Brasileira; Luta Antimanicomial.

**ABSTRACT:** This article is the result of research conducted in the discipline Mental Health and Collective Health taught in the course of Psychology at UFMG in 2019. The course sought to favor the historical character of public and mental health organizations in Brazil; reflect on the institutional practices of public and mental health in Brazil; Also, contextualize the birth of institutions and their respective models of action and, above all, reflect on the illness and the new models of care and their intervention practices. For such purposes of the discipline was proposed to students, as final work, a research on the Italian Democratic Psychiatric, whose fundamental thinker is Franco Basaglia, the American Community Psychiatry and the Brazilian Psychiatric Reform. In this work the points to be reached were the emergence of these movements, their historical contexts, their trends and influences, among other key points.

**Keywords:** Italian Democratic Psychiatric; American Community Psychiatry; Brazilian Psychiatric Reform; Anti-asylum movement



*RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar.*

ISSN 2594-8806

## 1 Introdução

O presente estudo pretende conhecer os primórdios da saúde mental e coletiva no Brasil, os principais marcos do movimento pela Reforma Psiquiátrica, bem como as influências recebidas do modelo italiano, sobretudo pelas ideias e percepções de Franco Basaglia, a partir de uma breve revisão bibliográfica sobre os temas.

Embora a figura do “louco” e dos “desajustados socialmente” fosse marcada pela marginalização desde os primórdios da história, a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, é um marco na formulação de medidas sanitárias para isolar “o louco que incomoda”.

Retirar da sociedade os perturbadores da paz social, como modo de promover a higienização social, isolando-os em modelos de institucionalização total, faz surgir o modelo de hospitalização psiquiátrica como saída.

A partir daí, os primeiros cuidados promovidos pela Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro, os quais eram feitos por religiosos, passa a ser realizada por hospitais psiquiátricos, que, logo em seguida, passam a funcionar com sérios problemas envolvendo o desrespeito a direitos humanos basilares.

Anos mais tarde, a influência do modelo italiano nos modos de fazer e pensar a saúde mental no Brasil incendeia o movimento da Reforma Sanitária em curso no país, especialmente o movimento antimanicomial.

A partir disso, e com o advento da Constituição de 1988, a criação do SUS e as mudanças na regulamentação e nas formas de atendimento dos usuários do serviço de saúde mental — que trazem novas possibilidades de atendimento da loucura, a qual prioriza o atendimento psicossocial em meio comunitário, tirando a hegemonia dos manicômios e hospitais psiquiátricos como únicas formas de tratamento —, inaugura-se um novo capítulo na história da saúde mental brasileira.

Nesse cenário, com atuação intensa dos movimentos sociais, das discussões nas Conferências Nacionais de Saúde, com as portarias e resoluções do Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica vai ganhando contornos mais consistentes. Os CAPS vão sendo criados nos diversos municípios do país e o atendimento aos usuários da rede de atenção psicossocial (RAPS) passam a utilizar, de forma sistêmica, outro paradigma na atenção à saúde mental.

Com base nesse contexto, e diante da mudança paradigmática evidenciada pelo Decreto 9.716, de 11 de abril de 2019, o qual institui a nova Política Nacional sobre Drogas, conhecer um pouco mais a história da luta antimanicomial brasileira mostra-se importante, na medida em que pode esclarecer, e muito, sobre os caminhos que a sociedade brasileira deseja seguir quando se trata políticas públicas ligadas à de saúde mental.

## 2 A Reforma Psiquiátrica Italiana

O movimento de Reforma Psiquiátrica na Itália (Psiquiatria Democrática), impulsionado pelas experiências de Franco Basaglia em Gorizia e Trieste, é reconhecido internacionalmente por propor e implementar um modelo de atenção à saúde mental que quebra a lógica hospitalocêntrica, busca promover a reinserção dos sujeitos em suas comunidades e a restituição da liberdade e direitos enquanto cidadãos.

Segundo Passos (2009), o processo da Reforma Psiquiátrica italiana promovida por Franco Basaglia se inicia na década de 1960 como uma resposta à precária realidade dos pacientes psiquiátricos no Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia (p. 126). Basaglia assume a direção do hospital em 1961 e, frente ao sofrimento gerado e agravado pelas condições de miséria e às violências sofridas pelos pacientes, propõe uma abordagem que considera o paciente para além da doença, como uma pessoa com todas as necessidades implicadas no existir humano (Heldirch, 2007, p. 46).

Influenciado pela Psicoterapia Institucional de Tosquelles, as comunidades terapêuticas de Jones e as ideias de Foucault e de Goffman, Basaglia questiona as bases científicas e a função social e política da psiquiatria, assim como sua influência na estruturação das instituições e do cuidado em saúde mental (Nicácio, 2003). Basaglia e sua equipe iniciam mudanças com o intuito de transformar a instituição em uma comunidade terapêutica melhorando as condições de hospedagem e de cuidados aos pacientes. Promove assembleias e debates entre pacientes, familiares e a equipe do hospital, que suscitam três temas principais: “a ligação de dependência entre psiquiatria, justiça e ordem pública; a característica de classe social das pessoas internadas; e, derivando de suas anteriores, a não- neutralidade da ciência” (Rotelli, De Leonardis & Mauri, 1989 como citado em Passos, p. 129). A partir dos questionamentos suscitados nestas assembleias, Basaglia percebe que essas mudanças rumo à prática de uma comunidade terapêutica seriam

insuficientes e que seria necessária uma transformação no próprio modelo de assistência em saúde, assim como nas relações entre a sociedade e a loucura.

Em 1968, Basaglia e sua equipe solicitam o “fechamento do hospital e a abertura de centros de saúde na comunidade”, uma vez que notaram que o que mantinha as pessoas no manicômio era a “ausência de condições econômicas e sociais para se estabelecerem fora dele”. Frente às resistências políticas e administrativas às suas solicitações, a equipe de Basaglia deu alta aos pacientes e pediu demissão por meio de uma carta que gerou grande repercussão e visibilidade às ideias de Basaglia. (Amarante, 2003a, p. 70).

Em 1971, Basaglia assume como diretor do Hospital Provincial Psiquiátrico San Giovanni em Trieste e inicia o processo de desmonte do hospital e a construção de uma rede de assistência psiquiátrica comunitária, processo que ficou conhecido como desinstitucionalização. (Amarante, 2003a).

O hospital era “como uma ‘cidadela’ com diversos pavilhões de internação, igreja, lavanderia, cozinha e teatro” distribuídos em um grande parque “cercado por muros altos” (Nicácio, 2003, p. 144). Basaglia contratou novos profissionais, muitos atraídos pela repercussão da experiência em Gorizia, e buscou desenvolver estratégias para criar um “estado de direito” para pacientes. A equipe buscou transformar gradualmente as regras asilares restritivas, projetar os espaços do hospital enquanto uma “comunidade aberta” (Nicácio, 2003, p. 146), desenvolver atividades culturais, laboratórios artísticos, promover passeios e viagens, criar espaços de convivência para diálogos mais horizontais entre os diferentes setores e membros da instituição, promovendo a reapropriação do espaço e “do próprio corpo, a aquisição de objetos pessoais, a produção de diversas formas de comunicação, a reativação de laços familiares e sociais, a restituição de recursos econômicos

[e] a reconexão de trocas” (Nicácio, 2003, p. 147). Estas iniciativas buscavam restituir a “liberdade e o direito, a centralidade e a valorização das pessoas, de suas histórias e relações e a possibilidade de sua participação nas trocas sociais” dentro e fora da instituição (Nicácio, 2003, p. 147). A partir da sugestão dos pacientes em um dos laboratórios artísticos, foi construído um “grande cavalo azul de madeira e papel prensado” ao qual chamaram *Marco Cavallo*. Durante uma manifestação, *Marco Cavallo*, juntamente com os internos e outros membros da comunidade institucional, circularam pela cidade denunciando as condições de vida e de trabalho dentro da instituição.

Quanto à questão financeira, a equipe buscava incentivar e promover a autonomia das pessoas internadas na gestão de seus recursos por meio de revisões da interdição e tutela, ativação de pensões e aposentadorias, assim como subsídios com recursos da instituição para os internados.

Os pavilhões não mais eram divididos por sexo e foram reorganizados para abrigarem pessoas oriundas da mesma região buscando reestabelecer os laços comunitários e relacioná-los ao território real. As unidades do hospital foram divididas de modo que correspondessem com as cinco regiões da cidade. Cada uma dessas unidades era atendida integralmente por um grupo específico de técnicos e operadores que acolhia novos usuários, assim como assumia as práticas no território, dando continuidade ao acompanhamento terapêutico, estabelecendo relações com instituições e comunidades locais. (Nicácio, 2003).

Em 1974, foi criada a *Cooperativa Lavoratori Uniti*, uma cooperativa juridicamente estabelecida composta por ex-internados, hóspedes e trabalhadores da cidade. O hospital, então, contratou a cooperativa para realizar a limpeza das áreas internas e externas dos pavilhões, visando fugir da lógica da ergoterapia, valorizar e reconhecer o trabalho das pessoas internadas como trabalho real. A presença da cooperativa e de ex-internados na cidade gerou tensões e transformações dos preconceitos dos outros moradores da cidade em relação à loucura. Entretanto, por meio da cooperativa, era possível aos cooperados afirmarem seus direitos de participarem e serem respeitados como membros da comunidade. (Nicácio, 2003).

“Grupos-apartamentos” foram criados nas dependências do hospital, organizados como casas, e disponibilizados para pessoas internadas, buscando promover sua autonomia. A partir dessa experiência, instaurou-se a possibilidade de hospitalidade (estadias) diurna, noturna, e noturna/diurna, de acordo com a necessidade dos pacientes com alta até sua reinserção social (Nicácio, 2003). Os hóspedes permaneciam voluntariamente na instituição e tinham liberdade para entrarem e saírem quando desejassem. Ainda que este novo modelo rompesse com a lógica manicomial, ela também era um símbolo de dificuldades de reinserção social de alguns ex-internados.

Foram criados centros de saúde mental com funcionamento diurno e noturno, responsáveis por áreas de cerca de 50 mil habitantes. O trabalho territorial foi gradualmente

assumido por esses centros, que se tornaram referências para os “grupos-apartamentos”, a princípio utilizados por “ex-internos e posteriormente como recurso da prática terapêutica territorial” dentro de cada região da cidade. (Nicácio, 2003, p. 154).

Em 1977, o hospital foi fechado e as responsabilidades sobre a assistência psiquiátrica foram repassadas para os centros de saúde mental. O parque onde era o hospital foi restituído para a cidade como a culminação de um longo processo de desmantelamento da instituição e da criação da complexa rede de recursos que a substituiria. A partir do fechamento do hospital, as iniciativas passaram a focar no fortalecimento da rede territorial por meio de laboratórios de produções artísticas, “percursos de formação para os usuários, programas e processos de atenção aos familiares, associações, cooperativas sociais, rede de moradias, atenção em saúde mental na prisão e o serviço para atenção aos usuários de drogas” (Nicácio, 2003, p. 154).

No ano de 1978, foi promulgada na Itália a Lei 180, resultante dos debates suscitados pelas experiências de Basaglia, que ratificava as práticas propostas por ele, “sancionava a superação progressiva do hospital psiquiátrico e a construção de serviços no território, propiciando as vias para a produção de novas formas de relação com a experiência da loucura” (Nicácio, 2003, p. 100). Nesse mesmo ano, Basaglia participou do I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, onde apresentou a Lei 180 e suas experiências em Gorizia e Trieste. Basaglia voltou várias vezes ao Brasil, manteve contato direto com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), participou ativamente nas denúncias da precarização dos serviços e condições de vida e trabalho em instituições psiquiátricas e contribuiu profundamente para as reflexões e o debate acerca do modelo psiquiátrico clássico, possíveis alternativas e processo de transição no Brasil. (Cardoso, 2019, p. 40).

### 3 A Luta Antimanicomial no Brasil

Segundo Amancio e Elia (2017), a reforma psiquiátrica ocorreu, inicialmente, na Inglaterra, França, Itália e, posteriormente, no Brasil. As reformas aconteceram a partir de experiências de ruptura com o modelo asilar, fundamentado na prática hospitalar e medicamentosa, objetivando realizar o tratamento moral e disciplinar para a manutenção da ordem social, em uma perspectiva higienista. Essas lutas por transformação deram origem à construção de outras formas de intervenção, que buscaram romper com as concepções estigmatizantes da loucura e com as formas desumanas de tratamento, visando novos modos de cuidar do sofrimento psíquico e de entendê-lo.

Segundo os mesmos autores, no Brasil do século XIX tem-se alguns episódios importantes referentes à loucura: a sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizou, em 1830, um diagnóstico sobre a situação dos loucos na cidade, que a partir de então passaram a ser considerados doentes mentais e merecedores de espaço próprio para reclusão e tratamento. Por denúncias de insalubridade nos porões da Santa Casa de Misericórdia e também das péssimas condições em que viviam os loucos da cidade, em 1841 o imperador D. Pedro II sancionou um decreto de criação do primeiro hospício do Brasil. Ele foi inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, com o nome de Hospital Psiquiátrico Pedro II, ficando conhecido popularmente como o “Palácio dos Loucos”. É desse mesmo ano a criação da primeira lei que regulamenta a assistência aos doentes mentais no Brasil (Oliveira, 2009).

Várias instituições semelhantes à do Rio de Janeiro foram construídas em outros estados do Brasil, como na Bahia, Minas Gerais, Pernambuco e São Paulo. Assim como acontecia na Europa, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro ressaltava a necessidade de um tratamento que tendia, desde o início, para a exclusão (Souza, 2007). Segundo Oliveira (2009), alguns anos após a criação do hospício Pedro II, relatórios já acusavam sua superlotação devido à entrada indiscriminada de pacientes em todas as condições, curáveis e incuráveis, com problemas mentais ou meros indigentes. Os anos que se seguiram até o término deste século não viram grandes mudanças na forma de tratamento da loucura, verificando-se apenas a consolidação do ensino e da prática da psiquiatria no país, que se tornou especialidade médica autônoma em 1912.

Já no século XX, segundo Amancio e Elia (2017), temos como um dos principais acontecimentos a criação do Manicômio Judiciário no ano de 1919. Este se encarregou dos doentes mentais que cometiam delitos. Em 1925, Osório César, pioneiro na utilização das artes plásticas como método terapêutico, assume a direção do Hospital do Juqueri em São Paulo. Em 1934, o decreto de Nº 24.559, reforma a lei de assistência aos doentes mentais, mas o que impera é o tratamento através da exclusão. No final dos anos 50, encontram-se mais eminentemente nos hospitais psiquiátricos uma grave situação caracterizada por superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, falta de vestuário e de alimentação, parques cuidados técnicos e condições físicas precárias. Por conta do descrédito dos hospícios públicos, houve a entrada da iniciativa privada nesse campo. Em 1964, ano do golpe militar no Brasil, até os anos 70, tais clínicas privadas se proliferaram. Os hospitais funcionavam como depósitos humanos e visavam os benefícios financeiros dos



proprietários de hospitais por meio de convênios que mantinham esse quadro (Souza, 2007).

Amancio e Elia (2017) nos mostram, também, que a ideologia do trabalho como contribuição da sanidade influenciou também a internação daqueles que não eram considerados doentes, pois o enclausuramento passou a ser a solução para várias questões sem resolução por parte do governo. A população das colônias de alienados brasileiras era composta não apenas de pacientes crônicos, como por pessoas cuja história de vida determinava sua internação: “doenças” como a de moças namoradeiras que perderam a virgindade, crianças que perderam os pais, mendigos e pessoas que faziam arruaças. Tais pessoas, por intermédio do chefe de polícia local ou do delegado de polícia encontravam no encaminhamento ao hospício a solução definitiva para suas vidas (Resende, 1987).

De acordo com Amancio e Elia (2017), na década de 60 ocorreu a privatização dos hospitais psiquiátricos prestadores de serviço. Tais hospitais privados recebiam subsídio do Estado e eram favorecidos por políticos, gerando renda aos proprietários que, muitas vezes, mantinham as condições de tratamento muito piores que as dos hospitais públicos, além de provocarem um inchaço do número de pacientes devido a internações desnecessárias, superlotando os manicômios de desempregados, indigentes, pobres e mendigos. Segundo os mesmos autores, no Brasil, a partir da metade da década de 70, com a tentativa da restauração democrática, surgiu também o desafio do resgate da cidadania de pessoas que estavam debaixo de tutela. A questão da loucura ganha uma nova inclinação: a crítica ao manicômio deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria tais como a normatização e controle. Passa-se, nessa época, a se lutar “por uma sociedade sem manicômios” e movimentos compostos por trabalhadores, usuários e seus familiares vão ganhando força em todo país. A expressão “Reforma Psiquiátrica” é parte do saber psiquiátrico moderno desde o seu princípio e tomada como uma das muitas especialidades da medicina (Couto e Alberti, 2008). É ainda na década de 70 que a política de exclusão começa a ser contestada e, com ela, as condições das instalações dos manicômios, do trabalho da equipe, da superlotação dos internos. Três eventos políticos importantes colaboraram para o questionamento da Política Pública de Saúde Mental vigente até então. Segundo Delgado (1998), um dos eventos foi o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que aconteceu entre os meses de agosto e setembro de 1977 em Santa Catarina, na cidade de Camboriú. O autor cita também o I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental ocorrido em janeiro de 1979 em São Paulo, e o Congresso Mineiro de Psiquiatria, em novembro do

mesmo ano, que teve como tema a violência praticada nas instituições psiquiátricas. Esteve presente nesse último evento o psiquiatra Franco Basaglia, que trouxe sua experiência de Trieste e, com isso, estimulou o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Segundo Paulo Amarante, psiquiatra que junto a mais dois colegas fizeram a primeira denúncia sobre a situação de violência nos manicômios, em uma entrevista cedida à Revista Conexão Fiotec, da Fiocruz (2018), Franco Basaglia, em sua visita ao Brasil em 1979, compara o ambiente do Hospital Colônia em Barbacena aos campos de concentração nazistas, trazendo a reflexão de que não se tratava de um local de recuperação e sim de extermínio. Essa vinda de Basaglia estimulou obras marcantes: “Nos porões da loucura” de Hiram Firmino, coletânea das crônicas publicadas no Diário de Minas, e o premiado curta “Em nome da Razão” de Helvécio Ratton, que foram as primeiras grandes denúncias realizadas aos hospitais psiquiátricos na mídia, segundo Amarante e Nunes (2018). A grande inovação trazida por Basaglia, segundo Amarante, foi colocar entre parênteses a doença, para que se pudesse descobrir a pessoa com suas características e dificuldades. O foco, então, passou a ser a construção de espaços sociais para o desenvolvimento de projetos culturais, cooperativas de trabalho, de ação e de renda e espaços de tratamento que são espaços de sociabilidade.

Na década de 80, aconteceu a reforma e ampliação de alguns hospitais psiquiátricos. Nessa mesma década, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental ganha prestígio contando com a participação de pacientes que estiveram internados e familiares de internos, além dos profissionais da área. Em 1987 é levantada a bandeira “Por uma sociedade sem manicômios” na I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), já que humanizar os manicômios passou a ser pouco. O Movimento passou a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede manicomial, e fazer crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (Figueiredo, 2010).

#### 4 O SUS e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

O SUS nasce com a Constituição da República de 1988, sendo parte integrante da Seguridade Social, a qual abarca também a Previdência e a Assistência Social, e é fruto de muitas reivindicações advindas da Reforma Sanitária.

Baseado em princípios como a universalidade do atendimento (sem aceção ou discriminação de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS), integralidade (proteção às várias dimensões que envolvem o conceito de saúde) e equidade (em relação aos atendimentos prestados), o SUS passa a ser o dispositivo base para que a Reforma Psiquiátrica avance de maneira eficiente.

Segundo Amancio e Elia (2017), através do projeto de Lei 3.657, apresentado ao Congresso Nacional pelo deputado Paulo Delgado em 1989, inicia-se em nível nacional o movimento crescente de alterações das políticas públicas de Saúde Mental. É Delgado (2001) que sugere o termo “atenção psicossocial”, que englobaria o paciente em diferentes pontos de vista e não apenas no seu tratamento. Um dos principais dispositivos da Reforma Psiquiátrica é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Tal dispositivo foi criado oficialmente a partir da Portaria GM 224/92. Segundo os mesmos autores, com a regulamentação do CAPS a internação deixou de ser o único recurso disponível para o tratamento da loucura e passou a ser um recurso aplicável, indicável, necessário e, em alguns casos, indispensável desde que articulada a uma rede de cuidados, cuja lógica é pautada nas ações comunitárias, territoriais, intersetoriais, e não na lógica da segregação, exclusão e internação como exclusão social.

A CR/1988, a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram essenciais para o avanço da luta antimanicomial.

Com a inclusão dos princípios do SUS na Constituição de 1988, foi aberta uma nova perspectiva para a autonomia e o desenvolvimento das políticas municipais de saúde; vigorosa expressão disso foi o que ocorreu em Santos/SP em 1989. Apesar de ainda sob a vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os gestores recém-eleitos no município decidem apressar a instalação do SUS e realizam intervenção em hospital psiquiátrico onde ocorriam graves violações dos direitos humanos. Ao contrário de intervenções anteriores no mesmo hospital ou em geral, no país, o desfecho não apontaria melhorias, mas a extinção do hospital, com conseqüente criação de uma rede denominada de *substitutiva*, composta não apenas de serviços descentralizados, distribuídos pelo território, mas também de dispositivos que pudessem contemplar outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho lazer, cultura, etc. Além da criação de cinco

Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), foram abertas residências para egressos do hospital, uma cooperativa de trabalho, um projeto cultural de rádio, TV e teatro, além de vários outros programas intersetoriais com crianças e jovens, profissionais do sexo, redução de danos, violência doméstica, dentre outros. (Amarante e Nunes, 2018, p. 2071).

De acordo com Amarante e Elia (2017), na década de 90, a Declaração de Caracas, adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), anunciou, dentre outras coisas, que a reestruturação da atenção psiquiátrica implicava na revisão crítica do papel centralizador e de supremacia do manicômio na prestação de serviços. Em 6 de abril de 2001 foi sancionada a Lei 10.216, que reorienta o modelo assistencial em Saúde Mental e também de novas portarias do Ministério da Saúde. O argumento da “atenção psicossocial” foi estabelecido pela Lei Federal 10.216, colocando a Reforma Psiquiátrica em outra fase, já que trazia o debate sobre cidadania e as políticas públicas. A internação involuntária passou a ser voluntária, salvo em casos em que se justifiquem os motivos. O respeito à capacidade civil do louco que antes era desconsiderada passou a existir. O paciente, ao solicitar um benefício por incapacidade de executar suas atividades laborais, perdia seus direitos civis, ficando sob curatela. A lei 10.216 possibilita argumentar sobre a garantia de determinados direitos, afirmando que a capacidade civil não necessariamente precisa ser anulada por conta da incapacidade de trabalho.

Os autores mostram, também, que, além da Lei 10.216, acontece, em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), com o lema “Cuidar sim, excluir não!”, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Saúde Mental, com a participação de convidados internacionais, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS, e ampla participação de usuários. Uma das principais propostas da conferência (Brasil, 2001) foi a extinção de todos os leitos em hospitais psiquiátricos do país (88% do orçamento da Saúde Mental) até 2004 para consolidar o movimento de “Sociedade sem Manicômios”. A Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 regulamentou os serviços substitutivos que surgiram no Brasil, tais como o CAPS, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) integrando-os à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhecendo e ampliando o funcionamento e a complexidade dos CAPS, cuja missão é dar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2004).

Segundo Amarante e Nunes (2017), outros marcos importantes das políticas de saúde mental no SUS foram estabelecidos pela Portaria/GM nº 336, de 19/02 de 2002. Essa portaria redefiniu os CAPS em relação à sua organização, ao porte, e à especificidade da clientela atendida. A partir de então, passou a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e outras drogas). Outro marco veio pela Portaria 154 de 2008, que estabeleceu a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de propiciar “apoio matricial” às equipes de Saúde da Família, cumprindo um importante papel de dar suporte tanto técnico quanto institucional na atenção básica.

## 5 Panorama Atual e Mudanças Recentes

Refletir sobre a forma como a Reforma Psiquiátrica se consolidou e se apresenta no contexto brasileiro da Rede de Atenção Psicossocial atualmente, enquanto processo, mostra-se de extrema importância, sobretudo depois da Nota Técnica Nº 11/2019.

Em sua dissertação, Heidrich (2007) trata a Reforma como uma viagem, um caminho. Segundo Basaglia, em “As Instituições da Violência” (1985), a Reforma Psiquiátrica deve ser dialética, uma reconstrução constante. Ao pensar nas comunidades terapêuticas francesas — cuja proposta era bastante diferente das atualmente discutidas no Brasil —, o autor fala do perigo de voltar a um tipo de sistema cristalizado, em que o tensionamento deixa de existir e a violência ganha outras formas, possivelmente mais técnicas ou aparentemente apaziguadoras, acabando por levar a uma “prisão sem grades”. Ou seja, mesmo após a passagem de um modelo hospitalocêntrico para um modelo territorial, que busca a reinserção social, é necessário estar ciente do caráter sempre construtivo dessa Reforma, a qual busca uma mudança radical de paradigma: o fim da lógica manicomial.

Assim, ao escrever do contexto de 2007, Heidrich diz de uma “fotografia da reforma”. Segundo ela, o processo como um todo tem ritmos e sentidos variados: às vezes anda rápido, devagar, as vezes regride. A autora conclui, no entanto, que houve uma série de mudanças que possibilitaram uma mudança estrutural na Rede de Saúde Mental no Brasil. Nesse sentido, aponta as principais estratégias no sentido da desinstitucionalização e reinserção social: os Centros de Atenção Psicossocial — centrais, enquanto serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos —, os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta Para Casa e as iniciativas de geração de renda e economia solidária e

popular, voltados à ressocialização dos pacientes psiquiátricos, além do Programa de reestruturação dos hospitais psiquiátricos. A seguir, um breve resumo dos serviços e espaços hoje abarcados pela RAPS (Brasil, 2013):

Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde;</li> <li>• Núcleo de Apoio a Saúde da Família;</li> <li>• Consultório de Rua;</li> <li>• Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura.</li> </ul>
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAPS I</li> <li>• CAPS II</li> <li>• CAPS III</li> <li>• CAPS Ad</li> <li>• CAPSi</li> </ul>
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192;</li> <li>• Sala de Estabilização;</li> <li>• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde</li> </ul>
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento;</li> <li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial.</li> </ul>
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermaria especializada em hospital geral;</li> <li>• Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas</li> </ul>
Estratégia de Desintitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);</li> <li>• Programa de Volta para Casa (PVC).</li> </ul>
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;</li> <li>• Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.</li> </ul>

Fonte: *folder* “Conheça a RAPS” (Brasil, 2013)

Como abordado anteriormente, essa mudança se evidencia pelo tipo de investimento na saúde mental, o qual passa da lógica de internação, para as despesas com serviços substitutivos. Segundo Nascimento e Fagundes (2012), esses serviços alcançaram 71% das despesas do Ministério da Saúde (MS) em 2011, de forma que os 85.000 leitos em hospitais psiquiátricos públicos no final da década de 1980 foram reduzidos para 32.284 leitos em março de 2012. Houve, portanto, progressos importantes no sentido a uma mudança de paradigma.

É importante pensar, no entanto, que há algumas limitações nessa rede substitutiva. Segundo Paulo Amarante, em entrevista para a ENSP TV (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), o ideal seria que a Reforma tivesse acontecido de forma mais consolidada, sendo que o número de CAPS deveria ser até quatro vezes maior, a fim de atender a população de forma plena e erradicar os manicômios. Nesse sentido, é importante pensar especialmente na questão dos CAPSad e CAPS tipo III: os CAPS III têm a proposta de funcionarem de dia e à noite, durante todos os dias da semana, o que faria com que substituíssem os leitos em hospitais psiquiátricos em momentos de crise. Mas, em 2012, havia apenas 63 CAPS III, com leitos para acolhimento noturno, 272 para pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e 149 voltados para crianças e adolescentes. (Nascimento e Fagundes, 2012). Já os CAPSad atendem uma demanda complexa, atrelada a uma série de outras questões ligadas à vulnerabilidade social. Portanto, necessitariam de um investimento concentrado, junto às estratégias de redução de danos e reinserção social. Entretanto, segundo Nascimento e Fagundes (2012), as internações hospitalares devido ao uso de substâncias psicoativas aumentaram de 7,4 % em 2005 para 18% em 2011, sendo que a maioria dessas internações acontecem em hospitais psiquiátricos.

Assim, na contramão do SUS, o número de internações em hospitais psiquiátricos privados vem aumentando, ao mesmo tempo em que algumas entidades tais como as Comunidades Terapêuticas tem se alastrado pelo Brasil. Tais dispositivos apresentam uma lógica manicomial, uma vez que partem de princípios autoritários, morais e religiosos e, com relação às drogas, descartam as políticas de redução de danos, trabalhando com a abstinência. (Nascimento e Fagundes, 2012). Com a ascensão do conservadorismo e apoio à privatização no cenário político brasileiro em 2019, portanto, a “fotografia” se agrava. Enquanto meio de consolidação da Reforma Psiquiátrica, a RAPS sofre alguns ataques cruciais, oficializados pela Nota Técnica N° 11/2019. A fim de entender um pouco melhor o que têm acontecido, iremos abordar essa Nota Técnica a partir da leitura crítica da nota de repúdio do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e das entrevistas para a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, com Paulo Amarante (2019).

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (Brasil, 2019), a nota técnica, intitulada “Nova Saúde Mental”, aponta retrocesso na luta antimanicomial, à medida em que esta desconstrói a política de saúde mental com a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), incentivando, assim, o retorno à lógica manicomial e desumanizada. O Ministério da Saúde também passa a financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia. Assim, a

cidadania do paciente psiquiátrico, sua liberdade e vínculo com a comunidade são atacados. Esses ataques, portanto, vão contra as diretrizes da própria Rede de Atenção Psicossocial, dentre eles o respeito aos direitos humanos, a garantia de liberdade, autonomia e equidade, além da participação e controle social dos usuários e familiares (Brasil, 2019).

Ao comentar sobre a Nota Técnica, em entrevista pela ENSP TV, o coordenador do Laboratório de Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (LAPS/ENSP/Fiocruz), Paulo Amarante (2019) a coloca como uma série de “bombas” em toda a construção política da Reforma Psiquiátrica dos últimos 20 anos. Sobre a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, diz que a Nota tem um caráter “mascarado de técnico”, mas que é profundamente política, visto que não apresenta fundamentação suficiente em evidências científicas: são muitas as evidências de que os hospitais são lugar de violência e mortalidade, de forma que recolocar o mercado privado na lógica de internação se trata de um interesse político-econômico. Além disso, Amarante (2019) denuncia os ataques à política de redução de danos, à liberação dos ECTs em maior escala, dada as inúmeras comprovações de riscos e danos causados por esse procedimento, além da internação de crianças e adolescentes. Para ele, o problema da Nota Técnica é bastante amplo, visto que está situada em um contexto de privatização e conservadorismo, que ataca não só à luta antimanicomial e os direitos à saúde, mas também os direitos trabalhistas, ambientais e à educação. Essa lógica da mercantilização da vida, portanto, não visa a promoção da saúde da população, mas o lucro de determinados proprietários. Segundo Amarante, uma das principais perdas nesse sentido estrutural é do patrimônio público, junto ao crescimento do autoritarismo e repressão, o que gera uma consequente perda da lógica participativa e democrática nos processos políticos.

Para ele, a Reforma Psiquiátrica e o SUS foram grandes avanços, justamente porque foram construídos de forma participativa, juntos da sociedade (Amarante, 2019).

Indo ao encontro da pesquisa de Nascimento e Fagundes (2012), Paulo Amarante (2019) diz que não houve um investimento definitivo na Reforma Psiquiátrica, sendo que o ideal seria um número maior de CAPS, a fim de que não ocorressem mais internações em instituições psiquiátricas. Além disso, o pesquisador denuncia a precarização do trabalho — muitas vezes terceirizado — dos profissionais da saúde. De novo, o movimento em prol da saúde mental não se restringe a ela, mas se amplia para outras lutas.



Noutro giro, com a edição da Política Antidrogas editada em 2019 pelo Governo Federal tem-se uma base teórica que comunica bastante com modelos assistenciais que privilegiam a institucionalização no campo de Saúde Mental. Desde o programa “Crack, é possível vencer”, implantado em 2012, ao incluir as Comunidades Terapêuticas em seu escopo de tratamento, surgiu uma fresta do campo da Atenção Psicossocial, o qual está sendo consolidado com a nova política antidrogas vigente (2019).

Em relatório que reúne os resultados da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas realizada em outubro de 2017, nas cinco regiões do Brasil, por iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) há sérios apontamentos de irregularidades. A ação conjunta é inédita e mobilizou cerca de 100 profissionais, em vistorias que aconteceram simultaneamente em 28 estabelecimentos nos estados de Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo, além do Distrito Federal. As equipes de inspeção foram compostas por membros do Ministério Público Federal, peritos de prevenção e combate à tortura, psicólogos e outros profissionais da saúde e do sistema de justiça — como conselhos de Medicina, de Serviço Social e de Enfermagem, além de Defensorias Públicas e seccionais da Ordem dos Advogados no Brasil. A coleta de informações se deu, portanto, a partir dessa multiplicidade de olhares e envolveu vistorias dos espaços físicos, entrevistas com usuários, direção e equipes de trabalho, além da análise de documentos desses estabelecimentos — voltados especialmente à internação de usuários de drogas, embora novos públicos venham sendo incorporados, como idosos e pessoas com outros transtornos mentais, conforme apontaram as vistorias. A proposta das visitas foi identificar situações concretas do cotidiano e das práticas adotadas nessas instituições.

Em 2011, a PFDC/MPF publicou parecer sobre o uso de medidas de segurança em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001, no qual expressa que “o atual sistema de execução da medida de segurança no Brasil configura uma das maiores violações aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei”. Em outras palavras, a legislação relativiza a internação, mesmo em casos extremos, pois prevê a submissão das pessoas a tratamento ambulatorial. Nesse sentido, ninguém pode ser privado de sua liberdade sem o respeito ao devido processo legal. Nenhuma justificativa, incluindo a de tratamento, pode ser usada para o exercício de tal prática. Outro ponto da Lei no 10.216/2001 a ser destacado é o art. 8º, o qual estabelece

que somente o profissional de medicina, inscrito no Conselho Regional da categoria, pode determinar a internação de uma pessoa, seja voluntária ou involuntária. Nesse sentido, é importante estar atento ao fato de que a prática de resgate ou remoção de pacientes sem a presença de um profissional médico no momento da ação não deve ser considerada internação. Tal ocorrência pode caracterizar ilegalidade e até mesmo prática de sequestro. Há de se destacar, ainda, a existência de muitas questões que devem ser amadurecidas pelo sistema de justiça e pelo conjunto da sociedade sobre as contradições da internação compulsória, ainda que na forma escrita no Código Penal. Isso porque tal prática segue em contradição com as legislações específicas dos direitos das pessoas com transtornos mentais, sejam esses oriundos de álcool e outras drogas ou não. Nesse sentido, a internação, em qualquer de suas modalidades, cada vez mais tem sido compreendida como castigo, punição, e não como tratamento em saúde mental. Em 2008, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência foi ratificada pelo Brasil e possui status de emenda constitucional (Decreto nº 6.949/2009). A Convenção, em seu art. 1º, define que pessoas com deficiência “são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”. Postula, em relação a essas pessoas, de acordo com o art. 14, item 1, alínea b, que “não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade”.

Fundamentando-se nessa Convenção, em 2015, o Brasil aprovou o Estatuto da Pessoa com Deficiência, que reforça o veto ao tratamento ou institucionalização forçados. De acordo com o art. 11 do Decreto nº 13.146/2015, cidadãos e cidadãs com deficiência não poderão ser obrigados a se submeter à intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada. Ratifica-se, assim, que a privação de liberdade não pode ter como justificativa a existência da deficiência — inclusive a mental decorrente do uso de álcool e outras drogas. A lógica que orienta essa Convenção é similar àquela que se encontra na Constituição Federal de 1988 e na Lei da Reforma Psiquiátrica, indicando uma convergência entre profissionais do campo da saúde, do direito e dos direitos humanos no Brasil e no exterior. A ênfase do cuidado com a saúde no território, e não em espaços de isolamento, busca justamente o não rompimento dos laços sociais.

Assim, essas normas legais convergem no sentido do fim do isolamento e das

instituições asilares que o promovem. Elas compartilham a perspectiva de que Estado, sociedade, familiares e usuários dos serviços de saúde mental precisam estar em diálogo permanente. O cuidado, tratamento ou prevenção de danos às pessoas com transtornos mentais é parte da transformação da própria sociedade em uma que seja capaz de conviver com as diversas expressões humanas.

A Lei nº 12.847/2013, que cria o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT), em seu art. 3º, define como pessoas privadas de liberdade:

Aquelas obrigadas, por mandado ou ordem de autoridade judicial, ou administrativa ou policial, a permanecerem em determinados locais públicos ou privados, dos quais não possam sair de modo independente de sua vontade, abrangendo locais de internação de longa permanência, centros de detenção, estabelecimentos penais, hospitais psiquiátricos, casas de custódia, instituições socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei e centros de detenção disciplinar em âmbito militar, bem como nas instalações mantidas pelos órgãos elencados no art. 61 da Lei nº 7.210/1984.

As definições legais de tortura vigentes no ordenamento jurídico brasileiro são oriundas de três principais fontes, conforme sistematizado pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). De acordo com o art. 19 da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (ratificada pelo Brasil em 2007), tortura é qualquer ato cometido por agentes públicos ou atores no exercício da função pública pelo qual se inflija intencionalmente a uma pessoa dores ou sofrimentos graves, físicos ou mentais, a fim de obter informação ou confissão, de castigá-la por um ato que cometeu ou que se suspeite que tenha cometido, de intimidar ou coagir, ou por qualquer razão baseada em algum tipo de discriminação. Já a Lei nº 9.455/1997, tipifica os crimes de tortura como condutas para constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento psíquico ou mental com a finalidade de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceiros, de provocar ação ou omissão de natureza criminosa, ou em razão de discriminação racial ou religiosa. A lei brasileira define ainda, como tortura, o ato de submeter alguém sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

Em relação às pessoas privadas de liberdade em razão de medidas protetivas ou assistenciais, o MNPCT adota, além dos conceitos já mencionados, perspectiva ampliada na definição de tortura prevista no art. 29 da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, a fim de contemplar a vulnerabilidade peculiar das pessoas nessas

instituições. Objetivamente, considera-se tortura ações ou omissões de funcionários públicos ou de pessoas em exercício de funções públicas que, mesmo não causando sofrimento físico ou mental, sejam compreendidas como: (i) métodos tendentes a anular a personalidade da vítima, e (ii) métodos tendentes a diminuir capacidade física ou mental.

## 6 Conclusões

Como se pode perceber, é fato que os avanços conquistados pela luta antimanicomial no Brasil são relevantes e bastante significativos, embora ainda tenha muito o que melhorar. Em pouco mais de trinta anos, a sociedade brasileira parece estar munida, estrutural e legislativamente, de meios para a consecução de políticas públicas centradas no sujeito e em sua autonomia, e o mais importante, com maior respeito aos direitos humanos.

Ao adotar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, foi possível a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, que, a despeito de possuírem inúmeras e vultosas dificuldades em suas implementações e atuações, por certo que demonstram avanços nos cuidados com as pessoas adoecidas e em sofrimento mental.

A história da luta antimanicomial revela-se como um processo dialógico, de enfrentamento e discussão política, que alcança o meio acadêmico, familiar, sociedade civil, movimento social organizado, Estado, entre outros. Trata-se de uma articulação constante em busca de melhores condições de vida, efetivação de direitos humanos básicos e de construção de subjetividade no âmbito da saúde mental.

Ao rememorar o passado, percebe-se que a influência italiana foi de extrema importância no processo de denúncia e reflexão sobre as condições das políticas públicas voltadas para a saúde mental, no Brasil, da época. No entanto, trata-se de uma luta sem tréguas e bastante personalizada, quando se pensa nos traços sociais, econômicos e culturais que diferenciam as duas nações.

Desse modo, é preciso atenção quanto às sutis mudanças que possam comprometer o patamar já alcançado, bem como buscar soluções mais personalizadas aos aspectos socioculturais do Brasil, sobretudo pensando em suas dimensões continentais, diferenças regionais e instabilidade política e institucional.

De mais a mais, ao dizer da consolidação dos avanços conquistados, tem-se que a pouca idade do movimento, pode significar uma certa fragilidade do que diz respeito aos vieses políticos que tanto influenciam as políticas públicas. Logo, é preciso estar atento a qualquer mudança que pretenda retroagir a modelos hospitalocêntricos, sobretudo no que tange à política de drogas, a qual se mostra uma possível porta de retorno aos terrores experimentados pelos pacientes psiquiátricos, especialmente àqueles vividos antes da década de 70. Conforme ressaltado por Franco Basaglia em seu documentário “Em nome da razão” (1979): “Quando a instituição destrói e mata, não há solução de compromisso possível, pois seria um compromisso com a morte”.

Com esse olhar sobre a história da saúde mental no Brasil, é possível perceber que não se pode mais admitir a institucionalização de medidas que desumaniza o sujeito e viola direitos humanos em prol de interesses higienistas, meramente econômicos e/ou desarticulados das perspectivas de cuidado e proteção do usuário do sistema de saúde.

Continuar avançando no sentido de constituir redes de apoio e de atenção psicossocial mais bem articuladas, interativas e cooperativas, com atuações mais assertivas e coadunadas com as diferenças regionais de cada território tem se mostrado a opção mais progressista e mais alinhada com os propósitos da Luta Antimanicomial nos dias de hoje.

## 7 Referências

- Amancio, V. R., & Elia, L. (2017). Panorama Histórico-poítico da Luta Antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(24), 22-49.
- Amarante, P. (2003). Bases conceituais e históricas do campo da saúde. In: Amarante, P. (Coord.), *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ.

Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, pp. 2067-2074. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

Basaglia, F. (1985). A instituição negada. In Basaglia, F., *As instituições da violência* (pp. 99-133). Graal: Rio de Janeiro.

Cardoso, S. M. (2019). *As permanências e rupturas da Reforma Psiquiátrica nas instituições de atenção à saúde mental em Goiânia (1966-2018)*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Conselho Federal de Psicologia. CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde. [Internet]. Brasília (DF). 2019. [acesso 2019 out 10]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>

Fiocruz. (2018, Dezembro 12). Análise do sanitarista Paulo Amarante sobre a nova Política Nacional de Saúde Mental. [Arquivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=C58oTUjaJ3s>

Fiocruz Ensp. (2019, Fevereiro 14). Entrevista: Paulo Amarante comenta mudanças na política de Saúde Mental. [Arquivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=kZFZGZ01r5k>.

Gomes, S. (2018, Novembro-Janeiro). Reforma Antimanicomial no Brasil: do horror aos dias de hoje. *Conexão Fiotec - Fiocruz*, 12(4), 6-13.

Heidrich, A. V. (2007). *Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*. (Tese de doutorado). Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Ministério da Saúde (BR). Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2013 [acesso 2019 out 10]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf)

Nascimento, D. S., Fagundes, P. R., & do Rosário, N. (2012). Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. *Medwave*, 12(10).

Nicácio, M. F. S. (2003) *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. (Tese de doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

PASSOS, I. C. F. (2009). *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização, uma outra via*. In: Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. (2ª ed., pp. 17-51). São Paulo, SP: Hucitec.

Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. (Tese de Doutorado), Departamento de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>.

**Recebido: 20/10/2019. Aceito: 24/11/2019.**

**Sobre autoras e contato:**

**Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira-** Doutora em Educação. Professora Adjunta da Universidade Federal de Minas Gerais, Professora do Programa de Pós Graduação em Estudos da Condição Humana Universidade Federal de São Carlos, CNPq.

**E-mail:** [adrianacaldeira@ufscar.br](mailto:adrianacaldeira@ufscar.br)

**Amanda Speziali Barros Santana-** Graduanda de Psicologia FAFICH/UFMG

**E-mail:** [amandaspeziali@ufmg.br](mailto:amandaspeziali@ufmg.br)

**Erica Soares Viana** - Graduanda em Psicologia FAFICH/UFMG.

**E-mail:** [ericasv@ufmg.br](mailto:ericasv@ufmg.br)

**Paula Almeida Grassi Ferreira-** Graduanda em Psicologia FAFICH/UFMG

**E-mail:** [paulagrassi@ufmg.br](mailto:paulagrassi@ufmg.br)

**Taimã De Sales Massarolo** - Graduanda em Psicologia FAFICH/UFMG.

**E-mail:** [taima@ufmg.br](mailto:taima@ufmg.br)

**Telma Georgina De Oliveira-** Graduanda em Psicologia FAFICH/UFMG.

**E-mail:** [tgo2013@ufmg.br](mailto:tgo2013@ufmg.br)

**Vanessa Santos Liberal a Santos Liberal** - Graduanda em Psicologia FAFICH/UFMG

**E-mail:** [vs1123@ufmg.br](mailto:vs1123@ufmg.br)