

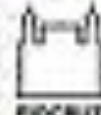
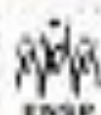
# AUTOBIOGRAFIA DE UM MOVIMENTO

QUATRO DÉCADAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA  
NO BRASIL (1976-2016)



**Paulo Amarante**

**Coordenador**



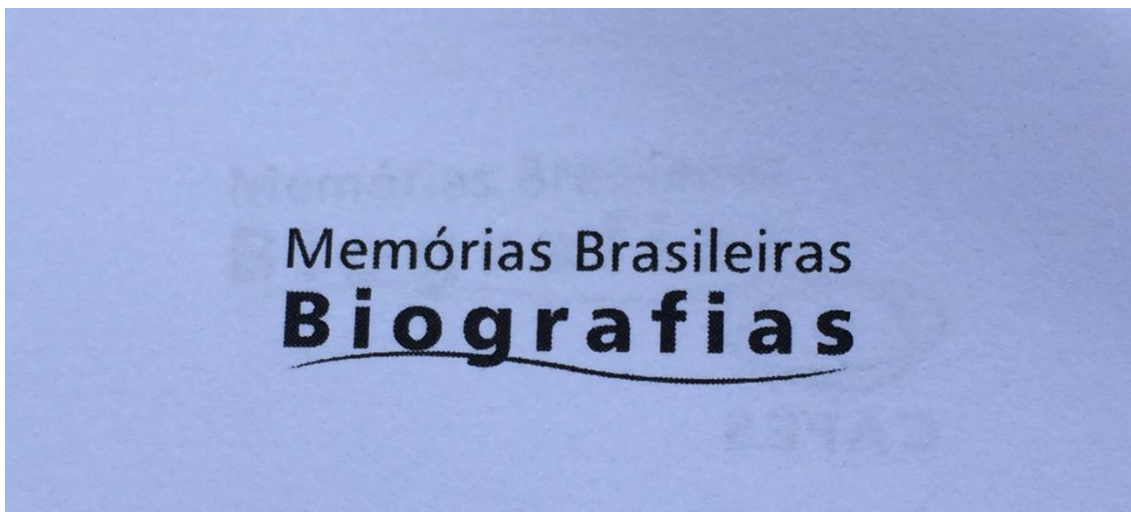
Apresenta  
Memórias Brasileiras  
**Biografias**







Memórias Brasileiras  
**Biografias**



**CAPES**

**Centro de Aperfeiçoamento do Ensino Superior**

**Edital Memórias Brasileiras: Biografias**

**RELATÓRIO DE PESQUISA**

**Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**

**Rio de Janeiro, março de 2020**

## **Equipe de pesquisa**

Paulo Duarte de Carvalho Amarante – coordenador

Pesquisadores:

Ana Paula Freitas Guljor

Eduardo Henrique Guimarães Torre

Edvaldo da Silva Nabuco

Ernesto Andrade Aranha

Leandra Brasil da Cruz

Luciene de Jesus Nery

Alunos da pós-graduação:

Francisco de Abreu Franco Netto

Letícia Paladino Rezende

Melissa de Oliveira Pereira

Rui Lima Júnior

Estagiários

Ana Clara Von Borell

Guilherme Lima

Matheus Moreno Folly

\*\*\*

***Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma  
Psiquiátrica no Brasil (1976-2016)***

**Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma  
Psiquiátrica no Brasil (1976-2016)**

**Apresentação – Paulo Amarante**

**Introdução:**

**Reforma Psiquiátrica como processo social complexo e a  
dimensão teórico-conceitual**

**A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica**

**A dimensão técnico-assistencial**

**A dimensão jurídico-política**

**A dimensão sociocultural: a produção de um novo lugar social  
para o sofrimento psíquico**

**A “Indústria da Loucura” é denunciada! O nascimento da reforma  
psiquiátrica brasileira**

**Anos 80: da crítica institucional à “institucionalização” da Reforma  
Psiquiátrica, a Constituição Cidadã, os novos serviços, as novas  
tendências, e o advento do projeto de lei antimanicomial**

**Final dos anos 80, da crítica institucional às práticas  
desinstitucionalizantes: o surgimento dos novos serviços de atenção  
psicossocial**

**O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

**O NAPS no contexto da Rede Substitutiva de Santos**

**O projeto do NAPS no âmbito da proposta santista**

**Encerrando a década de 1980: a importância do Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica e o Movimento Social Por Uma Sociedade sem Manicômios**

**A rede de atenção integral à saúde mental substitutiva ao manicômio no Município de São Paulo na virada dos anos 1980 para os 1990**

**Anos 90 – A Declaração de Caracas e a Reforma Psiquiátrica na Região Latino-americana**

**A expansão da noção e do significado de redes e dos serviços de atenção psicossocial**

**Avanços, inovações e problemas na Reforma Psiquiátrica – Os anos 2000 em diante**

**Um novo marco político: a RAPS**

**Saúde Mental na Atenção Básica: a desinstitucionalização radical?**

**A dimensão sociocultural: a produção de um novo lugar social para a loucura e o sofrimento mental.**

**Participação e controle social: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e o surgimento da Abrasme**

**Conselhos e Conferências de Saúde. Apesar da potência a irregularidade e fragilidade dos Conselhos a (des)continuidade das Conferências**

**As Conferências Nacionais de Saúde Mental.**

**A dimensão sociocultural no trabalho, geração de renda e economia solidária**

**Os projetos da Reforma Psiquiátrica passam a ser incorporados nas políticas públicas culturais**

## **Considerações e comentários finais**

***Reforma Psiquiátrica: o protagonismo e a potência de um movimento social***

***Novos sujeitos de direitos: avanços na dimensão jurídico-política***

***Dimensão técnico-assistencial: mais cuidado e cidadania, mais direitos e autonomia***

*“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”. Simão Bacamarte em O Alienista, de Machado de Assis.*



## ***Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-2016)***

### ***Apresentação***

Este livro só foi possível graças ao apoio financeiro do Centro de Aperfeiçoamento do Ensino Superior (CAPES), em decorrência do Edital Memórias Brasileiras: Biografias de 2013. E não apenas este livro, mas também os produtos que foram viabilizados a partir do apoio do edital. Alguns destes produtos são uma página na internet ([www.ensp.fiocruz.br](http://www.ensp.fiocruz.br)), que contém uma grande quantidade e variedade de documentos (leis, portarias, relatórios, atas, fotos, cartazes, *folders*, bôtons, projetos, teses, dissertações, monografias, e muitos outros), um acervo de memória, com todos estes documentos. Graças a este apoio, a pesquisa identificou, catalogou, acondicionou, higienizou e criou as condições para a preservação de todo o material, que agora está sendo disponibilizado no *site*, mas que já se encontra aberto para consulta e pesquisa na sede do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), onde o projeto foi desenvolvido. Foram realizados ainda dois vídeos, um sobre a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil e um sobre os 10 primeiros anos da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), o mais recente ator deste processo, e um dos mais atuantes nos últimos anos da conjuntura que encerra o período coberto pela pesquisa. Outros vídeos, com entrevistas de importantes protagonistas do processo foram realizados e também estão integralmente disponibilizados no site.

Criar este projeto, desenvolvê-lo e constituir um centro de pesquisas e documentação da história da psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica é um sonho antigo meu, quase uma obsessão. Desde meus primeiros anos como estudante e médico psiquiatra eu me dediquei a estudar e a escrever sobre a história da psiquiatria, mais precisamente

sobre a constituição histórica do saber e da prática e instituições psiquiátricas. Logo após minha formatura fui ser médico “bolsista” no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II), da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), no bairro do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. A expressão bolsista está entre aspas para destacar a condição de contrato precário que deu origem a um movimento de reivindicações trabalhistas que se somou a denúncias de violências, mal tratos e desassistência dos pacientes internados na instituição. Este movimento se estendeu para outras unidades da DINSAM, mais de 260 profissionais foram demitidos e, bem...! Daí em diante, a história foi relatada em “Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil” (AMARANTE et al, 1995), livro que escrevi com meus colaboradores de uma pesquisa sobre as origens da Reforma Psiquiátrica no Brasil se encarrega de registrar e analisar, e este texto, suponho, vai contribuir para entender alguns aspectos e detalhar outros mais. Num certo sentido poder-se-ia dizer que o presente texto é uma continuação do *Loucos pela vida* que cobriu um período histórico que vai desde o início do processo da Reforma Psiquiátrica em meados dos anos 1970, até meados dos anos 1990 quando foi publicado. Apesar de ter este longo e fértil período excluído do texto, o livro permanece em catálogo, surpreendentemente, por 25 anos! Isto nos levou a crer que seria necessária esta espécie de atualização de dados e de análise dos anos 1990 até 2016, completando assim quatro décadas de história da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Na “crise da DINSAM” - como ficou conhecido este momento histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira- em diante, eu passei a recolher e a guardar, todos os documentos. Cartazes de convocação, panfletos, atas de reunião, moções... tudo! Além de guardar, eu mesmo os arquivava em espécies de *dossiês*, como denominam os especialistas em história e arquivologia. É como se eu considerasse que um dia poderiam ter algum valor histórico...

Alguns anos depois retornei ao CPP II, do qual havia sido demitido em 1978, a convite do Ministro da Saúde, Waldir Arcoverde, e do então Diretor da DINSAM, Professor Paulo da Costa Mariz. Eu tinha como

missão introduzir no hospital as propostas que fazíamos por ocasião do início do movimento. Ali dei continuidade ao meu espírito acumulador, pretensamente historiador. Neste período realizei o mestrado em Medicina Social na UERJ, onde desenvolvi minha dissertação, sob a orientação de Madel Therezinha Luz e Roberto Machado, sobre a história da psiquiatria no Brasil, mais precisamente sobre as colônias de alienados, denominação muito comum das instituições psiquiátricas desde o final do século XIX até meados do século XX. O próprio CPP II, onde então eu trabalhava, foi criado em 1911 como Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro – exclusiva para mulheres; e a de Franco da Rocha, em São Paulo, como Colônia de Alienados do Juquery, além de muitas outras pelo Brasil afora (AMARANTE, 1982).

NO CPP II eu comecei a reunir documentos, livros e objetos. Encontrei a cópia original do Decreto nº 82, do Imperador Pedro II, criando o *Hospício de Pedro II*, na Praia Vermelha, o primeiro hospício da América do Sul, um filme dos primeiros anos do Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação (STOR) criado por Nise da Silveira, que viria a se transformar no Museu de Imagens do Inconsciente, aparelhos de eletrochoque, camisas de força e muitos outros objetos de interesse para a história da psiquiatria. Parte destas *estórias* estão relatadas no livro *Lugares da Memória* (AMARANTE, 2017). Em 1982 consegui que fosse aprovado um programa de formação muito importante, realizado pelo Ministério da Saúde em cooperação com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Este programa deu origem ao Curso Integrado de Saúde Mental (CISM), que teve cerca de 200 alunos, que iam de porteiros, motoristas, pessoal de limpeza e cozinha, a médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros... enfim, quem tivesse interesse (e precisasse) discutir a instituição, refletir sobre suas práticas e pudessem participar do processo de transformação do centro psiquiátrico. Uma parte importante do programa era dedicada à histórica da instituição, seus fundadores, a conjuntura da fundação, os conceitos e princípios que a regiam, e assim por diante. O conhecimento dos aspectos históricos, e epistemológicos, por consequência, eram

reveladores e produziam efeitos emocionantes nas pessoas. Não tenho dúvida de que foi uma iniciativa pioneira, em conjunto com o Curso de Especialização em Psiquiatria Social (CEPS) criado no mesmo ano, com início um pouco antes, na Colônia Juliano Moreira, em convênio com a ENSP da Fundação Oswaldo Cruz (DELGADO, 1982). Em 1990 os dois cursos foram fundidos sob a coordenação geral da ENSP e existe ainda hoje com a denominação de Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (CESMAP). (ANDRADE, 1992).

Em 1984 inauguramos no CPP II, o *Centro Brasileiro de Documentação da Memória da Psiquiatria Prof. Luiz da Rocha Cerqueira*. A homenagem ao Prof. Cerqueira, que havia falecido naquele ano, era justificada por sua atitude crítica frente ao modelo *hospitalocêntrico*, à privatização da assistência e às demais características de violência da psiquiatria de então, e à sua dedicação em preservar a memória e refletir sobre a história da psiquiatria. Naquele mesmo ano Luiz Cerqueira havia lançado um importantíssimo livro que viria a ser uma das fontes obrigatórias e fundamentais do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, o *Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental* (CERQUEIRA, 1984).

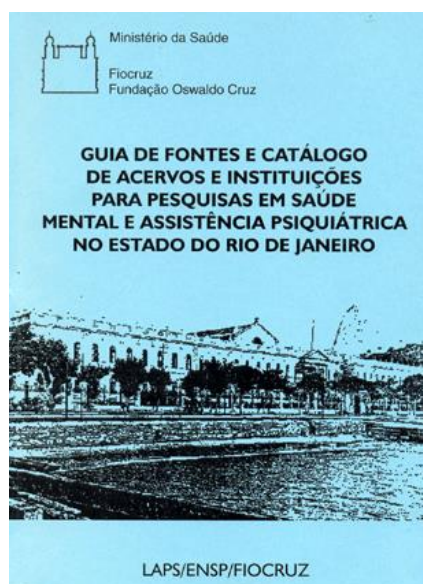
O “centro de documentação” despertou o interesse e a cobiça do Ministério da Saúde que decidiu encampá-lo. Chegamos até mesmo a encontrar uma sede na Praia Vermelha, num prédio conhecido como “casa de Juliano”, pelo fato de ter sido a residência oficial do alienista Juliano Moreira, que dirigiu a Assistência Médico-legal aos Alienados e o Hospício Nacional de Alienados (nome que o Hospício de Pedro II adquiriu após o advento da República) de 1903 até 1930. Mas uma universidade pública ocupou o prédio e fomos obrigados a encontrar outro espaço. Encontramos a antiga sede da Saúde dos Portos, na Praça XV, mas tivemos que dividir o espaço com outra instituição pública que também tinha interesse no local e, por outro lado, o projeto de um centro de memória exclusivo para o campo da psiquiatria, seus saberes e instituições, deu lugar a centro cultural da saúde. O material da psiquiatria acabou esquecido e abandonado no CPP II e, com muita

tristeza, encontrei o espaço antes destinado ao mesmo, sendo utilizado por um setor administrativo e os arquivos deixados à sorte em uma enfermaria desativada...

Quando ingressei na Escola Nacional de Saúde Pública, que ainda não havia incorporado a homenagem a Sergio Arouca em seu nome, recuperei a iniciativa de um projeto histórico e, com apoio do CNPq e da própria Fiocruz, desenvolvemos o Projeto *Memória da Psiquiatria*, que deu origem a um CD ROM (LAPS, 2001) e a vários outros produtos, incluindo um *Guia de Fontes e Catálogo de acervos e instituições para pesquisas em Saúde Mental e Assistência Psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro* (LAPS, 2004). Na própria ENSP eu cursei o doutorado sob a orientação de Joel Birman, onde também desenvolvi minha tese na perspectiva histórica, desta vez dedicada ao processo da Reforma Psiquiátrica, que deu origem ao livro *Loucos pela vida*. Com a possibilidade de uma bolsa sanduíche no exterior, escolhi a cidade de Trieste, na Itália, onde viveu Franco Basaglia de 1970 até praticamente sua morte, em 1980, e onde ocorreu a mais radical experiência de Reforma Psiquiátrica em todo o mundo. Sob a orientação internacional de Franco Rotelli, que substituiu Basaglia de 1980 até 2000, pude conhecer a experiência italiana com profundidade, e isso me possibilitou escrever o livro *O homem e a serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria* (AMARANTE, 1996). O título do livro faz referência a uma fábula contada por Basaglia em inúmeras situações, que sempre o inspirava em sua saga na luta contra as instituições manicomiais e a violência da psiquiatria.



*Capa do CD ROM Projeto Memória da Psiquiatria no Brasil*



*Capa do Guia de Fontes*

Chegamos assim ao momento presente em que propusemos o desenvolvimento do Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que consiste em um conjunto de procedimentos de identificação e preservação deste importante processo da história contemporânea nacional, além de todas as possibilidades de análise que ele nos traz. O período coberto pela pesquisa se inicia em 1976, ano da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde no contexto da redemocratização nacional. A justificativa e argumentação para fundamentar esta

periodização, acreditamos, são plenamente expostas ao longo do texto. O período estudado se estende até o ano de 2016, não apenas em decorrência de uma nova conjuntura que se inicia neste ano, tanto em termos da política em geral quanto do campo da saúde mental, e, evidentemente, pelas questões de ordem metodológica, dada à necessidade de trabalhar documentos e fontes, e elaborar os produtos finais propostos no projeto.

O título do livro tem duas razões de ser. Uma, foi por inspirar-se (mas também por querer homenagear), a importância da experiência italiana de Reforma Psiquiátrica para o processo brasileiro. A partir da leitura do texto será possível compreender a importância que está sendo dada ao movimento italiano, denominado de *Psiquiatria Democrática*, e os reflexos que o mesmo causou no Brasil, muito especialmente a partir de Franco Basaglia, sua principal expressão, mas também de muitos outros como Franca Ongaro Basaglia, Franco Rotelli, Antonio Slavich, Giovanni Berlinguer, Mario Tommasini, Ernesto Venturini, Paolo Tranchina, Giuseppe Dell'Acqua, Pasquale Evaristo, Maria Grazia Cogliatti, Giovanna del Giudice, Benedetto Saraceno, Roberto Mezzina, e muitos outros. O livro em questão é o “Autobiografia di un movimento (1961-1979): dal manicomio alla riforma sanitaria”, organizado por Franco Basaglia e Paolo Tranchina sobre o processo histórico de constituição do Movimento Psiquiatria Democrática italiana (BASAGLIA & TRANCHINA, 1979; GOULART, 2007).

A segunda razão é no sentido de reconhecer a inevitável (espero que não exagerada) “auto referência” de todo o desenrolar da pesquisa e do presente texto. Em outras palavras, é a assunção, como coordenador da pesquisa e um dos personagens centrais de toda esta trama, que corro o risco de olhar a história a partir de um determinado viés, afinal, o movimento da Reforma Psiquiátrica começou no interior do CEBES, a partir de um coletivo de saúde mental do qual fui um dos organizadores, e teve seu estopim a partir de uma denúncia de maus tratos e violência em instituições psiquiátricas, do qual, para agravar, fui um dos três médicos que escreveram a denúncia. A partir daí participei de praticamente todos os momentos, dos encontros da luta antimanicomial,

das conferências, da criação da ABRASME, e tantos outros. Por outro lado, talvez haja uma quantidade desproporcional de informações oriundas da experiência do Rio de Janeiro, cidade e estado que habito há mais de quatro décadas. Mas, mesmo assim, não é a minha autobiografia e sim a de um movimento que eu acompanho há mais de 40 anos.

Decidimos reproduzir na íntegra o texto sobre os antecedentes teóricos da Reforma Psiquiátrica, desde o modelo asilar proposto pelo alienista Philippe Pinel, até as experiências internacionais que influenciaram na constituição do projeto brasileiro, na medida em que é fruto, não apenas, de uma longa e consistente pesquisa desenvolvida no LAPS - ou mesmo, poder-se-ia dizer que, praticamente, foi a pesquisa que constitui este laboratório -, mas também pela legitimidade que o mesmo obteve ao longo de quase 30 anos, desde sua publicação e repetidas reedições e reimpressões, que constata a aceitação acadêmica da qual ainda hoje é uma referência.

As ilustrações que acompanham o presente texto servem fundamentalmente para enriquecer o valor da história e dos documentos iconográficos e de inspirar e estimular o leitor a querer mais, e para isso ele tem a página do projeto na internet, onde uma variedade e riqueza enorme de imagens, documentos, vídeos e informações o aguarda.

Boa leitura, bom proveito!

Paulo Amarante



## ***Introdução: Reforma Psiquiátrica como processo social complexo e a dimensão teórico-conceitual***

Falar em Reforma Psiquiátrica no Brasil, determinar seu início, construir uma periodização, é sempre uma tarefa difícil, na medida em que existem relatos e indícios de práticas de transformação no campo da assistência psiquiátrica que poderiam ser consideradas reformadoras, em um sentido geral. Neste sentido, poderiam ser citados ou considerados reformadores, personalidades como Juliano Moreira (PORTOCARRERO, 1980), Ulisses Pernambucano (SAMPAIO, 1988), Osório César, (LIMA, 1997), Nise da Silveira (BOCAI, 1980), Oswaldo Santos (MELO, 2012), e tantos outros. Por este motivo é necessário explicitar logo no início deste livro os critérios e princípios adotados para a demarcação do processo de reforma psiquiátrica no Brasil ter sido iniciado em 1976, evidentemente que de uma forma que não é rígida e excludente.

Com esta denominação, reforma psiquiátrica, com os atores sociais e a conjuntura que se inicia naquele período, tem início um processo que, de uma forma bem clara e consistente, tem manifestações e expressões até os dias atuais. E, daqui por diante, procuraremos fundamentar para justificar e esclarecer esta argumentação.

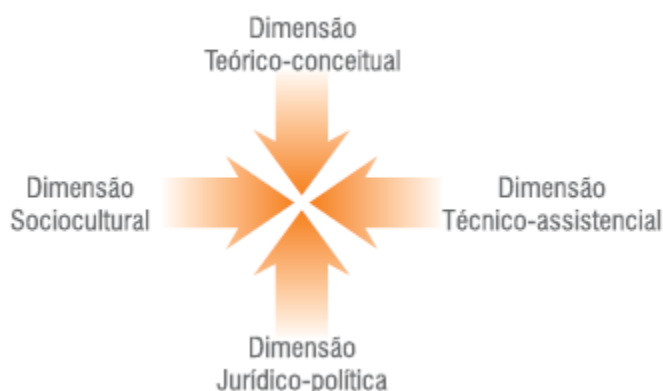
O escopo do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira não é o de tratar de maneira mais humana e da melhor forma técnica as pessoas em transtorno mental, mas o de construir um novo *lugar* social para esta condição, transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade, o que, evidentemente, implica em tratar melhor e de forma mais “humana” e solidária tais pessoas (BIRMAN 1992). Em outras palavras, o objetivo maior do processo de Reforma Psiquiátrica não é a simples reformulação do modelo assistencial, nem o de introduzir modernizações ou humanização da assistência psiquiátrica hospitalar, mas sim de transformar as relações da sociedade para com a

condição subjetiva e concreta das pessoas consideradas em transtorno mental ou por tais diagnosticados.

Dito de outra forma, o processo de Reforma Psiquiátrica busca intervir 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. Trata-se de um processo que tem como princípios éticos a inclusão, a solidariedade e a cidadania.

É neste sentido que, com uma concepção e princípios de natureza tão abrangente e que implicam em estratégias tão diversas, que a Reforma Psiquiátrica tem sido denominada de *processo social complexo*, o que significa dizer um processo dinâmico, plural, articulado entre si por várias dimensões que são simultâneas e que se intercomunicam, se retroalimentam e se complementam. É um processo porque tem movimento, é permanente. Em seu contexto mudam os atores, os sujeitos, mudam os conceitos e as práticas. Desta forma, além dos profissionais (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros), devem participar os familiares, os demais sujeitos sociais. Lideranças comunitárias, formadores de opinião, que se compreendem a proposta ética, social e política da Reforma Psiquiátrica como transformação social. Mas, acima de tudo, deve participar como ator, como protagonista – protagonista e não como mero objeto das ações – o próprio sujeito com diagnóstico de transtorno mental.

Por questões desta natureza é que o processo de Reforma Psiquiátrica é constituído por várias dimensões, o que nos permite caracterizá-la como *processo social complexo*.



### ***A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica***

Trata-se, de uma maneira geral, em discutir o saber psiquiátrico desde a noção de loucura até a atual, de transtorno mental, passando pelos conceitos de alienação mental, doença mental e noções correlatas, tais como “norma/normalidade”, “cura”, de periculosidade, dentre muitas outras. São questionadas também a função “terapêutica” do hospital psiquiátrico e as relações entre os técnicos de saúde, a sociedade e as pessoas sob tratamento.

Não é mais desconhecido por ninguém que os hospitais psiquiátricos, também denominados de manicômios, na verdade se tornaram grandes “depósitos”, lugares de isolamento e abandono de pessoas consideradas loucas, muitas vezes lugares de morte! Assim sendo, uma questão para a Reforma Psiquiátrica é a reflexão sobre o saber e as práticas psiquiátricas em busca de novas formas de cuidado e tratamento efetivos, e não de isolamento, segregação e violência.

As novas práticas surgidas no processo da Reforma Psiquiátrica levam em consideração que a intervenção médica tradicional reduz o sujeito aos sintomas e ao diagnóstico, deixando de lado as outras características da pessoa.

Desta forma, tanto a noção de transtorno mental, quanto a de saúde mental, devem ser questionadas, e as relações com os sujeitos transformadas. O "paciente" passou a ser entendido como sujeito capaz de conquistar níveis de autonomia e emancipação para organizar a sua vida e, a partir deste ponto de vista, deve receber "cuidado", "atenção integral", ser atendido nas suas necessidades e possibilidades de participação na vida social e não ser excluído.

A noção de "cuidado psicossocial" construída no processo de Reforma Psiquiátrica objetiva tratar da pessoa em sua integralidade e em sua complexidade, considerando tanto a dimensão psíquica/mental, como a dimensão social (relação com a família, com grupos sociais: na escola, no trabalho, no lazer etc.). O fato de que uma pessoa esteja "doente" não deve significar que os demais aspectos da sua vida devam ser deixados de lado. Cada pessoa, independentemente de sua condição de estar em um processo de sofrimento mental, deve ser considerada e estimulada no seu potencial e na sua capacidade de fazer atividades e de relacionar-se, não devendo lhe ser imposto um jeito de ser, de agir e de experimentar a vida.

Outras noções são fundamentais de serem questionadas e, na prática, tal questionamento demonstrou o quanto esta iniciativa gera novas possibilidades de vida para os sujeitos. Por exemplo, as noções de "periculosidade", de "incapacidade" e "irresponsabilidade civil". Noções originárias da psiquiatria tradicional que, muitas das vezes foram produzidas pelas práticas institucionais violentas e excludentes.

### ***A dimensão técnico-assistencial***

As reflexões realizadas na dimensão epistemológica afetam e transformam os princípios, objetivos e práticas da dimensão teórico-conceitual.

Alguns aspectos desta dimensão são fundamentais para o seu entendimento, relacionados tanto ao planejamento das novas estruturas

de cuidado (os novos serviços e dispositivos de atenção psicossocial), quanto ao tipo de atendimento às diferentes demandas de tratamento e ao modelo de atendimento (tipos de terapia: medicamentosa, psicoterápica, integrativa, de sociabilidades).

Um dos objetivos específicos da Reforma Psiquiátrica é a substituição do modelo de atendimento centrado na hospitalização e no isolamento por uma atenção integrada ao indivíduo no seu local de domicílio, em seu *território*, este entendido não apenas segundo critérios geográficos e espaciais de limite, o bairro ou a região da cidade, mas, sobretudo, o *lugar social* onde se tecem as referências e os códigos segundo os quais se montam as redes de relações sociais.

Atuando no território, a assistência em saúde mental produz o cuidado ao indivíduo em seu próprio meio social, mantendo-o integrado à comunidade e à rede social que o cerca – sua família, amigos, trabalho, escola, grupos sociais.

A Reforma Psiquiátrica, através das políticas públicas de saúde, procura consolidar a formação de uma rede territorial de atenção em saúde mental diversificada, atendendo aos diversos tipos de problemas psiquiátricos – dos mais simples aos mais graves – e às necessidades das pessoas. Essa rede oferece diversos tipos de projetos assistenciais que não se limitam ao tratamento da doença mental em si, mas tratam do sujeito em sua integralidade, evitando o afastamento do paciente da sua família e da comunidade: tratamento individual ou grupal, atividades de inserção social – trabalho, lazer etc.

Uma rede territorial de saúde mental diversificada significa desde a existência de uma rede básica de serviços de atenção primária (Equipe de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios), até os leitos psiquiátricos em hospital geral, serviços substitutivos de atenção psicossocial, residências assistidas, outras estratégias de moradia e acolhimento, cooperativas sociais de trabalho, projetos sociais e artístico-culturais, etc.

Os serviços ditos *substitutivos* são considerados, no contexto da Reforma Psiquiátrica, como estratégicos para a consolidação da

transformação na assistência e na melhoria da qualidade de vida das pessoas assistidas, tanto através de tratamentos quanto por meio de projetos relacionados à questão do trabalho, da moradia, do lazer, da arte-cultura, que visam a inserção na sociedade. Por este motivo, o processo adotou o princípio de incorporar profissionais de outras áreas médicas e não médicas, tais como professores de educação física, artistas de teatro, artistas plásticos, músicos, oficinairos, educadores populares, etc., além da participação dos atores sociais (associações, entidades, movimentos sociais, etc).

Enfim, estas novas formas de atuação implicaram na redefinição do papel profissional dos técnicos de saúde mental e tiveram como resultado uma nova relação entre os profissionais em si (a noção de equipe) e com as pessoas em tratamento, não apenas como “pacientes”, mas como sujeitos e protagonistas de suas histórias.

### ***A dimensão jurídico-política***

A psiquiatria tradicional considerava que a loucura era alienação, degeneração, doença! Ausência de razão, juízo e possibilidade de discernimento! A fala do louco era considerada apenas para ouvir os sintomas. Nos manicômios as pessoas internadas perdiam os direitos, a cidadania. Juridicamente, era considerado ‘inimputável’ – não é capaz de responder sobre seus atos –, ‘incapaz’ e ‘irresponsável’ perante a lei – não tem condições de gerir seus bens nem a própria vida. Este estatuto jurídico da pessoa considerada louca é um legado da psiquiatria tradicional, impresso nos códigos penal e civil, com o qual o processo de Reforma Psiquiátrica vem procurando romper.

Um dos maiores avanços do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira foi a aprovação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, denominada de a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

Como consequência, as mudanças políticas no rumo da saúde mental ampliaram o debate sobre a situação das pessoas internadas nas instituições psiquiátricas, inclusive os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (antes denominados de manicômios judiciários). Um dos questionamentos fundamentais existentes nesta dimensão diz respeito à ideia de periculosidade, ou seja, de que o transtorno mental leva, obrigatoriamente, à perda da capacidade de juízo e julgamento e, portanto, à violência e ao perigo para si e para a sociedade. Em relação à esta noção, ocorre ainda que se uma pessoa com transtorno mental vier a oferecer algum risco, ela será considerada incapaz de responder pelos seus atos no momento do crime, ou seja, é *inimputável*. Sendo assim, o juiz determina uma *medida de segurança*, o que significa o encaminhamento da pessoa a um manicômio judiciário para tratamento específico. A justiça então interpreta a pessoa como um ser imprevisível, um perigoso em potencial, justificando, muitas vezes, internações de longa duração ou para a vida inteira, pois a medida de segurança determina um prazo mínimo de duração, mas não o prazo limite, um prazo máximo. Para sair de alta o interno precisa ter sua condição revista e, na maioria das vezes, isto não acontece.

No caso da noção de que todo louco é um ser incapaz, esta interpretação médica ocasionou a criação de meios jurídicos que justificam a *tutela* ou a *curatela* do paciente, ou seja, a família assume a responsabilidade civil e material daqueles que, pressupõe-se, não têm condições de cuidar e de gerir sua própria vida. Ou seja, pelo instrumento da curatela, torna-se possível a situação de interdição civil do louco.

No processo de Reforma Psiquiátrica os próprios usuários interferem sobre estas ideias preconcebidas, organizando-se em coletivos, denunciando e reivindicando conquistas e garantias de direitos na sociedade. Um exemplo significativo aconteceu no III Encontro de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, no ano de 1993, foi formulada a *Carta de Direitos dos Usuários de Serviços de Saúde Mental*. Uma de suas reivindicações é que eles sejam reconhecidos como ‘usuários’ dos serviços e não como ‘pacientes’. O argumento utilizado é o

de deixarem de ser pessoas passivas diante do seu tratamento, tornando-se pessoas ativas e influentes. O conceito de 'usuário', ou 'cliente', dos serviços, implica uma relação contratual entre o indivíduo e o serviço de atenção psicossocial, produzindo um novo estatuto para o indivíduo considerado louco.



*Capa da Carta elaborada pelos Usuários e Familiares, Santos/SP, 1993*

A Lei determinou que o Ministério Público estadual fosse comunicado de todas as internações involuntárias nas primeiras 72 do evento, o que desencadeou um processo muito importante que fez com que o MP assumisse um protagonismo muito importante para a Reforma Psiquiátrica brasileira, o que viria a ocorrer também, em consequência, com as Defensorias Públicas estaduais (MINISTÉRIO PÚBLICO/RJ, 2010; PINHEIRO, 2010).

***A dimensão sociocultural: a produção de um novo lugar social para o sofrimento psíquico***



A dimensão sociocultural é a última aqui apresentada, mas não menos importante, já que todas elas estão interligadas, são interdependentes e, rigorosamente, não poderiam ser separadas, a não ser em caráter esquemático como é o objetivo aqui.

Na medida em que a compreensão de Reforma Psiquiátrica não se reduz à ideia de construção de um novo modelo assistencial, mesmo o mais “anti” hospitalar possível, mas de produzir um novo *lugar social* para as pessoas em sofrimento psíquico ou assim consideradas pelos padrões científicos e culturais, o objetivo maior é a sociedade, é o imaginário social, as representações, os ‘pré-conceitos’. Os “pré-juízos”, que existem na sociedade sobre a loucura, o transtorno mental ou sofrimento psíquico, seja lá qual for a principal expressão utilizada para defini-la.

Para tal fim, é preciso construir outras relações sociais com as pessoas assim identificadas ou nomeadas, promovendo mudanças no âmbito social e comunitário, revendo valores e crenças excludentes e estigmatizantes. Não é tarefa fácil, não é num passe de mágica que se produz uma transformação do imaginário social em torno da loucura/doença mental, imaginário este solidamente construído pelo saber psiquiátrico e pelas instituições sociais ao longo de quase três séculos.

Existem três linhas de atuação para a busca deste objetivo de transformar o imaginário, as representações, as relações sociais com a loucura/transtorno mental: 1. a participação social e política de todos os atores sociais envolvidos no processo; 2. as iniciativas de trabalho, geração de renda e cooperativismo social; e, 3. Os projetos artístico-culturais nos quais participam os usuários e outros profissionais.

É na segunda metade dos anos 70, no contexto dos movimentos de redemocratização no país e de luta contra a ditadura militar, que tem início a constituição de dois movimentos (ou um grande movimento que se desdobra em duas grandes vertentes), que são o de Reforma Sanitária e o de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Um marco reconhecido neste processo refere-se à criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), organizado a partir de um

grupo de jovens sanitaristas de São Paulo que se estendeu rapidamente pelo país e ainda hoje, é uma das mais importantes organizações no setor saúde (AMARANTE, P.; RIZZOTTO, M.L.F.; COSTA, A. M., 2016). O CEBES teve um quadro de ativistas reconhecidos no campo da saúde e fora dele, com destaque para José Ruben de Alcântara Bonfim, David Capistrano da Costa Filho, Sergio Arouca, Eleutério Rodrigues Neto, José Gomes Temporão, Paulo Amarante, Sonia Fleury, Ana Maria Costa, dentre outros. O CEBES fundou uma revista e uma coleção de livros que se tornaram fontes obrigatórias no setor, existentes até os dias atuais, e que tinham como objetivos democratizar a discussão e o entendimento sobre as políticas de saúde no Brasil, e como tal, é reconhecido como o protagonista mais significativo no campo da saúde coletiva no Brasil (SOPHIA, 2013), especialmente pela edição da Revista Saúde em Debate, e pela elaboração e apresentação da proposta original do Sistema Único de Saúde (SUS). Por estes e outros motivos que serão abordados no decorrer do texto, é que o advento do CEBES é tido como uma referência fundamental, um marco histórico, político e epistemológico para as condições de possibilidades da Reforma Sanitária/Reforma Psiquiátrica. A crítica ao modelo privatizante, hospitalocêntrico e elitista do sistema de saúde foram alguns dos temas principais da Revista e da coleção Saúde em Debate (MELLO, 1977, 1981).

É no interior do CEBES, originalmente, que os profissionais de saúde mental - muito particularmente médicos, num primeiro momento - organizam núcleos de saúde mental, como ocorreu no Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Minas Gerais. Estes núcleos irão possibilitar uma reflexão sistemática das condições da assistência psiquiátrica no país, que na época era composta fundamentalmente de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, em geral de grande porte. Cerqueira considera que nos anos 1970 o Brasil se aproximava dos 100 mil leitos psiquiátricos. Observa ainda que 97% de todos os recursos financeiros eram destinados ao custeio de hospitais psiquiátricos e apenas 3% eram dedicados a ambulatórios e outros equipamentos assistenciais (CERQUEIRA, 1984).

No Rio de Janeiro um pequeno grupo de cerca de 10 médicos organizam o Núcleo Estadual de Saúde Mental do CEBES, e passam a se reunir regularmente na sede da entidade que, na época, situava-se em uma sala cedida pelo Sindicato dos Médicos que recentemente havia mudado de orientação política. Após anos sob o comando de dirigentes simpatizantes do governo autoritário, ou mesmo indicados pelo mesmo, a direção do sindicato foi vencida por uma corrente de médicos críticos ao sistema, em sua maioria jovens recém-formados. Trata-se de um movimento autodenominado Renovação Médica (REME). A aproximação do REME com o CEBES vai propiciar o surgimento dos primeiros passos da Reforma Psiquiátrica brasileira, como será demonstrado no decorrer deste livro.

### ***A “Indústria da Loucura” é denunciada!***

#### ***O nascimento da reforma psiquiátrica brasileira***

No livro “Loucos pela vida” (AMARANTE et col., 1995) já foi detalhadamente analisado o surgimento do movimento da reforma psiquiátrica, mas é importante resgatar e atualizar algumas das reflexões e considerações já que a periodização do mesmo encerra no início dos anos 90 no século anterior.

No Rio de Janeiro, explode a crise da DINSAM, a Divisão Nacional de Saúde Mental, que foi o fator desencadeante para a união dos trabalhadores de saúde mental e a formação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

O que ficou conhecido como a “crise da DINSAM”? DINSAM é a sigla de Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável na ocasião pela formulação das políticas de saúde de saúde mental. O órgão tinha quatro hospitais no país, todos eles no Rio de Janeiro, a saber: Centro Psiquiátrico Pedro II - CPP II (atual Instituto Municipal de Saúde Nise da Silveira), Hospital Pinel (atual Instituto Dr. Philippe Pinel), Colônia Juliano Moreira – CJM (atual Instituto Municipal

de Saúde Juliano Moreira) e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho (depois transferido para a secretaria de justiça do estado e fechado recentemente).

A “crise” teve início após uma denúncia de irregularidades, maus tratos e violências contra os internos, denúncia esta realizada por três médicos do Pronto Socorro do Centro Psiquiátrico Pedro II em abril de 1978. As denúncias são muito mal recebidas pelos dirigentes do hospital, em sua maioria militares nomeados para os cargos. As questões não tinham nenhum teor político partidário, contrário ao governo ou coisas desta natureza. Diziam respeito à violação da dignidade das pessoas internadas na instituição, mas no clima da conjuntura política do período final da ditadura militar, qualquer crítica poderia ser interpretada como sendo proveniente da esquerda, de natureza comunista ou similar, e os denunciadores foram sumariamente afastados da instituição.

Em solidariedade aos três profissionais afastados surgiram movimentos e entidades, tais como o Renovação Médica e o CEBES e, posteriormente o próprio Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), a Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (AMERJ), Associação dos Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro (AMERERJ), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), dentre muitas outras. A questão acabou assumindo um caráter de indignação social e merecendo uma repercussão muito importante na imprensa, tanto nos jornais e revistas impressas, quanto nas emissoras de rádio e televisão.

Ocorre que a DINSAM funcionava de forma muito precária, fundamentalmente com profissionais que recebiam uma “bolsa de estudos”, e não realizava concursos e admitia novos profissionais desde a década de 1950. Desta forma, a situação era, evidentemente muito tensa, já que as bolsas na verdade escondiam uma vinculação sub empregatícia, com baixo valor na remuneração e sem direitos trabalhistas tais como férias, licenças, etc, e em algum momento não iria mais funcionar. Os "bolsistas" eram contratados pelo um expediente

denominado Campanha Nacional de Saúde Mental, e, além de médicos, eram contratados outros profissionais (psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, etc), que trabalhavam em condições desfavoráveis, sujeitos à ameaças e situações graves como agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas.

Dado o caráter violento da resposta oficial às denúncias pode-se considerar que o próprio Estado, naquelas condições de demissões, ameaças e perseguição, terminou por empurrar o movimento para uma atuação mais política, de oposição à política nacional de saúde e do regime autocrático.

O MTSM passa a convocar os profissionais de todos os hospitais da DINSAM para manifestações de solidariedade aos demitidos e de reivindicação dos direitos salariais e trabalhistas e a situação passa a se tornar mais tensa e densa. Os bolsistas que assinam documentos de solidariedade ou que participam de atos políticos passam a ser igualmente demitidos de tal forma que dois meses após o início do movimento já existiam 263 profissionais demitidos. Com o agravamento da questão o MTSM convoca uma greve, que é considerada a primeira greve no serviço público do regime político, e a greve da DINSAM acaba sendo o estopim de uma greve dos médicos residentes do Rio de Janeiro, que em seguida se torna nacional.

**DEBATE**

**"O QUE É A  
"ASSISTÊNCIA" PSQUIÁTRICA  
NO RIO DE JANEIRO**

Um problema  
antigo, reativado  
pela crise na DINSAM  
( H. Pinel, C.P. Pedro II,  
Manicômio Judiciário,  
Colônia Juliano Moreira).

**15 de agosto de 1978**  
**20, 30 horas**  
**na ABI**

Rua Araujo Porto Alegre, 71/9º andar

**PATROCÍNIO**

Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro  
Centro Brasileiro de Estudos da Saúde  
Associação Brasileira de Psiquiatria  
Associação Profissional dos Psicólogos do Rio de Janeiro

*Cartaz de debate promovido pelo MTSM, ABI/RJ, 1978*

A greve dos médicos residentes passou a ter uma dimensão pública muito importante, tanto pelo fato de que reunia muitos mais profissionais, quanto pelo fato de que paralisava efetivamente serviços e atividades essenciais (emergência, UTIs, hospitais gerais, centros cirúrgicos, maternidades etc).

Ainda em 1978, de 27 de outubro a 01 de novembro, estava prevista a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, oportunidade que passa a ser aproveitada para uma ampliação do MTSM em nível nacional. Realizado em Camboriú (SC), ficou conhecido como o "Congresso da Abertura" já que, pela primeira vez, os movimentos em saúde mental participam de um encontro dos setores considerados mais conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma "frente ampla" a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental,

mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional (AMARANTE et. col., 1995; LOUGON & ANDRADE, 1995).

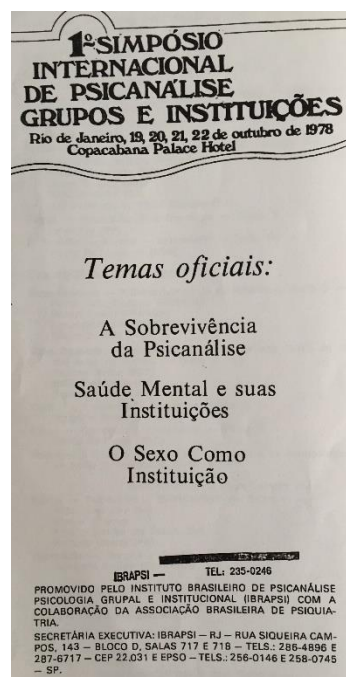
Dentre as moções aprovadas uma expressa bem o contexto político e o papel histórico do MTSM: a moção pela “Anistia Ampla, Geral e Irrestrita” (MTSM,1978), mas outras moções mereceram destaque, tais como a relacionada ao repúdio à privatização do setor, fato que estaria relacionado a falta de participação democrática na elaboração dos planos de saúde.

A carta de convocação (ANEXO 01) e a ata da assembleia (ANEXO 02), demonstram bem o que está sendo afirmado, quando o MTSM convoca os profissionais de saúde mental para participarem de um movimento de oposição a partir de uma participação no Congresso Brasileiro de Psiquiatria que aconteceu em Camboriú naquele mesmo ano de 1986 e os encaminhamento a partir do mesmo.

Nestes primeiros documentos as críticas do MTSM já explicitam aspectos como a denúncia da “Psiquiatrização” da sociedade (u seja, de uma crítica ao modelo biomédico, patologizante), da privatização e da adoção da psiquiatria enquanto prática de controle e reprodução das desigualdades sociais. Os psiquiatras Pedro Gabriel Godinho Delgado e Márcia Schmidt Andrade foram destacados participantes de todo este contexto inicial do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e, desta feita, foram entrevistados pela equipe do Projeto Memória e suas entrevistas estão disponibilizadas no site da pesquisa. Pedro Gabriel Godinho Delgado foi também coordenador nacional de saúde mental de agosto de 2000 a dezembro de 2010.

Mas em 1978 existe um outro acontecimento importante que se torna também um marco histórico para o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado no Hotel Copacabana Palace, de 19 a 22 de outubro, no Rio de Janeiro. O Congresso foi um acontecimento disparador para o lançamento de uma nova sociedade psicanalítica, de orientação analítico-institucional, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI).

Em decorrência deste evento vieram ao Brasil alguns dos principais autores e personalidades do campo crítico da psiquiatria e das ciências sociais, muitos deles fundadores da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria (conhecida como *Reseau*), tais como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Thomaz Szasz, Erving Goffman, Howard Becker, Armando Bauleo, Emilio Rodrigué, dentre outros.



*Cartaz I Simpósio do IBRAPSI - 1978*



Franco Basaglia estabeleceu um forte vínculo com os jovens militantes do CEBES e do MTSM. A partir deste vínculo, proferiu conferências e debates em universidades, sindicatos e associações, e sua influência na conformação do pensamento crítico do MTSM passa a ser fundamental (AMARANTE; BARROS & NICÁCIO, 1998).



Entrevista com Basaglia na Revista Veja de 1 de novembro de 1978

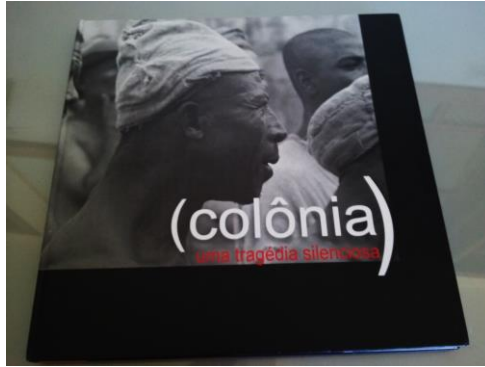
Basaglia viria novamente no Brasil (COELHO DA PAZ, 1979), passando por várias cidades, dentre elas Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo, Belo Horizonte e Barbacena, esta última mereceu atenção especial por causa de sua visita ao hospital psiquiátrico ali localizado. Basaglia considerou que o hospital psiquiátrico que visitou na cidade era mais “um campo de concentração” que qualquer coisa. Esta expressão gerou muitas repercussões na imprensa e nos meios políticos e desencadeou uma forte reação. Cumpre sinalizar que a primeira vez que este hospital foi comparado a um campo de concentração foi em uma matéria jornalística da Revista “O Cruzeiro” de 1961 que, além de um texto muito

contundente e bem elaborado, publicou várias fotografias marcantes da instituição.



*Foto de Luiz Alfredo na revista O Cruzeiro de 1961*

Anos depois esta revista foi encontrada e a partir dela os autores da matéria foram localizados. Todas as fotografias feitas na época por Luiz Alfredo Ferreira (pois os direitos dos originais foram adquiridos pela Prefeitura Municipal de Barbacena) foram publicadas em um histórico livro denominado *(Colônia): uma tragédia silenciosa*, com vários textos de apresentação, dentre os quais Hiran Firmino, Helvécio Ratton, Fernando Brant e outros (TOLEDO & BRANDÃO, 2007; AMARANTE, 2015). O livro, que foi a fonte original para uma série de outros livros de grande repercussão e inclusive para roteiros cinematográficos, pode ser acessado na íntegra na página do Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica brasileira ([laps.ensp.fiocruz.br](http://laps.ensp.fiocruz.br)).



*Capa do livro “(Colônia): uma tragédia silenciosa”*

Passando também por várias instituições, sindicatos, associações, universidade, Basaglia propiciou uma série de encontros que foram publicadas no Brasil e posteriormente na Itália, e agora mais recentemente, republicadas na Itália, França, Alemanha, Espanha Argentina, e ficaram conhecidas como as “Conferências Brasileiras de Franco Basaglia” (BASAGLIA, 2000; AMARANTE et. col., 1998).

O segundo simpósio do IBRAPSI, que trouxe David Cooper e Ronald Laing, dentre outros, só seria organizado em 1982 e também foi muito significativo para o movimento brasileiro e teve como um dos temas centrais “A Instituição Negada”, título do livro organizado por Franco Basaglia que havia falecido em 29 de agosto de 1980. O livro, que reflete sobre a experiência de Gorizia, na opinião de David Cooper (COOPER, 1980) se tornou uma das fontes do movimento contestatório e antiinstitucional de maio de 1968 e 1970. Gregorio Baremlitt, esquizoanalista argentino exilado no Brasil, foi certamente o principal organizador deste seminário do IBRAPSI e, por este motivo, foi entrevistado pelo Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e sua entrevista está disponível da página eletrônica do projeto.



*Cartaz do II Simpósio do IBRAPSI em 1982*

O Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo, foi palco do I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, nos dias 20 e 21 de janeiro de 1979. O relatório deste encontro destacava o crescimento político do MTSM que defendia que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde estaria vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade através do fortalecimento dos sindicatos e demais associações representativas articuladas com os movimentos sociais. Defendia ainda a reivindicação de maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas nacionais e regionais de saúde mental. Foram reafirmados também alguns princípios relacionados à política nacional defendida pelo MTSM, tais como, defesa das liberdades democráticas, pela livre organização de trabalhadores e estudantes, pela Anistia Ampla, Geral e Irrestrita, bem como reivindicações trabalhistas e repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão (MTSM, 1979).



*Capa da revista Rãdice referindo-se aos hospitais psiquiátricos como campos de concentração, RJ, 1979*

Naquele mesmo ano de 1979, Basaglia esteve duas vezes em Belo Horizonte. A primeira em julho para um seminário, e a segunda para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com a participação de Franco Basaglia, além de Antonio Slavich, um importante protagonista do Movimento Psiquiatria Democrática Italiana, na época coordenador de Saúde Mental de Gênova, e do sociólogo Robert Castel, autor de clássicos como “A Ordem Psiquiátrica – A idade de Ouro da Psiquiatria” (CASTEL, 1978) e de “A gestão dos riscos” (CASTEL, 1987), dentre outros. Na ocasião da primeira viagem Basaglia foi convidado a conhecer alguns hospitais psiquiátricos, dentre os quais um existente na cidade de Barbacena. A visita o chocou profundamente e naquela noite ele teve dificuldade de se pronunciar, tamanha a emoção. Comparou o hospital a um campo de concentração nazista e esta reação ocasionou uma resposta impactante na imprensa e na sociedade.

## Psiquiatra compara hospital em Minas a campo nazista

BELO HORIZONTE (O GLOBO) — "Não saberia por que lado começar. O que vem Barbacena, penso que uma coisa parecida não pode ser pensada em um campo nazista; pessoas suas, jogadas no chão ou em celas de grades. Pessoas que não têm mais um significado para viver", foi a descrição que o médico psiquiatra italiano, Franco Baraglia, precursor do movimento italiano pela extinção dos manicômios, fez, na Associação Médica de Minas Gerais do Hospital Psiquiátrico de Barbacena, onde esteve na quarta-feira passada.

Demonstrando total reprovção aos sistemas de "controle" das doenças mentais no Brasil, Baraglia apelou aos profissionais dos veículos de comunicação que fossem à Barbacena ver os "atendidos contra os direitos humanos".

— Eu penso que uma ação civil seria a de que os jornais pedissem para ver, de cima para baixo, o Hospital de Barbacena, porque, creio, não ter condições para descrever".

Antes de viajar à Barbacena, na segunda-feira, o psiquiatra italiano esteve no Centro de Estudos Galba Velloso, órgão do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, encarregado de fazer a triagem dos doentes mentais para as instituições do Estado. No Galba Velloso, Baraglia leu o histórico de um paciente, cujo diagnóstico considerou "viciado", e constatou que ao invés de sofrer de "oscilações maníaco-depressivas", o paciente sofre de "miséria", o que ali, "desde os diretores, todos agem com 'exceções'".

Resaltou que estava no País para fazer críticas, "mas que criticando o Brasil estava, também, fazendo uma crítica internacional". Reprovou ainda os ataques que os países ocidentais fazem aos manicômios judiciais da União Soviética e manterem em silêncio os seus. "Manicômio é o terceiro mundo do terceiro mundo", bradou.

### VERGONHA NACIONAL

Após várias observações e sugestões alternativas para se por fim ao "sistema carcerário" que o Brasil adota nos manicômios, o psiquiatra italiano fez um apelo às autoridades de Minas Gerais:

— Eu espero que o Estado de Minas Gerais entenda esta vergonha nacional. Do contrário, seremos obrigados a fazer o mapa da vergonha. Jaquiri, em São Paulo, também está no mapa da vergonha.

Pede ainda aos médicos que procurem "proporcionar e suportar" para as pessoas que não estão

bem". Mas isso não é suficiente, pois é necessário criar estruturas eficazes, de modo que os médicos possam desempenhar sua terapêutica e que os internamentos sejam evitados".

— O Estado não pode empregar os doentes às indústrias (clínicas) particulares, "pois eles passam a ser uma fonte de renda", denunciou. Lembrou que na Itália a saúde é uma obrigação nacional: "indigentes e trabalhadores têm o direito de serem amados".

### MAL ESTRUTURADO

Durante o encontro de psiquiatras realizado, ontem, na Associação Médica de Minas Gerais, Cesar Rodrigues Campos, um dos psiquiatras do Hospital André Luiz, declarou que "o que a população precisa em saúde mental não é técnica, mas de ação econômica pois no seu entender "a técnica é também uma mistificação".

Citando dados demonstrativos Cesar Campos disse que o Estado possui 14 milhões de habitantes e 72 municípios. Cinqüenta e nove por cento da população é composta de analfabetos, sendo 49 por cento no interior e 19 por cento em Belo Horizonte. Da população economicamente ativa, 8 por cento percebe até meio salário-mínimo, 8 por cento, de meio a um salário-mínimo, e 22 por cento, pouco acima de um salário-mínimo.

O modelo atual de assistência prestada pelo Estado aos doentes mentais está subdividido da seguinte forma: PUP (Posto de Urgência Psiquiátrica), PAM (Posto de Assistência Médica) e Hospital.

Minas Gerais tem atualmente dois ambulatórios, que deveriam funcionar como órgãos de assistência. Mas são precários. Em Juiz de Fora, existe uma média de um psiquiatra para 25 pacientes. Este médico atende de 16 a 20 pacientes e "como não tem condições de dar assistência necessária, ele encaminha para o posto de urgência psiquiátrica". Acrescentou que no PUP, "o médico também não tem tempo para conversar. Se pode dedicar cinco minutos para cada paciente".

— Todos os ramos levam ao hospital psiquiátrico — afirma Cesar Campos — porque, na falta de estruturas, a lógica permanente. Não tendo tempo de atender o paciente, o médico o encaminha ao hospital psiquiátrico". Então, "o PUP, que foi criado para reduzir as internações, passa a ser um agente psiquiátrico".

Em 1973, no Brasil, "foram realizadas 20 mil internações involuntárias, que custaram Cr\$ 1 bilhão", concluiu.

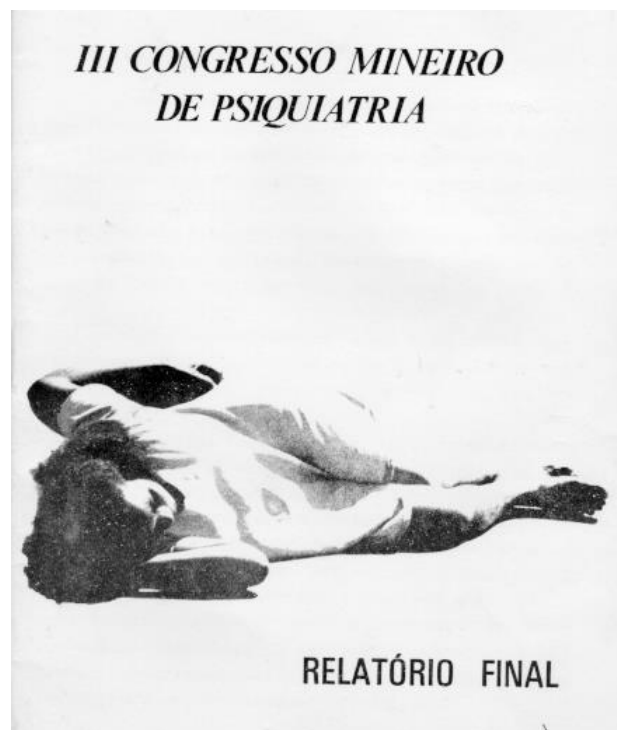
Matéria de *O Globo* com o comentário de Basaglia sobre hospital de Barbacena, 1979.

A partir desta visita existiram muitas repercussões marcantes, e duas delas merecem destaque: o curta-metragem *Em Nome da Razão*, obra de estreia do premiado cineasta Helvécio Ratton, e o também premiado livro *Nos Porões da Loucura*, do jornalista Hiram Firmino. Estas duas produções se tornarão referência fundamentais ao longo de todos estes anos, até os dias atuais, sendo instrumentos estratégicos para provocar discussões do movimento da Reforma Psiquiátrica com a sociedade no sentido de debater a natureza excludente e violenta das instituições psiquiátricas.



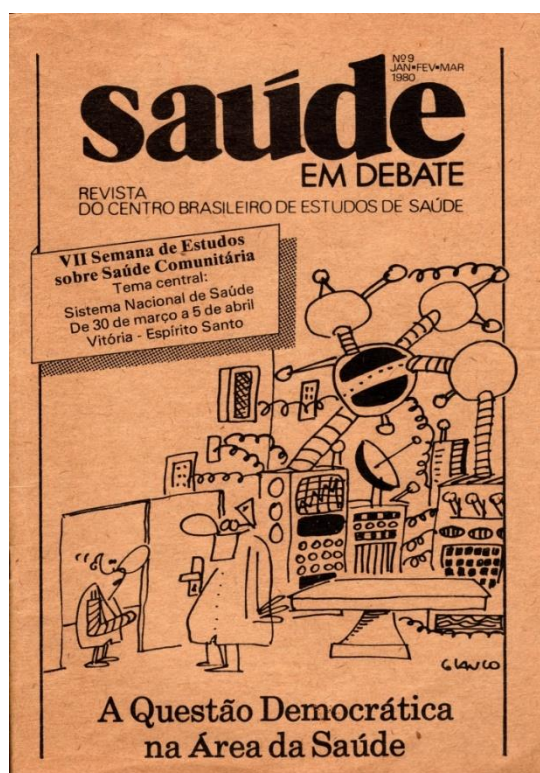


*Foto de Franco Basaglia visitando o hospital em Barbacena, MG, 1979*



*Capa do Relatório Final do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, BH, 1979*

Um acontecimento importante marcou o final de 1979 como um dos mais relevantes da história das políticas de saúde no Brasil: um documento elaborado por membros do CEBES e, posteriormente, encampando e aperfeiçoado por esta entidade, se torna a principal referência política para o futuro da saúde no país. Trata-se de um documento intitulado “A questão democrática na área da saúde” (CEBES, 1980a) que, pela primeira vez na história, propõe um Sistema Único de Saúde (SUS), lançando as bases do que seria, mais tarde, a política nacional de saúde centrada nos princípios da universalidade, equidade, participação social e gestão unificada do sistema. O documento foi apresentado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, realizado em outubro, em Brasília, e além do documento da proposta do SUS, o CEBES apresentou ainda um denso documento sobre as condições de assistência psiquiátrica no país, que pode ser considerado como a primeira manifestação sistematizada de análise crítica da política nacional de saúde mental no Brasil (CEBES, 1980b).





Finalizando o ano de 1979 merece destaque a criação de duas novas entidades, uma, do âmbito geral da saúde pública e Reforma Sanitária, que foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que será, em companhia do CEBES, um dos mais importantes protagonistas na construção da Reforma Sanitária/Reforma Psiquiátrica e do SUS. Mais recentemente a entidade mudou para Associação Brasileira de Saúde Coletiva, mantendo a mesma sigla, mas indicando voltar-se mais para a política de saúde que para a formação de pós-graduação em particular. Outra, mais dedicada ao campo da saúde mental, e que foi a primeira associação brasileira de familiares, a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (SOSINTRA), fundada por Ivete Braga, uma ativista que se tornaria histórica para o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Críticos da denominação “pacientes”, em seus documentos oficiais e suas manifestações a SOSINTRA utilizava a expressão “problematizados mentais” (SOSINTRA, 1990).

***Anos 80: da crítica institucional à “institucionalização” da Reforma Psiquiátrica, a Constituição Cidadã, os novos serviços, as novas tendências, e o advento do projeto de lei antimanicomial***

Em 1980 foram organizados outros eventos importantes, o que demonstra a grande capacidade de mobilização e articulação do MTSM e a preocupação em manter viva uma agenda de discussões e atuação política no setor. Começa com o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro (RJ), de 23 a 25 de maio, cuja pauta aborda a questão do transtorno mental em sua relação com os problemas sociais, com a organização da política nacional de saúde mental e as condições de trabalho num contexto de forte privatização e

mercantilização da medicina. Em seguida, ocorreu o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, nos dias 22 a 27 de agosto em Salvador. Dentre outras questões surgiu o debate sobre a defesa dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos e as implicações econômicas, sociais, políticas e ideológicas no processo de proletarização da medicina, do poder médico, da assistência médico-psiquiátrica, em processos de exclusão e controle sociais mais abrangentes. Foram ainda abordados criticamente o modelo assistencial como ineficiente, cronificador e estigmatizante e o processo de “mercantilização da loucura”, da privatização da saúde, do ensino médico e da psiquiatrização da sociedade.

Um acontecimento importante foi a criação no Rio de Janeiro, em 1982, de dois cursos pioneiros para a formação crítica de profissionais de saúde mental, na medida em que a Universidade, de uma maneira geral, se mantinha refratária aos às demandas e tendências políticas que vinham ocorrendo na conjuntura nacional. Tais cursos foram o Curso de Especialização em Psiquiatria Social (CEPS) a partir de convênio estabelecido entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e a Colônia Juliano Moreira da DINSAM /Ministério da Saúde, e o Curso Integrado em Saúde Mental (CISM), desenvolvido a partir de convênio entre a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), o Centro Psiquiátrico Pedro II da DINSAM/Ministério da Saúde e O Instituto de Medicina Social da UERJ (OPAS/MS-BRASIL, 1982).

As transformações no campo geral da política - com a conjuntura de reivindicação social por eleições diretas para presidente da república e outros cargos do executivo, que se materializaram com a campanha das “Diretas Já!”- instalaram no ânimo popular um processo por mudanças que desembocou na eleição de Tancredo Neves e no advento da chamada “Nova República”. Neste cenário de aspirações democráticas, muito especialmente no campo da saúde, particularmente com a nomeação do ex-presidente do CEBES, Sergio Arouca para a Presidência da Fiocruz, o mesmo sugeriu a convocação de uma conferência nacional, popular de saúde. Já haviam sido convocadas sete conferências nacionais de saúde

no país, mas eram, predominantemente, encontros de gestores (ministros, secretários, dirigentes nacionais), e o que Arouca pretendia eram uma grande consulta popular, ou melhor ainda, um grande processo de envolvimento da sociedade na construção e acompanhamento das políticas públicas de saúde.

Desta forma, foi convocada para março de 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A opção por utilizar o algarismo arábico ao invés de romano, conforme as edições anteriores, já representava, de acordo com Arouca, uma aproximação com o espírito social e popular que utiliza números arábicos. Daí em diante ficou conhecida apenas pela expressão *oitava!*

Assim feito, foi realizada a conferência no período de 17 a 21 de março de 1986 que, em oposição às conferências anteriores, tinha como objetivo contar com a participação popular. Para tanto, foram criados critérios de participação paritária, de tal forma que representantes do executivo ou dos segmentos de prestadores de serviços estivessem em condições de igualdade com os representantes da sociedade civil. Além do mais foram realizadas pré-conferências nos municípios e estados, de tal forma que os representantes eram eleitos pelos pares a partir de sua importância e representatividade. Muitos milhares de cidadãos participaram deste rico processo de conferência(s) e apenas no contexto de Brasília, na conferência propriamente dita, cerca de 4 mil pessoas estavam ativamente presentes.

A *oitava* conferência, em boa parte inspirada no projeto do SUS apresentado pelo CEBES, construiu uma nova perspectiva no entendimento de saúde para muito além da simples relação de que saúde seria tratamento de doenças. Saúde como direito de cidadania e como dever do Estado, saúde como qualidade e defesa da vida, foram bases fundamentais que, dois anos depois, irão marcar o texto constitucional dedicado ao capítulo da saúde.



*Plenária final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986*

Reproduzimos a seguir um trecho do relatório final da conferência extraído do tópico “A Saúde como direito”:

“1) Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida;

“2) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas;

“3) Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis,

a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade;

“4) Esse direito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização no texto constitucional. Há simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população;

“5) Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: trabalho em condições dignas, (...); alimentação para todos, segundo as suas necessidades; (...);

“6) As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural;

“7) A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada;

“8) A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes

para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico. (...)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, 382-384).

A *oitava* conferência abordou temas gerais da saúde, tais como acessibilidade, participação social, financiamento, e apontou como proposta de desdobramento a realização de conferências temáticas, como saúde da criança, saúde do trabalhador, formação de recursos humanos para a saúde e saúde mental, dentre outros (FLEURY, 1989, 1997; PAIM, 2016).

Apesar da forte resistência do próprio Ministério da Saúde, que na ocasião defendia uma postura contrária aos ideais e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a I Conferência Nacional de Saúde Mental terminou sendo realizada um pouco mais de um ano após a *oitava*. Apesar de aceitar a proposta de realização da conferência o Ministério da Saúde tentou imprimir uma sistemática de congresso científico ao evento, e não de uma conferência popular com forte e decisiva participação da sociedade civil. Mas a conferência foi realizada a contento, embora tenha sido a única conferência que não realizada em Brasília, e sim no Rio de Janeiro, de 25 a 28 de junho de 1987. Pela sua especificidade e relevância política as Conferências Nacionais de Saúde Mental receberão uma atenção particular mais adiante.

Além da relevância do evento para a construção das políticas de saúde mental que estão contidas no relatório final (MS/DINSAM, 1988), com destaque para a orientação de que seja superado o modelo hospitalocêntrico, um aspecto muito importante foi o fato de que a conferência serviu de ponto de reencontro e rearticulação do MTSM que, por uma série de vicissitudes, estava passando por um período de pouco investimento político em nível nacional. O MTSM teve na apenas um papel de destaque na condução dos encaminhamentos e propostas políticas como também aproveitou a situação para organizar o seu segundo congresso nacional, uma vez que o primeiro havia ocorrido em

janeiro de 1979. Como proposta de desdobramento das ações do Movimento decidiu-se ainda pela organização de um II Congresso Nacional do MTSM (já que o primeiro Congresso havia sido realizado em janeiro de 1979, em São Paulo), que se desenvolveu em base a três eixos de discussão (AMARANTE 1978):

**1 - Por uma sociedade sem manicômios** - Significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura.

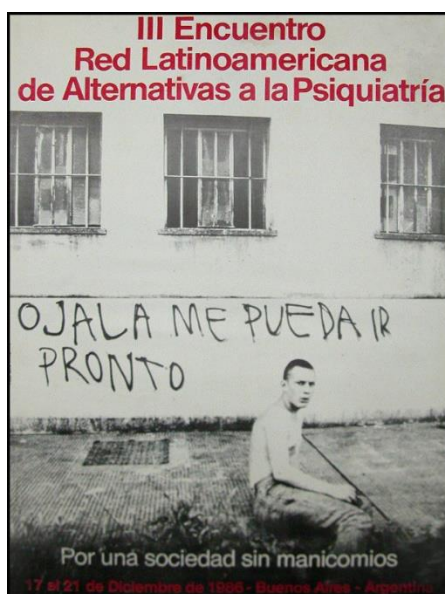
**2 - Organização dos Trabalhadores de Saúde Mental** - A relação com o Estado e com a condição de trabalhadores da rede pública. As questões do corporativismo e interdisciplinaridade, a questão do contingente não universitário, as alianças, táticas e estratégias.

**3 - Análise e Reflexão das nossas práticas concretas** - Uma instância crítica da discussão e avaliação. (A quem servimos e de que maneiras). A ruptura com o isolamento que caracteriza essas práticas, contextualizando-as e procurando avançar.

O II Congresso do MTSM em Bauru (a cidade foi escolhida pelo fato de ter como secretário de saúde o ex-presidente e fundador do CEBES, David Capistrano), foi realizado ainda em dezembro de 1987 e teve como resultado um crescimento vertiginoso do movimento, mas, sobretudo, uma transformação inovadora de suas estratégias e propósitos. Em primeiro lugar, por abandonar a denominação de movimento de trabalhadores e adotar a expressão movimento social. Em segundo lugar, por ultrapassar a barreira das transformações técnicas do campo e vislumbrar uma luta maior, de natureza mais social e política.

O lema *Por uma Sociedade Sem Manicômios*, extraído do III Encontro Latino-americano da Rede Internacional de Alternativas à

Psiquiatria que ocorreu em Buenos Aires, foi a mais forte expressão dessa nova estratégia e de uma ruptura epistemológica e política. Desta forma, o novo Movimento Social Por Uma Sociedade Sem Manicômios almeja não apenas transformações no campo da saúde mental, mas da sociedade em geral, uma sociedade sem manicômios, sem exclusão, sem violências, como desenhos, desejos e utopias que são consideradas como estratégias de luta.



*Cartaz do III Encuentro de la Red Latinoamericana, 17 a 21 de dezembro, Buenos Aires, 1987*

Uma decisão tomada em Bauru vai se tornar um dos pontos altos da Reforma Psiquiátrica brasileira daí em diante: a criação de um Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Originalmente inspirado na data da aprovação da Lei 180 (a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida como Lei Basaglia), o Dia Nacional da Luta Antimanicomial ficou definido como o dia 18 de maio (por simples conveniência e não mais o dia 13 do mesmo mês, que era a data da lei italiana). Já no ano seguinte, ou seja, 1988, em praticamente todas as capitais, e em várias cidades do país, foram organizadas atividades culturais e artísticas, políticas, legislativas e acadêmicas no Dia 18 de Maio, como



forma de provocar a sociedade a refletir sobre a questão psiquiátrica, as instituições asilares, a violência do diagnóstico, do estigma e da discriminação e assim por diante.



*Cartaz comemorativo do dia 18 de Maio, BH e Betim/MG, sd*

Em resumo, O Congresso de Bauru, propiciou rupturas fundamentais na Reforma Psiquiátrica brasileira. Uma delas relacionada à composição dos participantes, antes restrita a trabalhadores (ou profissionais) do campo da saúde mental, que a partir de então passa a contar com os pacientes (que passarão a ser denominados de usuários dos serviços), dos seus familiares e de outros ativistas ou militantes de movimentos sociais diversos que também lutavam por direitos, igualdades e liberdades e contra todas as formas de opressão e violência social. A outra ruptura, relacionada ao objetivo maior do movimento, cujo escopo passaria a ser a introdução de mudanças na sociedade na forma como pensar a loucura, o transtorno mental, a diversidade e a diferença.

## ***Manifesto de Bauru***

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II CONGRESSO NACIONAL demos um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão da violência institucionalizada, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso.

Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, a saúde, justiça, e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da organização dos TSM, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

- CONTRA A MERCANTILIZAÇÃO DA DOENÇA
- CONTRA UMA REFORMA SANITÁRIA PRIVATIZANTE E AUTORITÁRIA
- POR UMA REFORMA SANITÁRIA DEMOCRÁTICA E POPULAR
- PELA REFORMA AGRÁRIA E URBANA
- PELA ORGANIZAÇÃO LIVRE E INDEPENDENTE DOS TRABALHADORES

- PELO DIREITO À SINDICALIZAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS
- PELO DIA NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL EM 1988.

Documento aprovado na Plenária de Encerramento do II Congresso

Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental.

Bauru, 03 a 06 de dezembro de 1987.

***Final dos anos 80, da crítica institucional às práticas desinstitucionalizantes: o surgimento dos novos serviços de atenção psicossocial***

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, no mesmo ano em que se transforma em Movimento Social Por Uma Sociedade Sem Manicômios, operou um processo de inovação importante na medida em que, após anos dedicados mais à denúncia das práticas asilares e manicomiais, passa a desenvolver novas experiências assistenciais coerentes com suas críticas ao modelo então dominante. Isto se dá, inicialmente, com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em março de 1987, na cidade de São Paulo, a partir da secretaria estadual de saúde e, posteriormente com a ideia de “rede substitutiva” que foi originalmente implantada a cidade de Santos (SP), onde, além de outros equipamentos e dispositivos, mereceu destaque a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) (NAPS, 1989; 1990; 1991a; 1991b).

A partir de agora veremos as especificidades destes projetos.

***O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)***

O CAPS foi inaugurado em março de 1987, com o nome de CAPS Luíz Cerqueira (em homenagem ao professor Luiz da Rocha Cerqueira, alagoano pioneiro na questão da crítica ao modelo hospitalocêntrico, e

ex-coordenador de saúde mental dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro) (PITTA, 1994).

O CAPS foi criado num contexto que tinha como princípio a noção de “desinstitucionalização”, noção essa inspirada, por um lado, à ideia de desospitalização (influência do modelo americano de saúde mental comunitária), e por outro à ideia de ruptura paradigmática de superação do modelo biomédico (influência do movimento italiano de Psiquiatria Democrática) (BARROS, 1994; GOULART, 2007).

O projeto elaborado pela Coordenadoria Estadual de Saúde Mental de São Paulo, define a estrutura de seu funcionamento e a clientela prioritária a que se propõe a atender, descrevendo-a como aquela “socialmente invalidada”, com “formas diferentes e especiais de ser”, com “patologias de maior complexidade”, de “pessoas que tenham enveredado por um circuito de cronificação”, de “pessoas com graus variáveis de limitações sociais” e com “graves dificuldades de relacionamento e inserção social”. (CSM/SP, 1987, 01) Tratando-se de um documento de cunho administrativo, não cita explicitamente autores de referência, nem define um marco teórico específico. Ana Pitta, coordenadora de saúde mental do estado de São Paulo na época da implantação do primeiro CAPS, e posteriormente coordenadora nacional de saúde mental na virada dos anos 1990 para os anos 2000, foi entrevistada pelo Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil e sua entrevista na íntegra está disponível no *site* do projeto.

O CAPS é definido como uma “estrutura intermediária” entre o hospital e a comunidade, que oferece às pessoas “um espaço institucional que buscasse entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil”. Neste contexto, pensa-se, portanto, numa rede assistencial externa intermediária, não-cronificante e não-burocratizada, ligada à sociedade e à comunidade, quando é ressaltada a cronificação do hospital e a burocratização dos serviços externos. O CAPS corresponde, então, a um “filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária” (idem, 02), de cunho desburocratizante e de caráter

multiprofissional, formando uma “estrutura de continência multiprofissional que busque estimular múltiplos aspectos necessários ao exercício da vida em sociedade respeitando-se a singularidade dos sujeitos”. (idem, ibidem).

O serviço propõe um funcionamento de 8h/dia, 5 dias por semana, tendo como núcleo organizador a assistência, a reflexão sobre suas práticas e a transmissão de suas experiências a outros profissionais, trata-se de uma dinâmica docente-assistencial que pretende uma dupla instrumentalização: a dos profissionais que atuam neste campo, a fim de que possam lidar melhor com as “patologias de maior complexidade” (idem, 01), e a dos usuários, para a vida em sociedade. A assistência é definida como de atenção integral (no sentido psicossocial), personalizada, exercida através de “programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional” (idem, 02), dentro de um enfoque “multidisciplinar” e “pluri institucional”.

A “doença mental” (sic) deve ser pensada no campo da saúde coletiva, levando-se em conta os contextos micro e macrosocial, como a família, o trabalho e seu contexto histórico, tentando produzir uma reinterpretação de elementos culturais. O serviço deve buscar um “cuidado personalizado” a quem atende, através de um “tratamento de intensidade máxima”, funcionando como um núcleo de reflexão dos serviços, de sistematização de informações e experiências, gerando uma tecnologia capaz de ser transmitida aos profissionais de saúde mental, realizando investigações epidemiológicas, clínicas e institucionais na construção desta rede de serviços preferencialmente comunitária.

Para maior conhecimento da proposta existe o próprio projeto do serviço (SES/CSM/SP, 1987) e alguns textos de referência de profissionais que participaram da implantação do mesmo. O primeiro texto publicado sobre o CAPS Luiz Cerqueira, por nós localizado, é o de Silvio Yasui (YASUI, 1989) intitulado “CAPS: Aprendendo a perguntar”, publicado no volume I da coleção *SaúdeLoucura*, e os de Jairo Goldberg (GOLDBERG, 1989 e 1996), médico psiquiatra e psicanalista que foi seu primeiro diretor e os trabalhos de Ana Pitta, mentora do serviço (PITTA,

1994; 1996) dentre outros (MELMAN, 2001; CAPOCCI, 1997; GUERRA, 1997).

### ***O NAPS no contexto da Rede Substitutiva de Santos***

Com o princípio da descentralização estabelecido a partir do capítulo da Saúde na Constituição Cidadã, de 1988 (mesmo antes da promulgação da lei 8080/90 que regulamenta o SUS), o poder municipal passou a ser o responsável pelo conjunto de instituições e políticas de saúde no âmbito do município. Desta forma, em 03 de maio de 1989, ocorreu um dos mais importantes acontecimentos do processo de reforma psiquiátrica no Brasil: a intervenção realizada pela Prefeitura de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico privado conveniado ao SUS, a Clínica Anchieta. Esta clínica vinha sendo denunciada sistematicamente como espaço de violências contra pacientes internados, inclusive muitos óbitos.

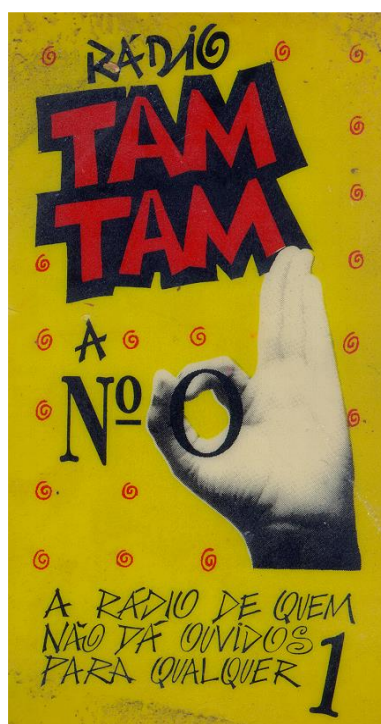
A partir desta intervenção duas opções do poder público municipal deram início a uma verdadeira revolução na questão do tratamento da loucura no país. A primeira foi a decisão de não reformar o hospital, isto é, de não seguir pelo caminho das reformas, de introduzir melhoramentos no hospital, como acontecia anteriormente em muitos casos semelhantes. Ao contrário, partiu-se do princípio que o hospital psiquiátrico, por sua natureza e função social, era uma instituição de violência e segregação, e que não passível de “humanização”.

Por outro lado, tendo como referência a experiência italiana liderada por Franco Basaglia, muito conhecida pelo Secretário Municipal de Saúde, David Capistrano, fundador e ex-presidente do CEBES, decidiu-se pela opção da desconstrução do modelo manicomial, entendida não apenas como o hospital psiquiátrico em si, mas como superação das referências conceituais e ideológicas produzidas no âmbito do saber psiquiátrico.

Desta forma, simultaneamente ao trabalho de desmontagem das estruturas manicomiais e do próprio encerramento das atividades de

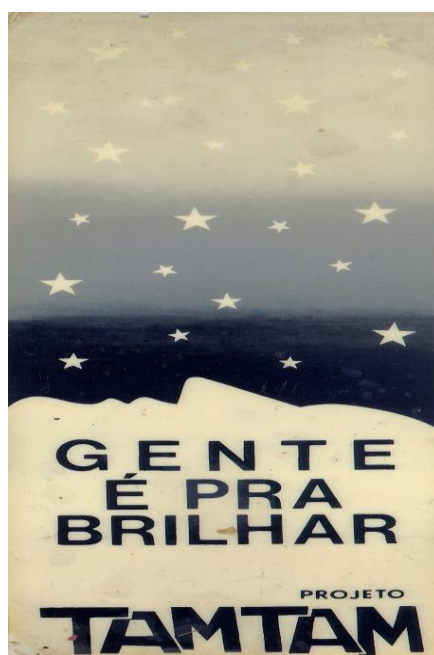
internação na Clínica Anchieta, teve início a construção de uma rede de serviços, estratégias e dispositivos - ainda inspirados na experiência italiana - que passaram a ser denominados de substitutivos.

Para se ter uma ideia da *rede substitutiva* construída em Santos, foram criados cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), abertos 24 horas, distribuídos por critérios de regionalização em toda a dimensão da cidade; um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral; um inovador projeto cultural, o Projeto TAM TAM, com rádio e TV Comunitária; uma residência para ex-internos do hospital, denominada de República Manequinho; uma cooperativa de trabalho, a Cooperativa Paratodos, para geração de renda para os usuários (NAPS, 1989; ROBORTELLA, 1991; NICÁCIO, 1994; AGUIAR, 1995; DAMY, 1996; SILVA, 1997; KINKER, 1997; REIS, 1998; BRAGA & MAIEROVITCH, orgs., 2000).



Cartaz da Rádio TAM TAM de Santos, 1990

Cumpra observar que a expressão usuário passou a ser adotada no âmbito das políticas públicas para se referir ao cidadão que era beneficiário das mesmas, e que no campo da saúde teve um valor político fundamental, especialmente no campo da saúde mental, porque viria a substituir as expressões “paciente” ou “doente” - consideradas negativas e pejorativas para as pessoas em sofrimento mental =embora no futuro viria a ser também questionada, como será abordado posteriormente.



*Cartaz do Projeto TAM TAM, Santos, 1990*

A experiência santista se tornou a mais importante do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, tendo uma enorme repercussão, e não apenas no circuito da saúde: toda a grande imprensa falada, escrita e televisiva, divulgou e debateu a experiência, dando à questão psiquiátrica uma dimensão pública até então nunca vista

Em grande parte, devido ao impacto da experiência de Santos, foi apresentado, em outubro do mesmo ano de 1989, um Projeto de Lei (PL 3.657) de autoria do Deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços de



saúde mental. Embora o projeto de lei tenha sido apresentado pelo deputado, o texto fora elaborado por um grupo de participantes do MTSM que, desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, vinha se debruçando sobre o mesmo.

### ***O projeto do NAPS no âmbito da proposta santista***

O primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), foi estabelecido no mesmo ano da intervenção na Clínica Anchieta, em setembro de 1989. Suas bases e princípios foram explicitados por intermédio de um documento denominado “NAPS: produzindo uma nova instituição”, da Secretaria de Higiene e Saúde de Santos (NAPS, 1989; SHS/SANTOS, 1990). Foi implantado na região da Zona Noroeste, e ficou conhecido como NAPS Noroeste.

O texto em questão fundamenta-se em determinados autores, a começar por Basaglia, do qual é tomada a noção de utopia para pensar a ação prática de transformar a realidade, entendendo que “abrir o manicômio não é apenas abrir as suas portas, mas ao abri-las, abrir as nossas cabeças para a realidade de vida dos pacientes” (Basaglia apud SHS/SANTOS, 1990, 02).

O NAPS tem como eixo “a desconstrução do manicômio”, produzindo um novo projeto de Saúde Mental que se constitua numa instituição que não segregue, não exclua e não cronifique. Considerando que o manicômio é um lugar de violência, sua desconstrução implica numa ética que permeia o trabalho. Este é um ponto chave no NAPS que visa superar a lógica da assistência em direção à lógica de produção de saúde: “A ética, enquanto o buscar realizar praticamente a utopia é seu maior impulso; utopia como ação prática de transformar a realidade (Basaglia) e a clareza de que a negação do manicômio como lugar de violência não se realiza no sonho das ideias”. (idem, ibidem)

A partir de Rotelli, outro autor referido no texto, entende-se que, contribuir com um processo de ação e reflexão para a transformação da

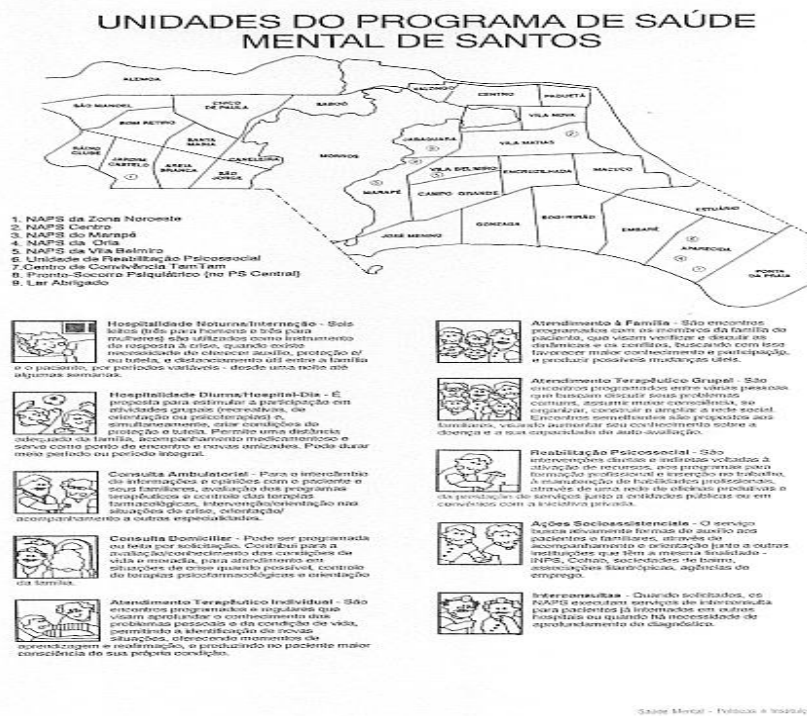
estrutura manicomial, possibilita uma nova e complexa realidade no campo da saúde mental: “(...) sair do manicômio (e esta saída não é aquela triunfal, romântica, mas um processo cotidiano, técnico, político, cultural, legislativo) abre um campo de possibilidades e como tal incerto, rico, contraditório, por vezes extremamente difícil, novo, e belo (...) A complexidade desta nova realidade implica instituições em movimento, (...) em ‘aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos da existência não reduzindo o sujeito à doença ou a comunicação ‘perturbada’, ou e apenas a pobre, ou autonomizando o corpo e ou o psíquico, mas reinscrevendo-o no corpo social’.” (idem, 02-03)

Algumas estratégias da estrutura e ação do NAPS são consideradas fundamentais para a realização de seus objetivos. A estratégia de regionalização, compreendida como o ponto de partida para a mudança de perspectiva, visando uma ação de transformação cultural, e não como uma divisão administrativa da cidade: “(...) ou seja, o trabalho na região, conhecer as necessidades, a demanda, o percurso da demanda psiquiátrica, conhecer e intervir nas organizações institucionais que tecem esta Região, no sentido do NAPS ser um ponto de referência, de possibilitar o real acesso ao serviço e do serviço às pessoas que implica superar a lógica da assistência como reparação do dano para a lógica de produção de saúde (...)” (idem, 03)

Outra estratégia consiste na abertura do debate aos cidadãos, no dialogar com a comunidade através das associações, sindicatos, igrejas, enfim, dos sujeitos coletivos. Este debate, “não mais compreendido como de domínio exclusivo dos técnicos”, deve abordar “(...) o significado social do manicômio e de uma instituição aberta (...), as diferentes formas de compreender a loucura, sobre a exclusão social, a questão da cidadania. Este é um trabalho constante (...) na prática concreta na região: são as visitas domiciliares, a conversa com a vizinhança quando alguém está em crise, o diálogo no local de trabalho (...)”. (idem 03-04)

Uma outra estratégia fundamental na ação do NAPS é a de ter um projeto terapêutico, que envolve o “cuidar de uma pessoa”, “fazer-se responsável”, “evitar o abandono”, “atender à crise” e “responsabilizar-se

pela demanda”, através de diferentes instrumentos técnicos: “O ‘cuidar de uma pessoa’, ou seja a construção do projeto terapêutico implica a existência daquele sujeito para além da remissão do sintoma, reparação do dano ou o olhar para a doença. (...) Este projeto coloca em ação os diferentes instrumentos técnicos de conhecimento: a medicação, o estar junto, os grupos, a reunião de familiares, o atendimento individual, o atendimento familiar, a assembleia, o grupo de mulheres, os núcleos de trabalho, o passeio na cidade e na praia, a visita domiciliar”. (idem, 04)



Fluxograma do Programa de Saúde Mental de Santos, 1994

O projeto terapêutico requer um responsabilizar-se pela demanda, que tem dois pontos fundamentais. Primeiro, a não-separação entre prevenção/tratamento/reabilitação. Segundo, o atendimento à crise, que não se limita ao atendimento das emergências que chegam ao Pronto-Socorro, mas também no NAPS e nas casas. Em síntese, “(...) a presença

e intervenção ativas do serviço em diferentes momentos e situações numa ação de transformação cultural” (idem, ibidem).

É a partir destes princípios que o NAPS pretende tornar-se ainda um serviço envolvido na criação de uma rede substitutiva à internação: “Esta compreensão e a real possibilidade do atendimento à crise é fundamental para as instituições que se pretendem ser substitutivas ao manicômio”. (idem, 05-06)

É principalmente com fundamento nesta estratégia que a proposta do NAPS é de funcionamento integral, isto é, de funcionamento de 24 horas, 07 dias na semana, com um conjunto de recursos que incluem a oferta de seis leitos.

A transformação da equipe (assim como o conceito de equipe) é outra estratégia importante: “A equipe é aqui compreendida como o trabalhar junto, como o espaço coletivo de ação e reflexão das práticas profissionais, do confronto, das ‘crises’ e do pensar e repensar o próprio serviço. (...) A transformação do papel do técnico, as crises geradas na construção de um serviço aberto, o se perceber sem as conhecidas grades, chaves e muros na relação com a loucura, são alguns dos temas nas reuniões diárias da equipe. (...) além dos prontuários de cada paciente, escreve-se no ‘livrão’, de forma a ter informações mais imediatas, registro do que é necessário ser feito, do que está sendo realizado, uma comunicação informal; as reuniões e o livrão são a base da organização do trabalho. (...) ‘Talvez a frase que mais expresse todo esse processo seja a de Rotelli, dos profissionais que ‘aprendem a aprender’; e fundamentalmente que as relações de poder e de saber possam ser colocadas em discussão (...) (idem, 06).

Antonio Gramsci é o outro autor referido no texto, do qual a premissa contra o pessimismo da razão o otimismo da prática, serve de inspiração para a proposta de dois eixos fundamentais de discussão: “- a construção de uma política de saúde mental a partir de experiências locais e de transformação do interior das estruturas institucionais em particular o manicômio; e ainda para o princípio para que se possa

construir “estruturas externas que busquem ser totalmente substitutivas à internação”. (idem, 08-09)

### ***Encerrando a década de 1980: a importância do Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica e o Movimento Social Por Uma Sociedade sem Manicômios***

Apesar de ser sido prontamente aprovado na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei apresentado pelo Deputado mineiro Paulo Delgado sob o número PL 3.657/89 (DELGADO, 1989), o mesmo ficou em tramitação por doze anos. O debate em torno da provação ou não do projeto intensificou as manifestações favoráveis ou contrárias de uma forma bastante polarizada. Foram criadas associações de familiares contrários ao projeto, a exemplo da Associação dos Familiares dos Doentes Mentais (AFDM), apoiada e financiada pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), entidade patronal dos proprietários de hospitais psiquiátricos.

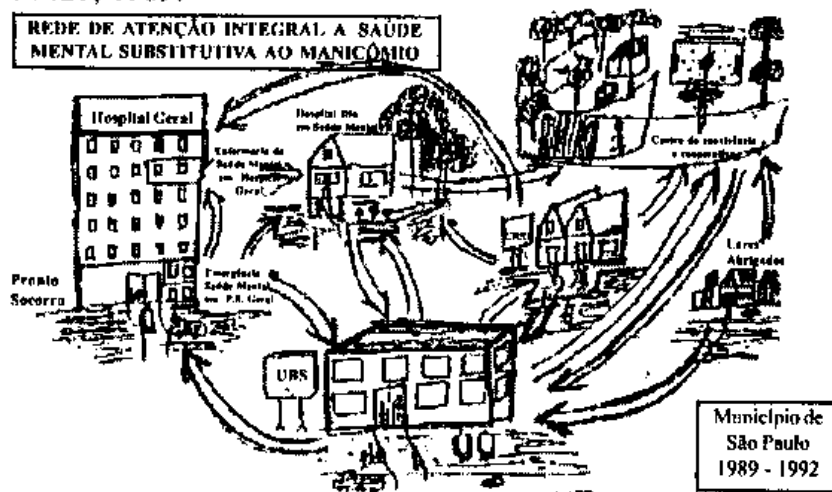
Embora tenha sido rejeitado no Senado, com o número 08/91 (ANEXO 03), em sua redação original, deu origem a um substitutivo que, apesar de omitir algumas das propostas mais importantes do projeto, como a extinção progressiva dos manicômios, possibilitou muitas inovações no campo do modelo assistencial e dos direitos humanos e da cidadania das pessoas em sofrimento mental. O substitutivo foi aprovado em 27 de março de 2001 e sancionado pelo Presidente da República em 06 de abril do mesmo ano, como Lei 10.216/01 (ANEXO 04), que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, cuja aprovação se torna um dos mais significativos acontecimentos no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

## ***A rede de atenção integral à saúde mental substitutiva ao manicômio no Município de São Paulo na virada dos anos 1980 para os 1990***

Uma outra experiência, muito rica e inovadora, mas que teve pouca repercussão na política nacional, possivelmente por decorrência de questões de ordem político-partidária, foi aquela implantada nos anos 1989-1992 na cidade de São Paulo, na primeira gestão do PT no município, tendo como prefeita Luiza Erundina. Ali foi criada um modelo autodenominado de “Rede de Atenção Integral à Saúde Mental Substitutiva ao Manicômio”, cujas bases eram os serviços de atenção básica, os hospitais-dia, as enfermarias no hospital geral, um trabalho especializado nos prontos socorros e, muito especialmente, e talvez aqui esteja a mais importante contribuição, os Centros de Convivência e Cooperativa Social (CECCOS) (LOPES, 1992; VIEIRA, et al, 1999; MALUF, 1999). A rede passou a oferecer programas de atenção psicossocial e inclusão, realizados em praças e jardins públicos, bastante originais e inventivos, além de cooperativas de trabalho para usuários e uma série de outras estratégias e serviços. Sobre esse trabalho realizado em São Paulo, existe algumas fontes preciosas. Uma é o livro *Tecendo a Rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996*, organizado por Maria Cláudia Tedeschi Vieira, Maria Cristina Gonçalves Vicentin e Maria Inês Assumpção Fernandes, outra é o capítulo de Antônio Carlos Cesarino no número que inaugurou a Coleção *SaúdeLoucura* idealizada por Antonio Lancetti (CESARINO, 1989) e, ainda, a dissertação de mestrado de Ianni Scarcelli (SCARCELLI, 1998) sobre o Movimento Antimanicomial e a rede substitutiva no município de São Paulo.

Os CECCOS contribuíram sobremaneira no sentido de produção de estratégias desmedicalizantes, artístico-culturais, alternativas no lidar com o sofrimento psíquico e, somente em 2011, serão reconhecidos pelos gestores em nível nacional e farão parte da relação de serviços e dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS, 2011).

Figura 1: Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental - PMSP, 1989.



Rede de Saúde Mental do Município de São Paulo, 1989-1992

### **Anos 90 – A Declaração de Caracas e a Reforma Psiquiátrica na Região Latino-americana**

A repercussão, não apenas nacional, mas internacional, da experiência de Santos, e, mais ainda, do Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica apresentado em decorrência da primeira, chamou a atenção dos organismos internacionais para a questão das instituições psiquiátricas. Desta forma, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) convocou uma reunião internacional na Venezuela que se tornou um marco de referência para a Reforma Psiquiátrica.

Intitulada “Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região”, foi realizada em Caracas, em novembro de 1990, com o patrocínio da Organização Mundial de Saúde (OMS), e com a participação dos Ministros da Saúde, Seguridade Social e Justiça, Parlaentos e outras forças políticas de vários países da América Latina e Europa. A "Declaração de Caracas" (OPAS, 1992, ANEXO 05), como ficou conhecida, e da qual o Brasil se tornou um dos signatários também,

tem forte motivação a partir da experiência brasileira, mas se refere à questão psiquiátrica de forma tímida e conservadora, falando em reestruturação da assistência psiquiátrica num momento e que no Brasil, se falasse em superação do paradigma psiquiátrico e do modelo manicomial.

De qualquer modo, a Declaração de Caracas se tornou uma forte referência a impulsionar a Reforma Psiquiátrica no Brasil, mas não nos demais países da região, que apenas mais recentemente (Argentina em 2010 e Uruguai e 2017), promulgaram leis de reformas psiquiátricas renovadoras.

### ***A expansão da noção e do significado de redes e dos serviços de atenção psicossocial***

O surgimento do CAPS em São Paulo e dos NAPS em Santos, além de alguns outros serviços também inovadores e importantes, mas que ficaram menos conhecidos, ou reconhecidos - a exemplo dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) em Minas Gerais (SOALHEIRO, 1997; ANAYA, 2004), deflagrou um processo de normatização e regulamentação dos mesmos por parte do Ministério da Saúde através das portarias 189/91 (SAS/MS, 1991) e 224/92 (SAS/MS, 1992).

A Portaria 189 introduziu os códigos de NAPS/CAPS na Tabela SAI/SUS, para o pagamento de diárias. Um código para um serviço de um turno e outro para serviço de dois turnos. Já a Portaria 224 regulamentou e definiu os NAPS/CAPS (assim mesmo, nesta ordem e separados por uma barra) como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e *que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar*, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional”, e que “podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade



local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental”. E ainda: “São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00 h, segundo definições do Órgão Gestor Local. Devem contar com leitos para repouso eventual”.

As portarias 189/91 e 224/92 abriram a possibilidade de uma grande expansão destes serviços, até então praticamente inexistentes, mas produziram, em contrapartida, uma padronização das experiências inovadoras, ricas e pioneiras, porém distintas. Nestas portarias os serviços do tipo CAPS e do tipo NAPS que, como vimos são bastantes diferentes, passaram a ser considerados uma mesma proposta, o que propiciou uma proliferação dos mesmos, mas com prejuízos importantes para a multiplicidade e pluralidade necessárias aos dispositivos inovadores.

Por outro lado, as portarias adotaram o que poderiam ser considerados os “nomes próprios” de ambas as instituições (CAPS e NAPS), criadas de acordo com determinadas condições de possibilidades históricas, conjunturais, etc. tornaram-se modelos ou modalidades de serviços, e até mesmo modelos idênticos, perdendo-se a pluralidade das questões por elas introduzidas.

Uma das questões importantes estaria no fato de que, embora estivesse previsto o funcionamento por 24 horas, a definição era a de um serviço intermediário entre a o regime ambulatorial e a internação hospitalar, não sendo utilizado o conceito de serviço substitutivo introduzido pelo Núcleo de Atenção Psicossocial de Santos.

Os documentos por nós analisados desenham serviços distintos que surgiram da crítica prático-teórica ao tratamento psiquiátrico convencional, não correspondendo a qualquer tipo de prática em saúde mental, a princípio, até então desenvolvida no Brasil. A presente preocupação com este tipo de análise se deve à grande importância

desses serviços no contexto das transformações ocorridas na área, que buscam construir, não uma modernização ou humanização do modelo anterior, mas uma superação efetiva do mesmo. Estes têm sido, ao menos, os princípios explícitos do amplo e plural movimento no campo denominado de antimanicomial ou de Reforma Psiquiátrica.

Como desafios aos novos serviços de atenção psicossocial apresentavam-se possibilidades de rupturas fundamentais, ou seja, rupturas operadas com:

- o método epistêmico da psiquiatria, centrado nas ciências naturais;
- o conceito de doença mental, enquanto erro, desrazão, periculosidade;
- o princípio da instituição asilar como recurso terapêutico (o princípio pineliano do isolamento terapêutico), ainda hoje muito presente em velhas e “novas” instituições e serviços;
- os princípios do tratamento moral, atualmente presentes nas bases das terapêuticas normalizadoras.

### ***Avanços, inovações e problemas na Reforma Psiquiátrica – Os anos 2000 em diante***

Como tem sido possível observar pelos dados aqui apresentados, desde os anos 80 passou a existir um período de grande fertilidade e expansão no processo de Reforma Psiquiátrica. Novos serviços e dispositivos assistenciais e de cuidado, novos dispositivos e estratégias sociais, de trabalho e de geração de renda, novos projetos e iniciativas artístico-culturais, regulações administrativas, portaria, leis estaduais, novos movimentos sociais e associações, encontros, conferências... Um cenário potente e rico de vida e transformação social no campo da saúde mental!

Desta forma, muitas iniciativas passaram a ocorrer, desenhando e construindo um conjunto de novas possibilidades para as pessoas com

diagnósticos psiquiátricos que, anteriormente, tinham como destino exclusivamente a internação, geralmente longa, em hospitais psiquiátricos. Em 2000, por exemplo, foi promulgada a Portaria 106 (BRASIL/MS, 2000), que criou e regulamentou as residências para ex-moradores de hospitais psiquiátricos, logo regulamentada pela Portaria 1.220 do mesmo ano. Nasceu como um programa específico para a viabilização de residências para internos há mais de 2 anos em hospitais psiquiátricos.

A portaria, apesar de denominar tais residências de *Serviços Residenciais Terapêuticos* (SRT), propiciou a alta de milhares de pessoas que viviam em hospitais psiquiátricos devido a vários motivos: ou não tinham mais famílias, ou estas não eram localizadas, ou não aceitavam o seu retorno, e outras situações. A crítica à denominação oficial decorre do fato de que, por ser identificada como “serviço”, induziu muitos destes dispositivos a serem conduzidos como instituições no sentido mais rigoroso do termo; da mesma forma que a adjetivação de “terapêuticos” induziu a uma concepção de tecnologias de cuidado ao invés de serem reforçados como espaços de moradia. Um importante trabalho de reflexão crítica sobre as “moradias como parte das políticas de saúde mental” foi produzido por Scarcelli (SCARCELLI, 2011).

O ano de 2001 comportou vários acontecimentos importantes para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Um, mais no início do ano, foi a aprovação da Lei 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica, outro a realização do V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (em Miguel Pereira/RJ) em que houve uma divisão do Movimento da Luta Antimanicomial que não mais seria superada. A partir de então o movimento teria uma linha com a denominação original (MNLA) e outra como Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) (VASCONCELOS, 2008).

O ano de 2001 ficou marcado também pelo lançamento do longa metragem “Bicho de 7 cabeças”, da diretora Laís Bodansky, estrelado por Rodrigo Santoro, cujo roteiro foi inspirado no livro “Canto dos Malditos”, de Austregésilo Carrano Bueno (BUENO, 2000). Carrano, como era

conhecido, foi um dos mais importantes participantes da Luta Antimanicomial desde sua alta no manicômio em Curitiba até seu falecimento em 2008. Comparecia em todos os eventos onde participava vigorosamente e vendia, ele mesmo, seu livro-diário, e aproveitava para conversar com cada um dos leitores e interessados pelo tema. Proibido de vender o livro por causa de uma decisão judicial, ficou amargurado e ressentido até sua morte. Acorrentou-se e amodarcou-se em protesto, em frente ao Fórum de Curitiba (foto).



Austregésilo Carrano Bueno protesta em frente ao Fórum de Curitiba

O Edital “Loucos pela Diversidade” (MinC/Fiocruz/CEF, 2009) levou o seu nome: Prêmio Loucos pela Diversidade Austregésilo Carrano. O filme passou a ser um dos premiados da história do cinema brasileiro e, fazendo referência explícita ao movimento antimanicomial, e se tornou um dos mais preciosos instrumentos para disparar debates sobre as instituições psiquiátricas com a sociedade.



*Cartaz de divulgação do filme Bicho de 7 cabeças*

E o último evento do ano 2001 foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que já foi abordada anteriormente, e que entrou para a história como um dos mais importantes acontecimentos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Embora a Lei da Reforma Psiquiátrica tenha ficado cerca de doze anos em tramitação, o debate em torno da mesma propiciou um vigoroso crescimento da participação social, mesmo quando contrária, mas em geral muito favorável, como demonstram os dados relacionados ao grande número de leis estaduais ou municipais que foram promulgadas durante estes anos. Algumas leis estaduais aprovadas podem servir de exemplo:

Rio Grande do Sul – Lei 9.716 de 7 de agosto de 1992

Ceará – Lei 12.151 de 29 de julho de 1993

Pernambuco – Lei 11.065 de 16 de maio de 1994

Rio Grande do Norte – Lei 6.758 de 4 de janeiro de 1995

Minas Gerais – Lei 11.802 de 18 de janeiro de 1995

Paraná – Lei 11.189 de 9 de novembro de 1995

Distrito Federal – Lei 975 de 12 de dezembro de 1995

Espírito Santo – Lei 5.267 de 10 de setembro de 1996

Logo após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com as contribuições e os debates a partir da mesma, e com a Lei 10.216/01 sancionada, a legislação sobre os serviços de atenção psicossocial sofreu importantes mudanças. Inicialmente, uma medida muito importante, que foi a promulgação da Portaria 251/GM, em 31 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002b), que estabeleceu diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, com proposta e metodologia de reclassificação dos hospitais psiquiátricos, definindo a estrutura e a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Esta medida regulamentou a internação psiquiátrica e diminuiu consideravelmente o número de internações. A partir desta portaria foi estabelecido o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria, que passou a implantar um processo de avaliação periódica tanto nos hospitais psiquiátricos públicos quanto nos privados conveniados ao SUS.

Em 2003 uma importante medida para a desinstitucionalização ocorreu com a promulgação do Programa de *Volta Pra Casa* que passou a conceder um subsídio (espécie de bolsa auxílio-reabilitação), que foi instituído pela Portaria 10.708 de 2003. Estas iniciativas foram responsáveis não apenas pela saída de milhares de pessoas das instituições asilares, mas contribuíram enormemente para que as mesmas pudessem reconstruir suas vidas. Foram inúmeros os casos de pessoas que reencontraram famílias (as bolsas contribuíram para que as famílias aceitassem os familiares egressos dos hospitais em casa),

peças que encontraram emprego, se casaram, e muitas outras possibilidades de vida.

Alguns milhares de leitos hospitalares psiquiátricos foram fechados, se bem que muitos deles não mereciam ser chamados de espaços de saúde. E a partir daí outros mecanismos passaram a ser adotados nos anos seguintes, com destaque para a Portaria GM/MS 52/04 (BRASIL/MS, 2004), instituindo o “Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS 2004”, que promoveu uma redução expressiva de mais leitos psiquiátricos, especialmente nos hospitais de grande porte, nos quais a assistência era mais precária.

Por outro lado, no que diz respeito à instalação de uma rede substitutiva, que evidentemente, deveria acompanhar as ações de fechamento de leitos do velho e ineficaz modelo asilar manicomial, com a Portaria 336/02 instalou-se uma nova classificação e regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

De acordo com a portaria os CAPS passaram a ser assim identificados e destinados:

*Tipos e modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*

TIPO	POPULAÇÃO (habitantes)	FUNCIONAMENTO (horas)	DIAS DA SEMANA	CLIENTELA
CAPS I	20.000 a 70.000	08:00 as 18:00	Segunda à sexta	Adultos
CAPS II	70.000 a 200.000	08:00 as 18:00 (pode ter um 3º período até 21:00)	Segunda à sexta	Adultos
CAPS II i	ACIMA DE 200.000	08:00 as 18:00 (pode ter um 3º período até 21:00)	Segunda à sexta	Crianças e adolescentes
CAPS II ad	ACIMA DE 100.000	08:00 as 18:00 (pode ter um 3º período até 21:00)	Segunda à sexta	Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas

CAPS III	ACIMA DE 200.000	24 horas	Diariamente, inclusive nos feriados e finais de semana	Adultos
----------	------------------	----------	--	---------

Fonte: BRASIL, 2002a

A portaria 336 estimulou a ampliação de Centros de Atenção Psicossocial em todo o país. Sem dúvida a quantidade destes serviços foi objeto de um crescimento vertiginoso, mas é necessário ressaltar alguns aspectos sobre suas consequências. Uma observação diz respeito ao fato da portaria 336 ter abandonado as contribuições propostas pela experiência do NAPS ou qualquer referência ao mesmo, na medida em que este significava uma iniciativa de cuidado muito singular, original e inovadora, tanto por sua atuação de base territorial, quanto por sua disponibilidade de 24 horas de atenção intensiva a situações de crise. Um outro aspecto estava relacionado as consequências da forma de financiamento por produtividade dos CAPS no modelo assistencial (GUERRA, 1997; FREIRE, AMARANTE & UGÁ, 2005). Por um lado, os municípios passaram a receber recursos extraordinários do Fundo Nacional de Saúde, o que estimulou a expansão dos CAPS, embora ocorresse que, em muitos deles a formação de profissionais era precária, além da existência de outros aspectos organizacionais. Por outro lado, os CAPS passaram a receber um valor correspondente aos procedimentos realizados, ou seja, pela quantidade de atendimentos. Em decorrência do estímulo dado por esta portaria, já em 2006 existiam mais de 800 CAPS. Mas o aumento e o modelo adotado produziam novas questões relacionados à qualidade dos serviços prestados, às diretrizes produtivistas, a perda do referencial *substitutivo* dos serviços de atenção psicossocial. Outra observação importante diz respeito ao fato da portaria 336 ter criado critérios rígidos de admissão dos usuários nos CAPS, classificando-os em “intensivos”, “semi-intensivos” e “não-intensivos” e de, apesar de considerar que “um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo”, ter associado à necessidade de definição diagnóstica para a aceitação do



usuário, o que trouxe consequências negativas e estigmatizantes no sentido do que se entende por patologização e medicalização da vida.

PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

“Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

“§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante”.

### ***Um novo marco político: a RAPS***

Uma outra conformação importante da política nacional de saúde mental foi dada com a promulgação do que ficou conhecido como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011, sendo republicada em 21 de maio de 2013, que, em decorrência do decreto presidencial 7.508/2011 (BRASIL, 2011a; 2011b).

Os objetivos explicitados da RAPS são os de:

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade;

- Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A RAPS é composta de vários serviços e dispositivos assim descritos e propostos:

- Atenção Primária em Saúde: Unidade Básica de Saúde (UBS), NASF, Consultório na Rua, apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura;
- Atenção Psicossocial Estratégica: CAPS nas modalidades I, II, III, álcool e outras drogas, infanto-juvenil e álcool e outras drogas III;
- Atenção de Urgência e Emergência: Serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência e emergência e UBS;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento adulto (UAa) ou infantil (Uai), Serviço de Atenção em Regime Residencial (entre os quais CT);
- Atenção hospitalar: enfermaria especializada em hospital geral e serviço hospitalar de referência em saúde mental;
- Estratégias de desinstitucionalização: SRT e Programa de Volta para Casa. Estratégias de reabilitação psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativismo social.

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde;</li> <li>• Núcleo de Apoio a Saúde da Família;</li> <li>• Consultório na Rua;</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura.</li> </ul>
Atenção Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.</li> </ul>
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192;</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>• Leitos de saúde mental em Hospital Geral.</li> </ul>
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos;</li> <li>• Programa de Volta para Casa;</li> <li>• Programa de Desinstitucionalização.</li> </ul>
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;</li> <li>• Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares.</li> </ul>

Atividades da RAPS. Fonte: Portaria 3.088/2011

### Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

- Atenção Básica em Saúde
- Atenção Psicossocial Estratégica
- Atenção de Urgência e Emergência
- Atenção Residencial de Caráter Transitório
- Atenção Hospitalar
- Estratégias de Desinstitucionalização
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial

**O que é a Rede de Atenção Psicossocial**

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os eixos nucleares do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura; as Unidades de Acolhimento (UA), e os locais de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

As informações completas para adesão à Rede estão na Portaria do GM Nº 3.088.

RAPS: é no município que ela acontece!

## Prospecto do Ministério da Saúde sobre a RAPS (frente)

**A RAPS está presente**

**Na Atenção Básica**

- Unidade Básica de Saúde;
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
- Consultório de Rua;
- Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Centros de Convivência e Cultura.

**Atenção Psicossocial Estratégica**

- Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades;

**Atenção de Urgência e Emergência**

- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.

**Atenção Residencial de Caráter Transitório**

- Unidades de Acolhimento;
- Serviço de Atenção em Regime Residencial.

**Atenção Hospitalar**

- Enfermaria especializada em hospital geral;
- 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.

**Estratégia de Desinstitucionalização**

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Programa de Volta para Casa (PVC).

**Estratégias de Reabilitação Psicossocial**

- Iniciativas de Gestão de Trabalho e Renda;
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

**Para formalizar**

Para que cada ponto de atenção/serviço seja habilitado e receba financiamento junto ao Ministério da Saúde basta seguir os passos instituídos nas portarias correspondentes e cada um deles.

Quem faz o financiamento?  
Ministério da Saúde / Fundo Nacional de Saúde

Quem pode receber?  
Estados, Municípios e Distrito Federal

Asses todas as portarias referentes à RAPS em:  
[www.saude.gov.br/psdemental](http://www.saude.gov.br/psdemental)

Para mais informações  
<[www.saude.gov.br/saudemental](http://www.saude.gov.br/saudemental)>  
Telefone: (61) 3315-9344  
E-mail: [saudemental@saude.gov.br](mailto:saudemental@saude.gov.br)  
[/saudemental](https://www.facebook.com/saudemental)

## Prospecto do Ministério da Saúde sobre a RAPS (verso)

### **Saúde Mental na Atenção Básica: a desinstitucionalização radical?**

Dada a especificidade e importância do tema das ações de saúde mental no âmbito da atenção básica, especifica-se aqui um pouco mais detalhadamente alguns dos aspectos desta dimensão, que são um desafio, sem dúvida para o processo de desinstitucionalização.

#### *Componentes da Atenção Básica em Saúde (UBS)*

Unidade Básica de Saúde – UBS

Unidade de Saúde da Família – USF

Unidade de Saúde da Família Rural/Ribeirinha – USF Rural/Ribeirinha

Unidade Básica de Saúde Fluvial – UBSF

Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF

Consultório na Rua - CnaR

Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de  
Caráter Transitório

Centros de Convivência e Cultura

A preocupação com a questão da saúde mental no âmbito da atenção básica, ou Atenção Primária, como denominado pela OMS, surgiu de forma um tanto tardia no processo de Reforma Psiquiátrica. Esta preocupação era tratada a partir dos modelos de “saúde comunitária”, ou “medicina simplificada”, ou mesmo de “atenção primária” como proposto pela OMS a partir da Declaração de Alma-Ata (1978). Na década de 1970 existiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde Mental (PISAM), que foi uma iniciativa de integração das ações de saúde mental na Atenção Primária. Foi muito bem estudado e avaliado na dissertação de Silvério Tundis (TUNDIS, 1985), que se tornou uma referência obrigatória sobre o tema. Os resultados, no entanto, foram paradoxais, pois implicou num processo de visível patologização e medicalização das populações atendidas (MARIZ & AMARANTE, 1984; SANTANA; CONCEIÇÃO & AMARANTE, 2016).

No entanto, no espírito crítico e inovador proposto pela Reforma Psiquiátrica, o tema só apareceu a partir da abordagem do GT de Saúde Mental da Abrasco. Esta antecipou uma série de medidas promulgadas pelo Ministério da Saúde a partir de março de 2003, com medidas e princípios para a articulação entre as ações de saúde mental e as ações da Atenção Primária<sup>1</sup> (BRASIL/MS/DAB, 2012a, 2012b; HIRDES & SILVA, 2014; ARANTES, 2016).

A atenção as questões de saúde mental no âmbito da atenção primária passaram a merecer um destaque especial na medida em que poderiam significar uma possibilidade de desinstitucionalização, de estratégia de desmedicalização e despatologização. Desta forma se

---

<sup>1</sup> A expressão *Atenção Primária à Saúde* é adotada pela OMS mas, neste trabalho, utilizamos também *Atenção Básica*, por seu significado e relevância histórica na política brasileira. .

tornaram muito importantes as propostas de organização do cuidado num nível primário (no sentido da atenção básica, fundamental), mas com qualidade e resolutividade.

O primeiro passo foi dado com a criação em 1991 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que são pessoas que residem na própria comunidade onde trabalham e que se tornam mediadores dos problemas de saúde da região e a organização dos serviços e recursos para atendê-los (BRASIL, 1991). Cumprem um importante trabalho de base territorial, visitando as residências, falando com as pessoas, entendendo e identificando os problemas de saúde da comunidade. Como conhecem os moradores e o território, têm maior possibilidade de identificar os problemas e de contribuir para resolvê-los. No caso específico dos problemas relacionados ao campo da saúde mental, são fundamentais no sentido de localizar e cuidar das pessoas com questões ligadas ao abuso de substâncias, de depressão e outros conflitos e sofrimentos. São também fundamentais no sentido de identificar e contribuir para o cuidado de pessoas que, por uma série de aspectos, são mais vulneráveis e não podem ir à consulta. Em outro sentido, funcionam como uma espécie de “tradutores” para um melhor relacionamento entre as pessoas do território e as pessoas da equipe de saúde, num diálogo que, muitas das vezes, é debilitado por questões de estilos de narrativas e códigos linguísticos e culturais distintos. O PACS passou a fazer parte do Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), mas sua origem remonta a proposta dos visitantes domiciliares criados no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que, desde 1976, passou a contratar auxiliares que morassem no território onde as ações fossem desenvolvidas. A partir de 1979 o PIASS foi transformado em uma política de âmbito nacional.

A partir do Pacto pela Saúde, no início dos anos 2000, e com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, assim como a revisão de 2011, observa-se a inclusão das pautas da Saúde Mental Atenção Psicossocial na agenda da AB/APS, bem como da

efetivação da Estratégia Saúde da Família como principal dispositivo de implementação para a cobertura sanitária pelos territórios brasileiros, almejando a efetivação dos princípios constitucionais do SUS, a saber, o acesso equânime, universal e integral, além dos organizativos de regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular (BRASIL, 2012).

No tocante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída por meio da Portaria n° 3088 de 23 de dezembro de 2011, acompanhamos o compromisso de inserção aos cuidados e ações em saúde mental e atenção psicossocial junto a APS/AB, na medida em que a portaria indica uma ampliação das ações entre os serviços substitutivos de atenção psicossocial (operacionalizadas a partir da Lei N° 10.216 de 06 de abril de 2001) junto aos processos de cuidado e trabalho em saúde territorial organizado pelas equipes de AB/APS (BRASIL, 2012).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são constituídas por equipes multiprofissionais que são responsáveis por uma série de procedimentos de saúde na comunidade, e por isso são consideradas como a principal porta de entrada ao SUS. No caso da RAPS as UBS buscam desenvolver ações de cuidado em saúde mental, tais como acompanhamento clínico dos usuários, orientações aos mesmos e seus familiares, ou outras de apoio em situações diversas (terceira idade, obesidade, hipertensão, etc).

A Unidade de Saúde da Família é uma das bases do SUS. Podendo ter em sua composição um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) e, em alguns casos, acrescidos de equipe de saúde bucal (SB) com um cirurgião dentista e um técnico/auxiliar de saúde bucal. Nesse escopo formam um importante núcleo de cuidado generalista e regionalizado à comunidade.

A USF deve estar articulada à rede de serviços de maneira a favorecer a inserção do paciente a outros serviços, tanto de saúde quanto de assistência social, educação, entre outros. Esta unidade trabalha a partir de seu território de abrangência definido e se responsabiliza pelo

cadastro e acompanhamento dessa população. São objetivos da USF: conhecer profundamente as características sociais, demográficas e epidemiológicas da comunidade; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais está exposta; elaborar, com a participação da própria comunidade, um plano local para enfrentar a determinação social do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, ou seja, a operar a longitudinalidade e coordenação do cuidado; desenvolver ações educativas e intersetoriais.

Com o crescimento das equipes da ESF e a constatação da dificuldade explicitada pelos profissionais da mesma de saberem lidar com as demandas em saúde mental e atenção psicossocial, em 2008, por meio da portaria 154, foi criado um novo dispositivo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). De acordo com as especificidades e necessidades territoriais, acompanhamos sua implementação que pode ser composta por uma gama de profissionais de caráter especialista (como por exemplo, assistentes sociais, psicólogos, profissionais de educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, psiquiatra, ginecologista, sanitarista e pediatra). Ao NASF, caberia a função de operar o apoio matricial entre as equipes de saúde de família e saúde bucal a partir das demandas populacionais atendidas.

Em outras palavras, o NASF nasceu da necessidade dos profissionais da atenção básica terem uma forma consistente e permanente de suporte especializado em determinadas áreas da saúde. Um exemplo claro é o da saúde mental, pois muitos profissionais, dentre eles médicos, enfermeiros, agentes comunitários da ESF e da UBS, além das equipes de SB, não se sentiram suficientemente preparados para atender a problemas relacionados ao campo da saúde mental e dos transtornos psiquiátricos (PINTO, 2007).

Desta forma, o NASF foi constituído para ser responsável por apoiar



as equipes de atenção básica, atuando diretamente no que se denomina de Apoio Matricial, e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s), incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento psíquico (FIGUEIREDO & CAMPOS, 2009). Ações como discussão de casos, interconsulta, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), educação permanente e atuação no território, fazem parte da rotina dos profissionais a partir das UBS, ou de diversos outros serviços.

O NASF não se constitui como serviço em unidade física independente. É composto por equipes que têm por intuito o apoio à Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, sendo constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada. A composição de profissionais dos NASF's e o número de equipes as quais estes estão vinculados dependem da população do município. A equipe de profissionais deve ter formação específica em saúde mental para poder dar supervisão, consultoria, formação, enfim, “apoio matricial”, como passou a ser designada esta gama de possibilidades oferecidas aos profissionais da equipe da saúde da família, de forma a instrumentalizá-los a atender com maior segurança e habilidade os casos de saúde mental.

O Consultório na Rua nasceu com o objetivo de oferecer cuidados em saúde mental e saúde geral à pessoas em situação de rua. A equipe é constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e estratégias de saúde para esta população. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é responsabilidade da Equipe do Consultório na Rua ofertar acesso aos cuidados em saúde para pessoas em situação de rua em geral entre os níveis de atenção do SUS; pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em cooperação com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros. Quando necessário, a equipe de Consultório na Rua poderá utilizar as instalações

das Unidades Básicas de Saúde do território.

Os Centros de Convivência e Cultura (Ceccos), conforme referido anteriormente, surgiram originalmente no projeto da rede de cuidados integrais na cidade de São Paulo e, onde resistiram como iniciativas isoladas, por muito tempo não reconhecidas pela política nacional. Mas a resistência e persistência acabou com o seu reconhecimento e adoção pela RAPS, e os Ceccos se tornaram espaços importantes por buscarem outras possibilidades de cuidado e formas de inclusão social, com forte atuação no campo das artes e da cultura (LOPES, 1999). São dispositivos inovadores como estratégia de intervenção no território e na transformação das relações entre a sociedade e as pessoas identificadas como usuárias dos serviços de saúde mental. É fundamentalmente a partir destas possibilidades de transformação do *lugar social* da loucura propiciados por atividades e dispositivos da ordem dos Ceccos que se postula a ideia da atenção primária no território como uma estratégia de desinstitucionalização radical (LANCETTI, 2000).

No campo do uso problemático de substâncias, ou das questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, como utilizado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, a influência da Reforma Psiquiátrica se deu também de forma tardia, se considerado todo o tempo de percursos do processo. Após a aprovação da Lei 10.216/01, marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira que estabeleceu os princípios e as diretrizes gerais do campo da saúde mental e atenção psicossocial, um acontecimento importante foi o surgimento da Portaria nº 2.197 de outubro de 2004, que reconheceu a Redução de Danos (RD) como estratégia prioritária de tratamento para o uso problemático de substâncias (NERY FILHO, et al, 2009, 2012). Um ano após, no mesmo mês de outubro, pela Resolução nº 3 do CONAD, a política sofre uma alteração significativa que, superando a terminologia *anti*, deixa de ser denominada de Política Nacional Anti-drogas e passa a denominar-se Política Nacional Sobre Drogas.

Outro marco importante foi a promulgação da Lei 11.343/06, da Presidência da República, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), que seguiu, ainda que de maneira tímida, a introduzir mudanças na orientação quanto à política nacional, que serviu como a referência mais importante para o Decreto 7.179 de maio de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas.

Após isso a Portaria 3.088/11 que instituiu a RAPS teve o mérito de incluir algumas das propostas inovadoras de cuidado à pessoas em uso problemático de substância mas, por outro lado, incluiu as “Comunidades Terapêuticas” (CT), instituições altamente questionadas no campo político e acadêmico, inclusive desaprovadas em algumas das edições das Conferências Nacionais de Saúde e, veementemente, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (BRASIL/MS, 2010). A críticas às CT provém do fato de serem inspiradas na experiência inglesa, na qual se destacou o psiquiatra Maxwell Jones (JONES, 1972), mas por ter sido apropriada por uma narrativa predominantemente religiosa e se afastado e mesmo de ter sido deturpada de suas diretrizes e princípios originários tais como o comunitarismo, a solidariedade, o coletivismo e, enfim, a terapêutica efetiva. Daí por diante, por uma série de aspectos conjunturais e políticos, especialmente em decorrência do papel das igrejas na sociedade e dos segmentos políticos que as representam, as CT passaram a assumir o protagonismo do modelo religioso e moral no lidar com as “drogas”, indicando o início de uma reviravolta na condução da política.

No Brasil foram desenvolvidas muitas experiências inovadoras de cuidado ao uso problemático de substâncias, merecendo destaque o programa “De Braços Abertos” do município de São Paulo, o “Atitude”, do Estado de Pernambuco e o “Ponto de Cidadania” em Salvador, dentre muitos outros que, fundamentados nos princípios da Redução de Danos e do *housing first*, ofereciam apoio social, hospedagem, trabalho, e outros recursos que buscavam atender às demandas das pessoas, além do tratamento em si (LANCETTI, 2015).

## ***A dimensão sociocultural: a produção de um novo lugar social para a loucura e o sofrimento mental***

*Participação e controle social: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e o surgimento da Abrasme*

Como foi abordado anteriormente, o movimento da Reforma Psiquiátrica nasceu como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e, por ocasião do seu segundo congresso em Bauru no ano de 1987, transformou-se em Movimento Social Por Uma sociedade Sem Manicômios. Com esta iniciativa, o movimento antes composto predominantemente por profissionais de saúde mental, passou a agregar mais usuários e familiares, especialmente a partir do acirramento do debate pela extinção dos manicômios conforme proposto pelo PL 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado.

Dada à necessidade e estratégia de organização destes novos atores sociais, usuários e familiares, foi organizado em 1991 o I Encontro Nacional de Usuários e Familiares, que foi replicado no ano seguinte (1992) no Rio de Janeiro e em Santos em 1993, ocasião em que foi elaborada a *Carta dos Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental*, contida em um livreto denominado “Brasil sem manicômios no ano 2000”, em uma clara analogia à proposta da Conferência de Alma-Ata: “Saúde para todos no ano 2000”!

Com o crescimento da temática antimanicomial o movimento mudou sua denominação e instituiu o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que posteriormente se estendeu para Semana Nacional da Luta Antimanicomial e, por fim, para o mês de maio, que passou a ser conhecido como o Mês da Luta Antimanicomial. A partir de então, passou-se a vislumbrar a oportunidade de realizar eventos nacionais da luta antimanicomial para oferecer densidade e consistência ao movimento.

Foi neste sentido que foi convocado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, na praia de Piatã, Salvador, no ano de 1993.

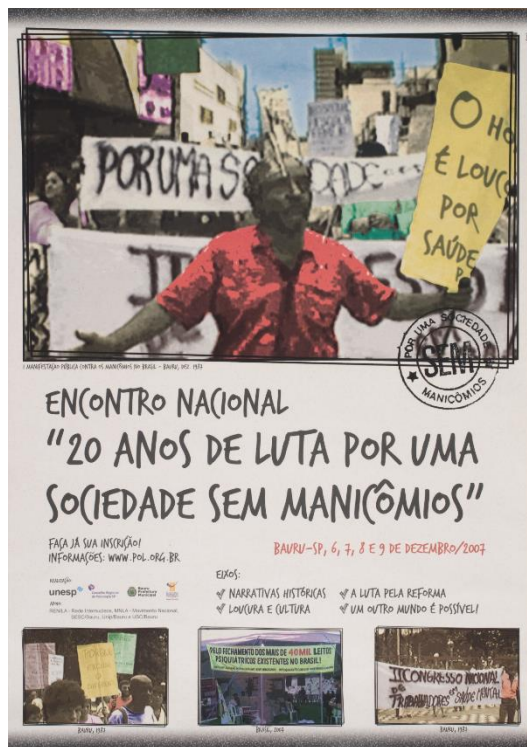


*Foto do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador, Praia de Piatã, 1993*

A partir daí vários encontros do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e de Usuários e Familiares foram realizados em várias regiões do país. Na maior parte das vezes sem qualquer recurso oficial ou de entidades, os encontros eram, e continuam sendo organizados mediante realização de campanhas de arrecadação de fundos pelos próprios participantes, com festas rifas, contribuições avulsas, venda de produtos de economia solidária e assim por diante. É um verdadeiro e tocante exemplo de solidariedade e produção coletiva de políticas públicas (VASCONCELOS, 2000, 2003).

De 07 a 09 de dezembro de 2007 foi realizado em Bauru um belíssimo encontro comemorativo dos 20 anos do encontro que deu origem ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial e à Carta de Bauru. Intitulado “20 anos de luta por uma Sociedade sem manicômios”, teve uma expressiva participação de profissionais, usuários, familiares e outros ativistas, uma feira de economia solidária e apresentações de grupos artísticos do movimento da Reforma Psiquiátrica tais como o

“Sistema Nervoso Alterado”, com o espetáculo “Camisa de Força” e “Harmonia Enlouquece”.



Cartaz do encontro comemorativo dos 20 anos de Bauru

Geraldo Peixoto, ou simplesmente “Seu” Geraldo, uma das maiores lideranças do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial representando o segmento dos familiares, foi entrevistado pelo Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil e sua entrevista está disponível na íntegra no *site* do projeto. Da mesma forma, no *site*, encontra-se disponível uma variedade enorme de documentos relativos aos encontros da Luta Antimanicomial, desde cartazes, relatórios finais, vídeos, fotos, etc.

*Tabelas com datas e locais dos Encontros Nacionais do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e dos Encontros Nacionais de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial até 2016*

Evento	Ano	Local
I Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1991	São Paulo (SP)
II Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1992	Rio de Janeiro (RJ)
I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1993	Salvador (BA)
III Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1993	Santos (SP)
II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1995	Betim (MG)
IV Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1996	Franco da Rocha (SP)
III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1997	Porto Alegre (RS)
V Encontro Nacional de Usuários e Familiares	1998	Betim (MG)
IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	1999	Paripueira (AL)
VI Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2000	Goiânia (GO)
V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2001	Miguel Pereira (RJ)
VII Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2002	Xerém (RJ)
VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2005	São Paulo (SP)
VII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2007	Vitória (ES)
VIII Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2007	Vitória (ES)
20 Anos do Congresso de Bauru	2007	Bauru (SP)
VIII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2009	S. Bernardo do Campo
IX Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2009	S. Bernardo do Campo
IX Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	2010	Angra dos Reis (RJ)
X Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2010	Angra dos Reis (RJ)
X Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2014	Niterói
XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares	2014	Niterói

Fonte: Amarante, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, Ed. Fiocruz, 2019, revisto.



## ***Abrasme: surge um novo ator social no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira***

Com a divisão interna do movimento antimanicomial em correntes diferentes e, em alguns momentos, adversárias, a necessidade de um novo sujeito coletivo que propusesse uma nova frente se tornava imprescindível. Os congressos da Abrasco serviam de palco para uma quantidade muito expressiva de trabalhos, experiências, produção tanto prática quanto acadêmica do campo da saúde mental que passavam a ocorrer numa progressão geométrica a partir do avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira. No âmbito do Grupo de Trabalho de Saúde Mental da mesma, passou-se a refletir sobre a possibilidade de uma nova associação, específica do campo da saúde mental, que pudesse reunir os trabalhos e os atores do campo. No entanto, antecipando-se mesmo à Abrasco (que avaliava a possibilidade de deixar de ser uma associação de pós-graduação assim atuar mais diretamente no âmbito das políticas de saúde coletiva), os participantes do GT vislumbravam uma associação que pudesse reunir pessoas ligadas não apenas à academia, mas também aos serviços, e, desta forma, não apenas profissionais do campo, mas usuários, familiares e, mais longe ainda, pessoas que de uma maneira mais ampla pudessem ser consideradas solidárias e comprometidas com a luta pelos direitos humanos, pela cidadania e democracia como valor social.

Em julho de 2007, por ocasião do IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas da Saúde da Abrasco, foi realizada a assembleia para criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), tendo já, a partir do primeiro momento, em sua composição, inclusive na diretoria, a participação de usuários, familiares, profissionais da rede de serviços, pesquisadores e professores, militantes e ativistas de outros campos das lutas sociais como gênero, sexualidade, feminismo, luta contra a violência, o racismo, o trabalho escravo, etc.

A Abrasme passou a realizar Congressos Brasileiros de Saúde Mental de dois em dois anos, nos anos pares, e logo em seguida, os Fóruns de Direitos Humanos e Saúde Mental, nos anos ímpares, reunindo, em todos eles, um enorme contingente de pessoas de várias áreas.



*Capa do Programa do 1º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, SP, 2013*

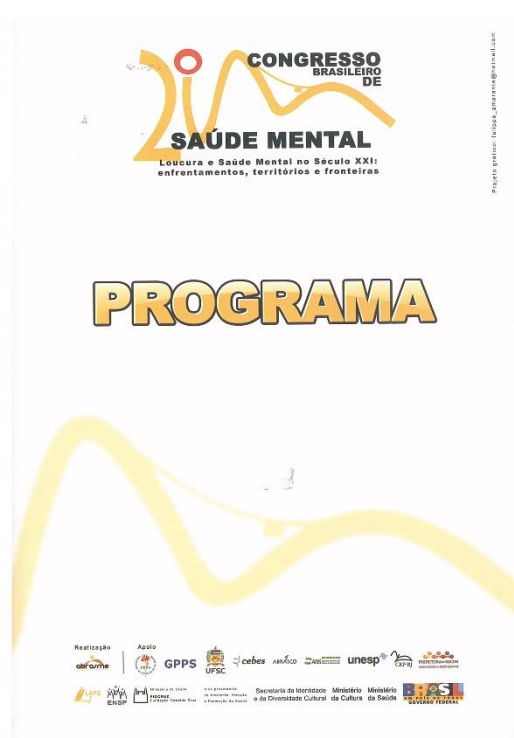
Os eventos da Abrasme passaram a ser reconhecidos por sua proposta de intervenção artístico- cultural a partir de iniciativas da própria área (grupos como “Harmonia Enlouquece”, “Loucura Suburbana”, “Tá pirando, pirado, pirou”, “TV Tam Tam”, “TV Pinel”, “Coral Cênico Cidadãos Cantantes”, “Sistema Nervoso Alterado”, dentre outros), além de uma forte presença da Tenda Paulo Freire (com iniciativas de Educação Popular em Saúde e de Práticas Integrativas em Saúde), e de uma potente organização de feiras de geração de renda e cooperativismo social no campo da saúde mental que se tornaram estratégias fundamentais da Reforma Psiquiátrica brasileira.

*Eventos organizados pela Abrasme até 2016*

Ano	Nome e tipo do evento	Local
2008	1º Congresso Brasileiro de Saúde Mental	Florianópolis/S
2010	2º Congresso Brasileiro de Saúde Mental	Rio de Janeiro/
2012	3º Congresso Brasileiro de Saúde Mental	Fortaleza/CE
2013	1º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental	São Paulo/SP
2014	4º Congresso Brasileiro de Saúde Mental	Manaus/AM
2015	2º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental	João Pessoa/P
2016	5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental	São Paulo/SP

Fonte: Laps/ENSP/Fiocruz

Paulo Amarante um dos fundadores da Abrasme, um dos ex-presidentes e Presidente de Honra, foi entrevistado pelo Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica e sua entrevista está disponível na íntegra no *site* do projeto. Além disto foi idealizado e produzido em vídeo exclusivamente sobre os dez primeiros anos da Abrasme (isto é, de 2007 a 2017), que também está disponível na página, além de todos os documentos relativos aos congressos e fóruns da Abrasme (moções, relatórios, fotos, vídeos).



*Capa do Programa do 2º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, RJ, 2010*

## ***Conselhos e Conferências de Saúde***

### ***Apesar da potência a irregularidade e fragilidade dos Conselhos a (des)continuidade das Conferências***

Desde o histórico documento “A Questão Democrática na Área da Saúde” apresentado pelo CEBES no I Simpósio de Políticas de Saúde na Câmara dos Deputados em outubro de 1979 (CEBES, 1980a), onde foi feita a primeira referência à proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS), a diretriz da participação social se tornou um dos pilares do novo sistema.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) o SUS foi reconhecido como um dos princípios do novo estado que se estava construindo e a participação e ‘controle’ social se tornaram uma de suas bases mais relevantes. Anteriormente, na literatura das ciências sociais, se referia à noção de controle social como o poder exercido pelo Estado sobre a sociedade, mas a proposta de participação social no SUS inverteu esta relação e passou a promover a noção de controle que a sociedade deveria exercer sobre a elaboração, aplicação e avaliação das políticas de saúde, e nomeou este princípio como ‘controle social’. Com a Constituição aprovada e o SUS regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, é oficialmente instituída a participação da sociedade civil em todos os níveis do sistema, e uma das mais importantes inovações diz respeito à redefinição do Conselho Nacional de Saúde e à criação das Conferências Nacionais de Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde existia desde 1937, quando foi instituído pela Lei 378, de 13 de janeiro. Tratava-se fundamentalmente de uma reunião de cúpula entre gestores e especialistas e, eventualmente, alguns dirigentes de entidades de prestadores de serviços e de trabalhadores. Mas seu significado, suas atribuições e funcionamento foram radicalmente modificados a partir da novas

Constituição. Desta forma, para Costa “os conselhos e conferências de saúde se tornaram mecanismos legalmente instituídos de participação social e têm como objetivo introduzir, no estado, uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável a presença e à participação da sociedade. Cria possibilidades para que a população defina diretrizes, e proponha e aprove políticas e planos de saúde, além de exercer o controle social sobre a execução deles“ (COSTA, 2019, 352.).

Além do Conselho Nacional de Saúde foram instituídos os conselhos estaduais e municipais de saúde como organismos colegiados, com caráter deliberativo e permanente, e com composição tripartite (isto é composto por quantidade igual de representantes da gestão – 50% - e representantes da sociedade – 25% de representantes dos trabalhadores e 25% dos prestadores de serviços). Os representantes da sociedade passaram a denominados de usuários do SUS. Como é o caso do campo da saúde mental, os conselhos, em todos os níveis da esfera de gestão, deveriam ter comissões de apoio que assessorassem nos temas específicos, como é o caso das comissões de saúde mental. Apesar do avanço da proposta tais comissões, mesmo a nacional, tiveram existência muito precária e irregular, em praticamente todos os governos, sendo convocada em caráter eventual, quando do interesse da gestão. Por outro lado, em todas as comissões, mesmo a Nacional de Saúde e as específicas, o caráter deliberativo foi uma grande dificuldade, sendo evitado pelos representantes da gestão que nunca aceitaram bem a perda da exclusividade da tomada de decisão.

As Conferências Nacionais de Saúde existiam desde 1941, quando foi realizada a primeira delas, mas praticamente reduzida a uma reunião de especialistas. A partir da nova regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde as conferências passaram a ser convocadas pelo poder executivo, a cada quatro anos, preferencialmente no início de cada mandato executivo, no sentido de que deveriam definir linhas e diretrizes para as políticas no período da gestão que se iniciava. Como vimos na parte referente ao início do processo de Reforma Psiquiátrica, além das conferências gerais, também tiveram lugar as conferências temáticas,

tais como de saúde da mulher, saúde da população indígena, assistência farmacêutica, saúde do trabalhador e saúde mental, entre outras.

*Datas das Conferências Nacionais de Saúde*

1941	I
1950	II
1963	III
1967	IV
1975	V
1977	VI
1980	VII
1986	8ª
1992	IX
1996	X
2000	XI
2003	XII
2007	XIII
2011	XIV

*Fonte: Conselho Nacional de Saúde*

As conferências confluíam para o grande momento que seria o encontro nacional. Mas eram precedidas de etapas locais, em unidades assistenciais, nas etapas municipais e estaduais. Era todo um processo em que eram debatidos os temas, aprofundados e traduzidos em propostas de encaminhamento e políticas. Além disso, nestas mesmas etapas eram eleitos os delegados, isto é, os representantes escolhidos

democraticamente pelos pares, para levarem adiante as propostas elaboradas nas etapas anteriores.

A primeira conferência convocada a partir deste marco foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que entrou para a história como a mais importante e participativa de todas.

Em que pese o fato de que muitas propostas não eram acatadas, não eram implantadas, é importante observar que a realização das conferências, em todos os seus níveis e possibilidade de participação, eram processo de reflexão, de produção de pensamento crítico sobre as relações entre saúde e sociedade, saúde e economia, saúde e condições materiais de vida e assim por diante. As conferências foram processos instituintes muito potentes e significaram transformações paradigmáticas na sociedade brasileira.

### ***As Conferências Nacionais de Saúde Mental.***

Após a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, durante governo de José Sarney, acreditava-se que seria possível, num contexto de regime democrático, convocar conferências de saúde logo no primeiro ano dos novos governos eleitos, para que fosse possível orientar as ações das políticas dos mesmos com as diretrizes aprovadas nas conferências. A expectativa era devida, especialmente, ao fato de que no ano seguinte ao da I Conferência, 1988, houve a promulgação da *Constituição Cidadã* que absorveu os princípios da participação e controle social no âmbito do SUS. Mas não ocorreu assim.

A I Conferência teve muita participação de usuários e familiares, mas na época as pessoas que eram identificadas como usuárias não eram exclusivamente usuárias de serviços de saúde mental, como passou a ser predominante nos anos seguintes, e sim representantes da sociedade civil que utilizavam o SUS de uma maneira geral. Realizada de 25 a 28 de junho de 1987, contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais, usuários e demais segmentos



representativos da sociedade. Teve três temas básicos que orientaram as discussões e as propostas:

- Economia, Sociedade e Estado - impactos sobre a saúde e doença mental;
- Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
- Cidadania e doença mental - direitos, deveres e legislação do doente mental.

Entre as recomendações importantes da I CNSM estão: a) a orientação de que os trabalhadores de saúde mental realizem esforços em conjunto com a sociedade civil, com intuito não só de redirecionar as suas práticas (de lutar por melhores condições institucionais) mas, também, de combater a psiquiatrização do social, democratizando as instituições e unidades de saúde; b) a necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto ao nível decisório das políticas de saúde mental, e que o Estado reconheça os espaços não profissionais criados pelas comunidades visando a promoção da saúde mental; c) a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica (MS,1988).

A proposta de atualização da legislação relativa à assistência psiquiátrica deu origem a um grupo de trabalho que começou a debater o tema, que irá subsidiar o Projeto de Lei que será apresentado dois anos mais tarde pelo deputado Paulo Delgado.



## **I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

25 a 28 de Junho de 1987

*Arte da I Conferência Nacional de Saúde Mental, RJ, 1987*

Mas, seja por resistências dentro do próprio Ministério da Saúde que não acatou as deliberações e encaminhamentos da I Conferência, seja pela conjuntura política nacional o fato é que a II Conferência ocorreu cinco anos depois, de 30 de novembro a 02 de dezembro de 1992 (gestão de Fernando Collor). Contudo, esta conferência foi totalmente desvinculada da anterior, ou seja, sem continuidade com a mesma, e com uma temática influenciada pela Declaração de Caracas: “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil”. De toda a forma, como reflexo do processo crescente de participação social no SUS, esta edição contou com um número muito expressivo de usuários e familiares. Participante da Conferência de Caracas e depois consultor da política nacional de saúde mental do Brasil desde o início da década de 1990, o psiquiatra italiano Ernesto Venturini, um dos fundadores do Movimento Psiquiatria Democrática Italiana, que esteve ao lado de Franco Basaglia desde os anos de Gorizia e Trieste, e depois foi coordenador de Saúde Mental de Imola, foi entrevistado exclusivamente para o Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica brasileira e sua entrevista na íntegra está disponível no *site* do projeto.



*Capa do Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, 1992*

A III Conferência só viria a acontecer em 11 a 15 de dezembro de 2001, no final do mandato de Fernando Henrique Cardoso, com o lema “Cuidar Sim, Excluir Não”. É interessante observar que da III para a IV Conferência, como veremos, se passariam 09 anos. Isto é curioso na medida em que era contexto de governo popular. E mais interessante ainda é saber que em 2004 foi realizado um Congresso Nacional de CAPS, no lugar de ser convocada a IV Conferência, que representaria um processo altamente participativo, democrático e ampliado. E num momento em que se defendia a ideia de participação e controle social e de construção de redes (não apenas de redes de serviços e dispositivos específicos dos setores saúde e saúde mental, mas de equipamentos e recursos de vários outros setores - sociais, culturais, políticos, econômicos, jurídicos, etc). O congresso foi realizado com a participação quase que exclusiva de profissionais que atuavam em CAPS, com a contribuição de um outro profissional de outros setores que eram convidados, mas sem profissionais da rede básica, dos centros de

convivência, das residências assistidas, assim como de outros equipamentos e dispositivos. Mesmo a participação de usuários e familiares se deu a partir de um restrito número de convidados, ao contrário do que ocorria nas conferências onde a participação tinha a característica de processo de construção coletiva da política nacional de saúde mental.



*Arte da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, 2001*

A última edição das Conferências, isto é, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, foi realizada no período de 27 de junho a 01 de julho de 2010 (último ano do segundo mandato de Luís Inácio Lula da Silva). Esta conferência foi intitulada de Intersetorial porque pretendia reunir outros segmentos relacionados ao campo da saúde mental, mas só o fez pelo lado do executivo e não da sociedade civil). Sua convocação somente ocorreu após várias manifestações dos movimentos sociais da saúde, que culminaram com a histórica “Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial” em Brasília, em 30 de setembro de 2009, da qual participaram quase 3000 pessoas de todo o país (MELO, 2017).



*“Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial” (in.: Melo, 2017)*

No 4º Congresso Brasileiro de Saúde Mental da Abrasme, em 2014, na cidade de Manaus, foi lançada a Campanha pela 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, mas não teve aceitação do Ministério da Saúde.



*Capa do Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, Brasília, 2010*

De qualquer forma, todas estas quatro Conferências foram muito ricos, com significativa participação social, que ia das primeiras reuniões preparatórias ao grande momento nacional em Brasília (ressalvando a I Conferência que foi realizada no Rio de Janeiro), passando pelas etapas prévias nas unidades de saúde, nos municípios e estados, com a escolha de delegados e discussão dos temas. Os relatórios de todas as conferências estão disponibilizados na página do Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil ([www.laps.ensp.fiocruz.br](http://www.laps.ensp.fiocruz.br))

## ***A dimensão sociocultural no trabalho, geração de renda e economia solidária***

No decorrer do processo de Reforma Psiquiátrica começam a surgir um grande número de projetos de trabalho fundamentados nos princípios da economia solidária, do cooperativismo e empresa social. A experiência italiana foi a pioneira nas iniciativas de cooperativismo social e a economia solidária mereceram um papel fundamental: em Trieste, em 1972, Franco Basaglia deu início à primeira cooperativa social de ‘utentes’ de serviços de saúde mental. Em 1973 esta cooperativa, denominada de *Lavoratori Uniti* (Trabalhadores Unidos), foi oficialmente reconhecida e se tornou a primeira experiência a reunir os pacientes, ex internos do hospital psiquiátrico, e trabalhadores especializados em vários ramos de atuação. As Cooperativas Sociais, que passaram a receber subsídios e prerrogativas que facilitavam a realização de seus objetivos de inclusão social de pessoas em situação de vulnerabilidade social (ROTELLI, 1990, 1994; 2000; ROTELLI & AMARANTE 1992; TORRE, 2004).

Em 1987, o Fundo Social da Comunidade Econômica Europeia reconheceu tais cooperativas e as adotou para a promoção de inclusão social de outros segmentos, tais como jovens com problemas de uso abusivo de drogas e outras pessoas em condição de fragilidade social. A mesma comunidade europeia desdobrou esta iniciativa para o que passou a ser conhecido como ‘empresas social’.

Na Europa e em outras partes do mundo existem milhares de iniciativas desta natureza que englobam projetos de geração de renda, de cooperativismo social, de economia solidária ou economia sustentável.

O Brasil passou a adotar esta iniciativa a partir da Lei nº 9867, de 10 de novembro de 1999, de autoria do Deputado Paulo Delgado que, embora não tenha sido plenamente regulamentada, estimulou o surgimento de projetos em estados do país. Muitos dos projetos de arte-

cultura se inscrevem nesta concepção de economia solidária na medida em que se configuram como trabalhos culturais que geram recursos para os participantes, aspecto que retomaremos logo adiante. Mas para concluir esta reflexão, é importante destacar que, dada a relevância do tema, foi criada uma Secretaria Nacional de Economia Solidária no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego, recentemente extinta.

Independentemente da Lei das Cooperativas Sociais e da Secretaria Nacional de Economia Solidária, a estratégia de desenvolver projetos de trabalho com os usuários dos serviços foi adotada pela grande maioria dos novos dispositivos de saúde mental e as oficinas de geração de renda, associações para o trabalho, cooperativas e tantas outras iniciativas apareceram no país e ganharam grande visibilidade e importância no contexto e para além da atenção psicossocial senso estrito. Algumas iniciativas de destaque são o “Projeto Suricato” em Belo Horizonte, com um bar com música ao vivo e espaço de convivência, confecção e venda de vários produtos feitos pelos usuários, assim como, em São Paulo, a “Associação Vida em Ação” com a “Livraria Louca Sabedoria” e o “Bar Sacy”, com venda de livros e eventos da área da saúde e saúde mental e acadêmicas em geral, com realização de bufês, lanches e coquetéis, a “Encantarte”, editora e oficina de encadernação na fronteira dos bairros de Engenho de Dentro e Encantado, no Rio de Janeiro, a “Associação Arte e Convívio”, em Botucatu, o “Projeto TEAR”, de Guarulhos, a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de Curitiba e Região Metropolitana (LIBERSOL), no Paraná, a “Nutrarte” e a “Pastelaria Q’Sabor” em São Bernardo do Campo, o Núcleo de Projetos Especiais (NUPE) em Santo André, com editora, floricultura, oficina de artes e marcenaria, cozinha, e a grande rede dos pioneiros Centros de Convivência e Cooperativas Sociais (CECCOS) no município de São Paulo, que desenvolvem uma riquíssima gama de atividade de arte-cultura-economia solidaria.

Não apenas nos eventos da área da saúde mental, ou da área da saúde ou universitários, foram organizadas feiras de economia solidária de produtos confeccionados nas oficinas de trabalho e de geração de renda do campo, mas também em eventos públicos mais amplos, em



parques e festas das cidades. Um exemplo expressivo são as feitas de economia dos Congressos Brasileiros de Saúde Mental ou dos Fóruns de Direitos Humanos e Saúde Mental da Abrasme, onde inclusive as atividades artístico-culturais são remuneradas normalmente. Em um exemplo sobre as iniciativas mais gerais foi a realização mensal de uma feira de economia solidária (ECOSOL) no Parque Mário Covas, em plena Avenida Paulista/SP.

Com a nova política de Cultura Viva/Mais Cultura (GIL, 2010), e o conseqüente advento dos Pontos de Cultura iniciados na gestão de Gilberto Gil no Ministério da Cultura, muitos destes projetos de economia solidária, assim como dos projetos artístico-culturais, que não deixam de ser de economia solidária, concorreram e obtiveram a titulação de Pontos de Cultura e passaram a receber o auxílio financeiro a eles destinados. Muitos projetos foram fortalecidos e se tornaram muito conhecidos a partir de sua transformação em Pontos de Cultura. Exemplos são o “Loucura Suburbana”, o “Tá Pirando Pirado Pirou”, o “Cordão BiBiTamTã”, a “Livraria Louca Sabedoria”, o “Trem Tam tam” e muitos outros. Uma fonte de referência a respeito dos Pontos de Cultura e sobre sua relação com a construção de projetos sociais coletivos e o campo da saúde, é a obra de Nespolo (NESPOLO, 2014). Por outro lado, existe uma outra fonte que pode ser considerada como referência obrigatória sobre economia solidária, que é o livro “Relatos de experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde” (PINHO et al, 2014), no qual é possível aprofundar não apenas as referências conceituais, históricas e políticas do campo da economia solidária, geração de renda, cooperativismo e empresa social, mas também conhecer as especificidades de alguns dos mais importantes projetos brasileiros.

### ***A dimensão sociocultural na arte-cultura***

Os projetos envolvendo arte e cultura também ganharam um valor especial do processo de Reforma Psiquiátrica. A origem destas iniciativas também se situa na Itália com o trabalho de Basaglia em Trieste, onde as

cooperativas sociais ligadas ao campo da cultura passaram a envolver os usuários nas atividades com objetivos que transcendiam a ideia da terapia. Esta foi a originalidade, na medida em que ao longo da história existiram muitos trabalhos com arte, importantíssimos, sem dúvidas, mas com objetivos terapêuticos, a exemplo de Hans Prinzhorn, Osório Cesar (CÉSAR, 1929; 1034) e Nise da Silveira (SILVEIRA, 1986, 1992), entre outros. A originalidade neste contexto da Reforma Psiquiátrica estava em envolver a arte como arte, e não como terapia, mesmo que este fosse um resultado importante e desejado. Arte-cultura como estratégias de produção de vida, invenção de vida, produção de novas subjetividades, produção de cultura, transformação de cultura, produção de *novos lugares sociais* e assim por diante. Assim nasceram a Rádio Fragole, a produtora de vídeo La Colina, que produziu, dentre outros, “Operina” e “Fratelli d’Italia”, a Companhia de Teatro “Accademia della Follia” além de exposições, apresentações musicais e tantas outras atividades.

Foi inspirada na experiência italiana que foi constituída a política de saúde mental de Santos/SP, com a construção de uma rede substitutiva ao modelo psiquiátrico clássico, que não se restringia ao fechamento dos manicômios e abertura de serviços territoriais de atenção psicossocial, mas a um conjunto de outros dispositivos, desde aqueles relacionados à construção e moradias e de trabalho e geração de renda, até as iniciativas de arte-cultura como estratégias de mediação e diálogo com a sociedade. Assim é que nasceu o primeiro projeto artístico-cultural no processo de Reforma Psiquiátrica que transcendia a ideia de arte-terapia: o Projeto TAM TAM de Santos. Três atividades deste projeto tiveram imediatamente uma grande repercussão, inclusive na grande imprensa, O Grupo de Teatro TAM TAM, a Rádio TAM TAM, e a TV TAM TAM, que inclusive produziu o documentário “A Batalha da Cidadania” sobre a intervenção pública na Clínica Anchieta onde os internos eram submetidos à graves violações da dignidade humana, inclusive com muitas mortes. A TV TAM TAM fez vários programas de vídeos com os usuários como roteiristas, apresentadores, editores, etc. O Grupo de Teatro segue existindo com produções muito potentes e reconhecidas.

Além das atividades artístico-culturais o projeto político de saúde mental de Santos desenvolveu a organização de uma associação de usuários e familiares no sentido de dar suporte e consistência social e política ao trabalho de intervenção o território, que foi a Associação Franco Rotelli (em homenagem ao então coordenador de Saúde Mental de Trieste/Itália, que substituiu Franco Basaglia).

Tais iniciativas passaram a ser inspiração para muitos outros projetos pelo país afora, a exemplo da TV Pinel e da Rádio Antena Virada (Nova Iguaçu/RJ), Rádio Revolução (RJ) ou da Rede Parabolínica em Minas Gerais, da Radio Maluco Beleza, em Campinas/SP, Rádio Web Delírio Coletivo Saúde Mental/SP, o Programa De perto ninguém é normal, em Santa Maria/RS, dentre outras. A TV Pinel segue existindo até o final do período coberto pela pesquisa e assim como sua inspiração, a TV TAM TAM, ganhou prêmios e grande divulgação.

Ou seja, com o objetivo inicial de promover novas possibilidades de inclusão, os serviços de atenção psicossocial passaram a criar oficinas de arte-cultura, oficinas de trabalho e geração de renda que passaram a multiplicar e a se complexificar com o novo projeto *social complexo* da Reforma Psiquiátrica, passaram a ter visibilidade e reconhecimento não apenas no campo da saúde mental, mas na sociedade em geral, como atividades de arte e cultura, e não como projetos terapêuticos.

Os autores “usuários” começaram a falar de suas histórias, de seus projetos, de suas expectativas e temores, mas com uma visão crítica sobre a questão de suas loucuras, de seus diagnósticos, da forma como os serviços, os profissionais os tratavam. Neste sentido, passaram a dialogar com o mundo, a fazer de suas dores uma forma de contato com o mundo, e isto nada mais é que arte. Em outras palavras, Instigava a sociedade a ver o mundo a partir de suas óticas de vida, de suas interpretações.

Em 2005, de 05 a 07 de abril, o tema conseguiu destaque ao ter espaço no Centro Cultural do Banco do Brasil do rio de Janeiro, com a realização do seminário sobre Cultura e Loucura que reuniu

participantes de alguns destes e outros projetos culturais que começavam a ter visibilidade.



*Cartaz do Seminário Cultura e Loucura, CCBB, RJ.*

Em 2007 foi realizada a oficina *Loucos pela Diversidade – Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social*, com a colaboração de vários participantes dos projetos culturais então existentes no campo da saúde mental. A partir desta oficina foi lançado o Edital *Loucos Pela Diversidade* (Edição Austregésilo Carrano), que premiou 55 projetos culturais na área da saúde mental. O número de inscritos ultrapassou a casa dos 400 projetos, e atualmente seria quase impossível construir um catálogo definitivo, dada a grande variedade e a extensão de tais iniciativas no âmbito da relação arte-cultura e Reforma Psiquiátrica.



*Cartaz da Oficina Loucos pela Diversidade, RJ,*

A título de exemplo faremos referência a alguns destes projetos, além dos já citados anteriormente, chamando a atenção para o fato de que muitos são projetos multi-artísticos ou multimídias (reúnem dança, teatro, poesia, literatura, performances, pintura, etc, como iniciativas musicais foram criados.

Um projeto pioneiro foi o “Loucos pela Vida”, que inclusive inspirou o título do livro de Paulo Amarante sobre a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 1995). Trata-se de um movimento cultural iniciado no começo dos anos 90 em torno do trabalho realizado no Hospital o Juquery originalmente liderado por Luizinho Gonzaga, que gravou o LP “Terras do Juquery”, do qual uma das principais faixas é a “Loucos pela Vida”.

Os *Cancioneiros do IPUB* foram criados no Instituto de Psiquiatria da UFRJ ainda nos primeiros anos da década de 1990, a partir de uma oficina de música no hospital. A partir de então, com as novas possibilidades abertas no processo de Reforma psiquiátrica, passaram a fazer apresentações em teatros e outros espaços públicos, gravaram CD e elaboraram um *songbook*. Se apresentaram no projeto “Loucos por

Música” em duas das maiores casas noturnas do Rio de Janeiro (Canecão e Vivo Rio) ao lado de grandes nomes da MPB e na novela “Caminho das Índias” de Glória Perez.

Uma de suas composições, intitulada “Sintomas”, originou um vídeo clip e se tornou um importante instrumento de crítica e reflexão sobre a questão da loucura, do sofrimento mental e das instituições psiquiátricas.

\*\*\*

Sintomas

(Orlando Baptista e Miguel Dantas)

*Se eu vejo as palavras que combinam*

*Com o que eu penso, o que eu vivo, o que vejo.*

*Se eu olho ou escuto alguém falar.*

*Se alguém ri ao me olhar.*

*Eu penso que é para mim.*

*Eu penso que é de mim.*

*Vozes escutei e pensei que alguém me perseguia.*

*Eu tinha medo de pensar e alguém entender o que eu via.*

*Eu achava que era Hitler ou judeu.*

*Eu estava fora de mim, eu era um ateu sem o meu eu.*

*Não sou eu quem eu vejo no espelho.*

*Eu penso que é para mim.*

*Eu penso que é de mim.*

Percurso destacado seguiu o *Harmonia Enlouquece*, que gravou 4 CD, se apresentou nas mesmas casas noturnas e em outras no país e em outros países (Argentina e Uruguai), também na mesma novela da TV Globo, no *Faustão* e no *Fantástico* e foi tema de um documentário dirigido por Flávia Lima. A música “Sufoco da Vida”, de Hamilton Assunção é o carro-chefe do “Harmonia Enlouquece”, e se tornou uma espécie de hino da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no país, sendo

reconhecida e cantada por ativistas destes movimentos em outros países como Argentina, Uruguai, Paraguai, Itália, Espanha...

\*\*\*

Sufoco da vida

(Hamilton, Maurício e Alexandre M.)

*Estou vivendo no mundo do hospital,  
Tomando remédio de psiquiatria mental.  
Haldol, diazepam, rohypnol, prometazina...  
Meu médico não sabe como me tornar um cara normal.*

*Me amarram, me aplicam, me sufocam num quarto trancado.  
Socorro! Sou um cara normal, asfixiado.  
Minha mãe, meu irmão, minha tia  
Me encheram de drogas, de levomepromazina.  
Ai, ai, ai, que sufoco da vida.  
Sufoco louco.  
Tô cansado de tanta levomepromazina.*

\*\*\*

O *Criações Poéticas Sistema Nervoso Alterado* é outro projeto importante que já existe há vários anos. Criado a partir de uma oficina no “Espaço Aberto ao Tempo” no Rio de Janeiro, reúne música, teatro, poesia, performances, a exemplo de um de seus principais espetáculos, o “desfile Camisa de Força”. Outro projeto, e um dos mais antigos, se aproximando de 30 anos de existência é o “Coral Cênico Cidadãos Cantantes”, que, como o próprio nome indica, reúne atividades de teatro e música, mas também de dança e performances variadas. Vencedor de prêmios de cultura e vídeo, está incluído na agenda cultural de São Paulo e realiza encontros semanais abertos ao público no Teatro Olido, no

centro da cidade. O “Trem Tam Tam” de BH também tem vários CD e DVD gravados, inúmeras apresentações em sua cidade e pelo país afora, e prêmios de cultura. Mas existem muitas outras experiências no campo da música, a exemplo de “Lokonaboa”, “Mágicos do Som”, “Heterogênese Urbana”, “Hip Hop Black Confusion”, “Delírios Líricos de Lírio”, “Jacaré Gularstone”, “Zé do Poço”, “Cantar e Dançar, Nosso Melhor Remédio”, “Tem Maluco no Pedaco”, “Samba na Cabeça – Mentaleiros na Comunidade”, “Nação do Maracatu Porto Rico”, “Capoeira Cidadã Arte e Cultura”, “Coral Nós com Voz”, “Os Impacientes”, “Grupo Cênico-Musical de Inclusão Social Trupe do Trapo”, “Rock na Tamarineira”, “Banda D’Inci”, “Banda Brilho do Nzinga”, “Doidodum – Banda de Percussão”. “Devotos de São Doidão”... Vários dentre eles gravaram CD e vídeos e receberam prêmios.

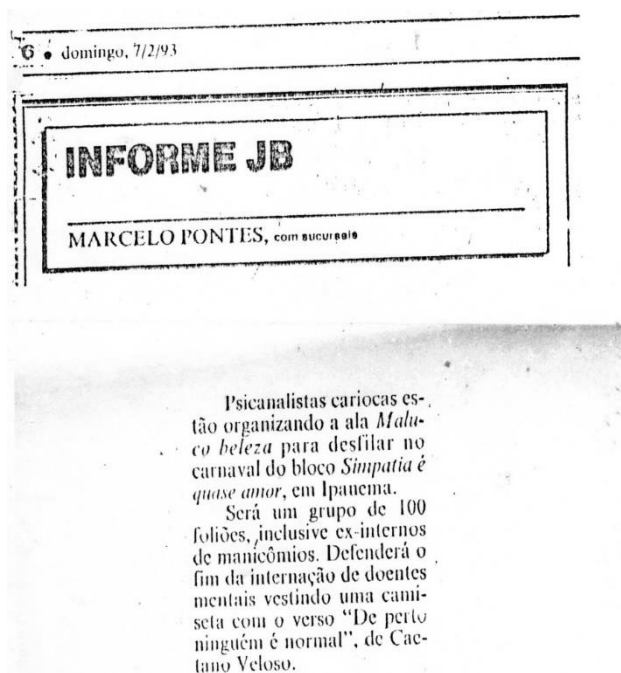
O projeto “Loucos por Música”, realizado com apoio da Petrobrás, produziu espetáculos com alguns destes grupos no mesmo palco do Canecão e do Vivo Rio. Artistas como Gilberto Gil, Nana Caymmi, Erasmo Carlos, Paralamas do Sucesso, Frejat e Barão Vermelho, Beth Carvalho, dentre outros, se apresentaram com Harmonia Enlouquece, Sistema Nervoso Alterado, Os Cançãoeiros, Os Impacientes...

O teatro é também uma das atividades artísticas que tem trabalhos e companhias importantes, merecedora de prêmios nacionais e internacionais. O “Grupo TAM TAM”, de Santos, já referido, a “Cia Teatral Ueeinzz!”, de São Paulo, que além do Prêmio Loucos pela Diversidade, recebeu prêmios nacionais e no exterior, tendo se apresentado em vários países, além de muitos outros grupos como os grupo “Os Nômades”, criado pelo Espaço Artaud, no Rio de Janeiro, o Grupo do Teatro do Oprimido “Pirei na Cenna”, a “Trupe Maluko Beleza”, a “Companhia Teatral O Desconhecido”, o “Grupo Sai no Vento”, “Os Loucotores – Grupo de Teatro da Saúde Mental de Esmeraldas”, o “Grupo de Teatro Vem Ser”, o “Núcleo de Criação Sapos e Afogados”, o “Grupo Liberarte”, a “Cia. Sem Pressão”, o “Iluminarte” e o “Loucosmotivos da Arte”. Certamente existem outros que a pesquisa não conseguiu identificar ou que surgiram após o período estudado. São experiências muito elaboradas, consistentes e



criativas, o que é possível de perceber pela criatividade desde o ato de nomear as próprias atividades.

O carnaval não poderia ficar de fora, dada a sua força na cultura brasileira, sua potencialidade em reunir pessoas, em produzir coletivamente, em reunir música, dança, alegorias, poesia, figurinos, e tantas outras formas de expressão artística. A primeira atividade neste campo foi a criação de uma ala no Bloco Simpatia é Quase Amor (Ipanema, RJ), em 1993, que reuniu usuários e profissionais de várias unidades de saúde mental do Rio de Janeiro e que teve uma grande repercussão na mídia (a exemplo da nota do JB a seguir), pela inovação de levar os “os loucos” para a folia de rua.



Recorte do Informe JB sobre a ala *Maluco Beleza*

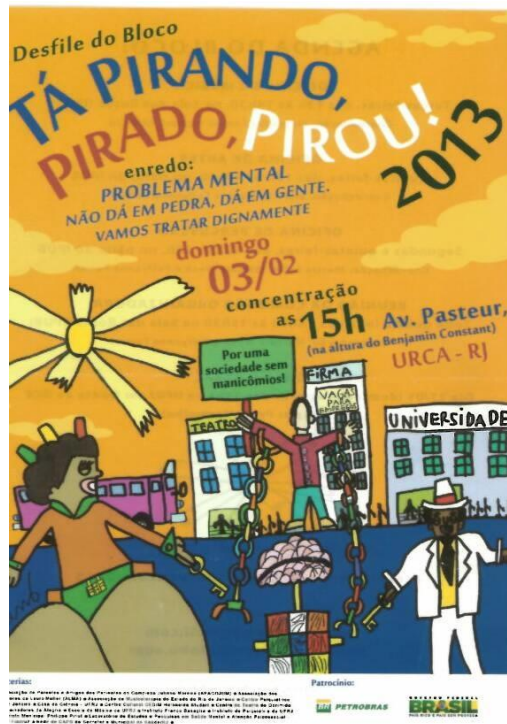
Em 2001 nasceu o *Loucura Suburbana* e sua *Bateria Insandecida*. Foi criado por usuários, técnicos, membros da comunidade do Engenho de Dentro (RJ) e adjacências, a partir do Centro Psiquiátrico Pedro II,

atual Instituto Municipal Nise da Silveira. Seja na escolha do samba, seja nos desfiles ou em todo o processo de preparação, que vai da eleição do tema até a elaboração de fantasias, adereços, carros alegóricos, a “vizinhança” tem um papel de forte protagonismo. Os moradores das redondezas da instituição acompanharam o processo de transformação do hospital e de abertura dos novos dispositivos (cooperativas, TV e Rádio comunitárias, editora, Hotel da Loucura, etc), e, por isso, se envolvem ativamente em todas as atividades.



Comissão de frente do Loucura Suburbana

Em 2004 na Praia Vermelha, também no Rio de Janeiro, a partir do comentário de um usuário que observou *"temos que ser audaciosos. Não vamos fazer um carnaval apenas prá quem já pirou, vamos pra rua brincar com quem tá pirando!"*, foi criado o *Tá pirando, pirado, pirou*, que realizou seu primeiro desfile no carnaval de 2005.



Cartaz de divulgação do *Tá pirando, pirado, pirou* de 2013

Em Belo Horizonte em 1997 passou a existir uma escola de samba que desfile não no período próprio do carnaval, mas do *18 de Maio*, ou seja, no Dia Nacional da Luta Antimanicomial. É um evento que assou a fazer parte da agenda política e cultural da cidade. Em analogia ao lema “*libertas quae sera tamen* (liberdade, ainda que tardia), inscrito na bandeira mineira a escola, denominada “Liberdade ainda que tam-tam”, desfila da Praça Tiradentes até o terminal ferroviário carregando milhares de foliões e parando o centro da capital mineira.



Símbolo da Escola de Samba “Liberdade ainda que tam-tam”/BH

O certo é que neste contexto da Reforma Psiquiátrica passaram a surgir muitos blocos e escolas em várias partes do país: o “Cordão BiBiTamTã” (SP), o “Maluco Sonhador” (Paracambi/RJ), o “Bloco Nzinga Saúde Mental É Beleza no Bonfim” (Salvador), o “LokoMotiva” (Natal/RJ), o “Doido é Tu” (Fortaleza/CE), o “Loucos pela Vida” (Niterói/RJ), o “Zona Mental” (RJ), o “Tremendo nos Nervos” (RJ), os “Conspirados” (Ouro Preto e Mariana/MG), a “Ala Loucos Pela X” (SP), o “CarnaCaps” (Itaquera/SP), o “Desencuca” (Goiânia/GO), bloco “O Boom da Mente” (Vitória/ES), e muitos outros. É necessário ressaltar que as atividades de carnaval não são restritas ao período específico do mesmo. São atividades coletivas, integrativas e colaborativas que, de forma potente e envolvente, se desenrolam o ano inteiro, desde a escolha do tema de cada ano à escolha do samba enredo, elaboração e execução das fantasias, carros alegóricos, etc. As escolhas do tema de cada ano, assim como a escolha do samba são realizadas geralmente em espaços culturais da cidade, com a presença de carnavalescos, figurinistas, escritores, jornalistas, tores, compositores, dentre outros, tanto internos aos grupos carnavalescos, quanto externos, inclusive artistas reconhecidos pelo grande público. Participam ativamente oferecendo sugestões ou participando como julgadores do tema e do samba. As fantasias e a composição dos sambas enredos se tornam atividades coletivas muito concorridas. As oficinas ligadas aos centros de atenção psicossocial ou aos centros de convivência

e cooperativas sociais viram ateliers de confecção de fantasias e carros alegóricos e outras alegrias utilizadas nos desfiles. Nas oficinas de música se elaboram ideias e orientações sobre como compor sambas, e inclusive, aulas para ensinar a tocar instrumentos de corda ou de percussão.

Paralelamente a tais projetos mais coletivos e regulares, ocorreu uma gama enorme de iniciativas eventuais, de acordo com determinadas circunstâncias do contexto histórico ou das características de cada região. Foram dezenas de apresentações, exposições ou mostras de pinturas e esculturas, cartazes e camisetas, assim como recitais de poesias e corais, desfile de camisetas, dentre muitas outras.

Os cartazes foram objeto de uma exposição cujo curador foi o artista plástico e produtor Gianni Puzzo. Realizada pela primeira vez no 2º Congresso Brasileiro de Saúde Mental da Abrasme no Rio de Janeiro, e 2010, viajou por vários estados e eventos, inclusive fora da área específica da saúde mental.

O desfile foi contou com a participação de personagens históricas do movimento da Reforma Psiquiátrica, que estavam vestidas com as camisetas. Desfilaram "seu" Geraldo Peixoto, Ianni Scarcelli, Ana Pitta, Eraldo Nascimento, Iracema Polidoro, Silvio Yasui, José Setemberg, Tânia Marins, Niceia Malheiros, Ramona Carlos, Sandra Pacheco, Moacyr Bertolino, Mardênia Gomes, Salete Bessa Jorge, Marco Bahury, Walter Oliveira, Paulo Amarante e Leandra Brasil (curadora de uma exposição das camisetas e do desfile e que além destes produziu um Cordel das Camisetas). O desfile foi realizado a abertura do 3º Congresso Brasileiro de Saúde Mental da Abrasme, em Fortaleza, no ano de 2012, com a participação ao vivo da banda "Harmonia Enlouquece" entoando a música "Xote da dor" de autoria de Hamilton Assunção, compositor e intérprete do grupo.



*Imagens do Harmonia Enlourece no desfile de camisetas. Foto de Mario Moro*



*Imagens do desfile de camisetas. Foto de Mario Moro*

A elaboração e confecção de camisetas e cartazes merece um destaque importante por sua singularidade, em decorrência de expressiva e criativa produção dos mesmos por parte principalmente dos usuários, com mensagens relacionadas ao processo da Reforma Psiquiátrica e aos princípios da Luta Antimanicomial. Esta produção nasceu explicitamente relacionada ao objetivo de transformação cultural, no sentido de construir um ‘outro lugar social’ para a loucura ou sofrimento mental. Tais iniciativas remontam ao ano de 1987, quando Movimento por uma Sociedade Sem Manicômios, predecessor do Movimento da Luta Antimanicomial decidiu instituir uma data nacional



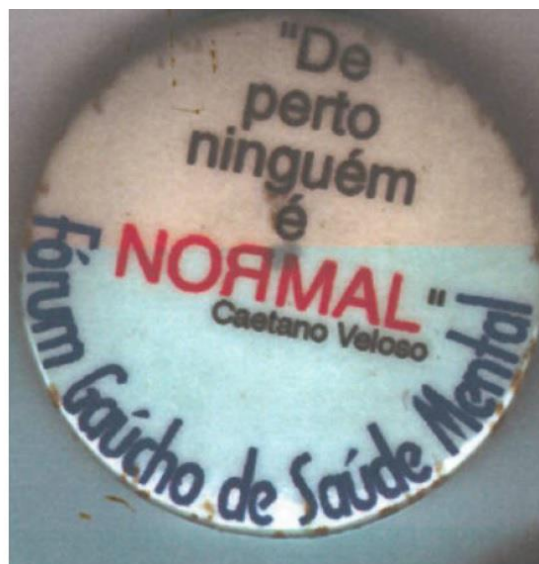
da Luta Antimanicomial com o objetivo de despertar e promover o debate e a reflexão da sociedade sobre a questão da violência institucional em psiquiatria, sobre a importância de transformação de suas práticas e conceitos sobre as pessoas identificadas como tendo transtorno mental. Como visto anteriormente, foi desta forma que foi instituído dia 18 de maio como o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”.

O primeiro ano em que a data passou a ser comemorada foi o de 1988, e, desde então, todos os anos, em todas as capitais, em todas as grandes cidades e em inúmeras outras cidades pelo país, a data passou a ser comemorada com a realização de atividades que vão desde aquelas de natureza mais propriamente artístico- culturais, até outras de cunho político, social, científico-acadêmico. A prática se tornou uma tradição tão importante que, em muitas cidades, passou-se a comemorar a semana em que o dia 18 caía, como a Semana da Luta Antimanicomial, e mesmo, em algumas localidades ou estados em que o movimento era muito forte, passou-se a comemorar o mês de maio como o Mês da Luta Antimanicomial.

E neste contexto a confecção de cartazes e camisetas se tornou uma prática estratégica, com a ideia de que expressassem imagens e textos provocadores no sentido de despertar o interesse nas pessoas que as vissem e pudessem estimular uma reflexão e se possível um diálogo. A primeira leva de camisetas foi produzida pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental de Bagé/RS, e umas das camisetas continha a frase ‘de perto ninguém é normal’, extraída da música “Vaca Profana”, de Caetano Veloso, e tinha como propósito propiciar uma reflexão sobre a noção de normalidade e anormalidade. Esta frase veio a se tornar uma das mais conhecidas do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira.



Camiseta com a frase “de perto ninguém é normal”



Bóton com a frase “de perto ninguém é normal”

Mas muitas outras camisetas, assim como cartazes, bótons, bonés, e outros materiais passaram a ser produzidos com imagens criativas e frases como ‘vou ficar com certeza maluco beleza’, ‘loucos pela vida’, ‘loucos pela cidadania’, ‘loucos pela liberdade’, ‘gente é pra brilhar e não pra tomar eletrochoque’, e muitas outras.



Para além das iniciativas coletivas surgiram muitos artistas que fizeram exposições de pinturas e fotografias, gravaram CD, produziram vídeos e escreveram livros. No caso dos livros escritos por pessoas que estiveram internadas em instituições psiquiátricas existem alguns deles que se tornaram obras de referência. Desde os clássicos “Diário do hospício”, “Cemitério dos vivos” e “Como o homem chegou”, de Lima Barreto (BARRETO, 2010), passando por “O Hospício é Deus”, de Maura Lopes Cançado (CANÇADO, 2015) e “Os últimos dias de paupéria”, de Torquato Neto (ARAÚJO NETO, 1973), até o “Canto dos Malditos” de Austregésilo Carrano Bueno.

Na esteira da iniciativa de Carrano surgiram muitos outros livros de autoria de usuários, ex-usuários ou sobreviventes, com relatos de suas experiências, relatos e denúncias das violências, sofrimentos e constrangimentos vividos pelos seus autores em instituições psiquiátricas, como é o caso de “*O Capa Branca. De funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil*”, a partir das memórias de Walter Farias, recolhidas e editadas por Daniel Navarro Sonim (FARIAS & SONIM, 2014).

Mas foram escritos também muitos livros com outras produções literárias, tais como contos, romances ou poesias. Embora seja impossível listar todos, faremos referência a alguns deles. “O sabor de nossa história”, por exemplo, é um livro muito criativo e curioso de “causos” de receitas. Os participantes de uma oficina de culinária fornecem receitas conhecidas em suas biografias, recheadas com histórias familiares e recordações. O LAPS da ENSP/Fiocruz criou uma coleção denominada “Todos os Tons” que publicou “Felicidade” de Paulo Sérgio Machado, “Lembranças do que não foi” de Marco Bahury (que já havia também publicado “Razão de ser” por outra coleção e editora), e “Guerreiro do Terceiro Milênio” de Nilo Sérgio. Um livro marcante foi o “Versamente”, coletânea de poesias de Jorge dos Remédios, importante ativista da Luta Antimanicomial militante que desapareceu misteriosamente em Angra dos Reis. Dentre outros livros estão “A Esperança é a Essência da Vida”, de Bartolomeu Valter da Costa,

“Sonhos Esquizofrênicos” e “Yeshua, minha vida, meu amor”, de Iracy Silva, “Aconteceu assim”, de Daildo Magalhães, “Palavreando”, coletânea de poesias de vários autores organizado pelo Núcleo de Informação do Centro de Atenção Integral à Saúde de Santa Rita/SP, “*Poesias e Crônicas*” de João Rodrigues, para citar apenas alguns.

### ***Os projetos da Reforma Psiquiátrica passam a ser incorporados nas políticas públicas culturais***

Como vimos, uma iniciativa muito importante e inédita na área foi o lançamento do Edital “Loucos pela Diversidade” (2008), edição “Austregésilo Carrano”, que premiou muitos artistas da saúde mental. A lista dos mesmos pode ser consultada no endereço do Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O edital visou homenagear o escritor, autor de “Canto dos Malditos”, que foi um dos livros pioneiros neste contexto considerado como sendo Reforma Psiquiátrica brasileira, e que se tornou um ícone. Isto, por vários motivos, denunciando a violência pela qual passou em suas internações involuntárias em hospitais psiquiátricos, Carrano passou a frequentar os eventos políticos e acadêmicos da área, nos quais, com o livro-denúncia em punho, fazia manifestações contundentes contra os manicômios. Seu livro deu origem ao filme “Bicho de 7 cabeças”, já citado, que se tornou uma bandeira do movimento antimanicomial. Ele próprio se tornou uma liderança do movimento antimanicomial representando os usuários, os sobreviventes, as vítimas da psiquiatria. Tendo sido processado pelos diretores dos hospitais teve seu livro censurado e proibido, o que o deixou profundamente afetado até seu falecimento precoce em 2008.

Com a criação da Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural (SID) do Ministério da Cultura, foi convocada o projeto “Loucos pela Diversidade”, já abordado aqui, que possibilitou uma maior visibilidade dos projetos oriundos do processo da Reforma Psiquiátrica, que passaram a merecer maior atenção na mídia e sociedade em geral. Os exemplos mais claros foram as apresentações no “Canecão” e o “Vivo

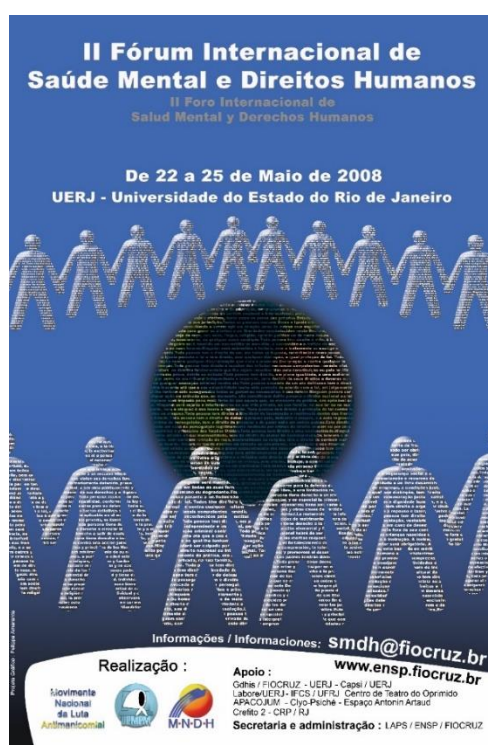
Rio”, no Rio de Janeiro, mas também em outras capitais como Salvador e Recife. Foram apresentações nas quais participavam grupos como Harmonia Enlouquece, Sistema Nervoso Alterado, Cancioneiros, Trem Tam Tam e Babilak Bah, Os Impacientes, como show de abertura, que eram seguidos de apresentações de artistas e bandas famosas. Dentre outros, dividira o palco com os artistas da Reforma Psiquiátrica, Paulo Moura, Paulo Jobim, Nana Caymmi, Paralamas do Sucesso, Skank, Arnaldo Antunes, Pitty, Erasmo Carlos, João Bosco, Beth Carvalho, Cidade Negra, Chico César, Barão Vermelho, Leila Pinheiro, Gilberto Gil.



Apresentação cultural de grupo de carimbó no Congresso em Manaus

Em 2008, no II Fórum Internacional de Saúde Mental e Direitos Humanos e na Festa da Diversidade, na Lapa, um dos maiores espaços culturais do Rio de Janeiro, foram realizadas apresentações com vários outros artistas. Da mesma forma, ocorreram inúmeras apresentações destas bandas da Reforma Psiquiátrica nas festas da Luta Antimanicomial e nos congressos e encontros no campo da saúde mental, em que participaram muitos artistas do campo e outros já famosos. Em Barbacena, anteriormente conhecida como a Cidade dos Loucos, passou a ser organizado o “Festival da Loucura”, que existiu por vários anos, onde vários artistas se apresentavam e eram realizadas muitas outras atividades culturais. No Fórum foi organizada uma grande festa de

abertura e um “teatro procissão” liderado pelo Teatro do Oprimido sob a orientação de Augusto Boal, que atravessou toda a Praia de Copacabana no dia 25 de maio de 2008, com uma grande participação de usuários e demais participantes da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, além de pessoas que se agregaram à marcha. Com a bateria da “Escola de Samba Caprichosos de Pilares”, desfilaram os blocos “Loucura Suburbana”, “Tá pirando pirado pirou”, “Maluco Sonhador” e “Tremendo nos Nervos”.



Cartaz do Fórum que produziu uma grande intervenção cultural pública

Com dito anteriormente, a temática da loucura a partir da ótica da Reforma Psiquiátrica passou a produzir efeitos na cultura e na mídia em geral. Filmes *Policarpo Quaresma: Herói do Brasil* (dir. Paulo Thiago, 1998), *Bicho de 7 Cabeças* (dir. Laís Bodanski, 2001), *Profeta das Águas* (dir. Leopoldo Nunes, 2005), *Estamira*, (dir. Marcos Prado, 2006), *Procurase Janaína* (dir. Miriam Chanaiderman, 2008), *As Cores da Utopia* (dir. Julio Nascimento, 2012) e finalmente, *Nise: o coração da loucura* (dir.

Roberto Berliner, 2015). Mas certamente muitos outros vídeos, filmes e documentários foram produzidos e não foram identificados pela equipe da pesquisa. Da mesma forma que foram produzidas muitas peças de teatro (*A orelha de Van Gogh*, *Camile Claudel*, *As mulheres de Sade*, *Nise da Silveira: senhora das Imagens*. A psiquiatra Nise da Silveira e os artistas Bispo do Rosário, Stela do Patrocínio, Fernando Diniz, dentre outros, inspiraram inúmeras peças de teatro, documentários e filmes. Leon Hirszman produziu a clássica trilogia *Imagens do Inconsciente* (1983 a 1986), com roteiro baseado em texto de Nise da Silveira. Marcos Magalhães produziu a premiada animação *Estrela de 8 pontas* (1996), a partir das ilustrações feitas por Fernando Diniz com direção de ambos.

O filme “Bicho de 7 Cabeças”, que como foi destacado, foi lançado em uma conjuntura muito importante para o processo da Reforma Psiquiátrica, além de ter se tornado um dos filmes brasileiros mais premiados no Brasil e no exterior, explicita sua vinculação com o processo em questão. Na legenda final há uma observação que diz: “Este filme é inspirado em fatos reais vividos por Austregésilo Carrano. Carrano contou sua história no livro *Canto dos Malditos*. Hoje, Carrano é um ativista do movimento antimanicomial. ”

Seria impossível construir um levantamento completo de todas estas ricas e plurais iniciativas artístico-culturais produzidas no contexto do processo de Reforma Psiquiátrica, ou desencadeado por ele, mas é importante destacar ainda a novela da TV Globo, no seu horário mais nobre, como exemplo de ter sofrido esta influência. Nesta novela, “Caminho das Índias”, a temática da loucura e sua relação com a arte fez com que a produção convidasse vários artistas da Reforma Psiquiátrica. Além de escritores, pintores, poetas e escultores, apresentaram-se “Os Cancioneiros”, o “Harmonia Enlouquece”, o “Sistema Nervoso Alterado”, e artistas avulsos como Airton Maurício da Silva, Júlio Cesar Lima de Sousa, José Anacleto Teixeira, Roberta Caparroz, Alexandre Magno da Cruz Cavalcanti, Frederico Eymard Ewald Rezende, Sérgio Leandro Ferreira Batista, Sérgio Leandro Ferreira Batista, André Luiz dos Santos Monteiro, Hamilton de Jesus Assunção, Ana Paula da Silva Costa, Luiz

Gonzaga de Souza, : Ângelo Luz de Souza Lima, Gilvanélio Gonçalves de Araújo, Mônica Pereira Nunes, Éder Lopes da Silva, Éder Lopes da Silva, Éder Lopes da Silva, Adélio Virgílio, Ney Paulo Sampaio Barbosa, Juarez Soares dos Santos, Geórgia Augusta Martins, José Gonçalves de Araújo (Jacaré Gladstone), Regina Célia Oliveira Primo, José Jacinto Neto, Coral Ser-Sã, Projeto Capoeira Cidadã Arte e Cultura, Samba na Cabeça – Mentaleiros na Comunidade, Nação do Maracatu Porto Rico, Coral Nós com Voz, Mulheres dos Tambores e Ritos, Grupo Luz do Sol... Firam tantos os registros de iniciativas culturais de teatro, de artes plásticas, que seria impossível lista-las, apontando para uma pesquisa importante que pode e deve ser realizada no futuro para tornar possível ter, ao menos, uma noção um pouco melhor da importância da dimensão sócio cultural no processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica.

Enfim, não é temerário supor que no bojo do Processo de Reforma Psiquiátrica tem sido constituído um amplo processo de intervenção cultural que pode ser caracterizado como algo novo no âmbito das políticas públicas de saúde e, em particular, de saúde mental. Projetos de arte-terapia, musicoterapia, terapia ocupacional e outros passaram a surgir vertiginosamente nos novos serviços de atenção psicossocial na medida em que o modelo assistencial começou a mudar. Com o fechamento de hospícios e a abertura de dispositivos de cuidado de base territorial como os centros de convivência e cultura (CECCOS), os núcleos e centros de atenção psicossocial, as cooperativas de trabalho ou projetos de geração de renda, e muitos outros dispositivos e estratégias de inclusão e participação social, o objetivo dos projetos artístico-culturais começou a se redefinir. Começou a existir o que definimos como *autonomia* dos projetos culturais em relação aos serviços de saúde mental e atenção psicossocial. Os projetos alcançaram a cidade, os centros de cultura, as ruas, a mídia mais geral e ampla (AMARANTE et al, 2013).

A incorporação do conceito de “diversidade cultural” foi fundamental para este passo na medida em que disparou um processo de ressignificação das noções de saúde, de qualidade e defesa da vida e tantos outros. Diversidade cultural é um conceito fundamental que

implica no *reconhecimento* (HONNETH, 2007) do outro como diverso, em várias perspectivas, que contemplam aspectos relacionados não apenas à Cultura, mas aos Direitos Humanos, ao Trabalho, e às formas de ‘andar a vida’, como nos alertava Canguilhem (2000).

A diversidade cultural é expressão de uma dimensão de diálogo com a diferença que implica na aceitação do outro não como prática de tolerância, mas de reciprocidade, de reconhecimento, de solidariedade.

Estas companhias de teatro, grupos musicais, blocos de carnaval, produtoras de vídeo, rádio, livros, poesias, pinturas, esculturas, produzem peças, gravam CDs, filmes, DVDs, produzem *songbooks*, participam de festivais de música e teatro, de mostras coletivas.

Tais obras se referem também às próprias experiências de seus autores, de como sofrem e sonham. As pessoas em sofrimento mental, ou pelo menos diagnosticadas como em sofrimento, oferecem à sociedade a perspectiva de suas formas próprias de ver e viver o mundo e assim ampliam a visão social sobre estas experiências humanas e sociais.

No campo da Saúde Mental, a apropriação da noção de diversidade cultural representa ainda um deslocamento, ou uma ruptura, caráter de resistência ao processo de medicalização/psiquiatrização que ocorre na área, pois significa que nem tudo o que é diferente, diverso ou desviante é patológico, tanto no aspecto das diversidades coletivas quanto individuais. Isto abre uma perspectiva interessante sobre a complexidade da(s) existência(s), da diversidade de culturas, de sociedades, de identidades (AMARANTE & COSTA, 2012).

Outro deslocamento que ocorreu a partir desta concepção de autonomia do campo artístico-cultural foi aquele relacionado à noção de arte como restrita à terapia, para transformar-se em arte-cultura como instância estética e cultural, do sentido da vida, ou seja, como expressões dos sujeitos e coletivos, como conjunto de valores da sociedade.

Enfim, o acesso às perspectivas artístico-culturais produzidas pelos sujeitos que vivenciaram experiências de sofrimento psíquico, que fora objeto de práticas de medicalização ou de discriminação, abre a possibilidade de elaborar novos significados, novos sentidos, novas

formas de imaginário e representação social sobre tais sujeitos e suas condições. Luís Carlos Vanderlei, conhecido como Lula Wanderley, psiquiatra e artista multimídia, fundador do “espaço Aberto ao Tempo” (EAT) e do coletivo artístico *Criações Poéticas Sistema Nervoso Alterado*, foi entrevistado pela equipe de pesquisa e sua entrevista na íntegra está disponível na página do projeto Memória da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Há uma produção literária e acadêmica muito prolífera sobre as atividades artístico-culturais no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira que vale a pena conhecer! (FRAYZE-PEREIRA, 1995, 1999, 2003; MOSÉ, 2001; MELLO, 2001; FRANCISQUETTI, 2006; CALICCHIO, 2007; SÁ, 2011; CORBELLA, 2015; CRUZ JÚNIOR, 2009; CRUZ, 2015; DANTAS, 2010, 2016; DiRENZO, 2008, 2011; FERREIRA, 2011; VIDAL, 2011; VIDAL ET AL, 1998; WANDERLEY, 2002, 2011; FERREIRA & JACÓ-VILELLA, 2012; PEIXOTO, 2012; XISTO, 2012; DIONÍSIO, 2012; LIMA & PELBART, 2007; LIMA, 2009; MACHADO, 2010; MALUF, 2005; MALUF et al. 2009; VENTURINI, 2012; PELBART, 1998, 2000, 2003, 2013; SIQUEIRA-SILVA et al 2012; TORRE, 2018).



### ***Considerações e comentários finais***

A partir do Edital “Memórias Brasileiras: Biografias”, lançado pela CAPES, nos dedicamos a resgatar e a refletir sobre um importante e vigoroso processo, que ficou conhecido como ‘Reforma Psiquiátrica brasileira’. Definimos um período coberto pela investigação, que se inicia em 1976, data de criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), entidade pioneira e inovadora, que se tornou uma referência histórica no sentido de demarcar o início, não apenas do processo da Reforma Psiquiátrica, mas também da Reforma Sanitária brasileira (no bojo do qual o primeiro teve lugar), e se encerra no ano de 2016, não apenas por completar quatro décadas cobertas pela pesquisa, mas também por ser um ano que demarca o que denominamos de ‘processo de contra reforma psiquiátrica’.

Uma opção conceitual e metodológica que utilizamos é a noção de *processo social complexo* com o intuito de poder contemplar a amplitude, a dinâmica e a complexidade (em que pese a possível redundância do uso do termo) da Reforma Psiquiátrica brasileira (ROTELLI, et al 1990; AMARANTE, 2015a, 2015b). A noção de processo social complexo teve como objetivo não apenas resistir a qualquer possibilidade de redução do mesmo a uma iniciativa meramente organizativa ou administrativa, de reestruturação ou remodelagem do modelo assistencial psiquiátrico, mas, pelo contrário, de elevá-lo a uma mudança de âmbito social, cultural, epistemológico, político. Não custa insistir que a noção de complexidade, como destacam Edgar Morin (MORIN, 1996), Boaventura de Sousa Santos (SANTOS, 1987, 1990) e Isabelle Stengers (STENGERS, 1990) não é sinônimo de complicação, mas de uma nova forma de pensar e organizar o pensamento científico.

Insistimos no princípio de que o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica não deveria se restringir a humanizar as instituições psiquiátricas, ou a modernizar a psiquiatria, ou ainda, a otimizar o

sistema e os equipamentos assistenciais, ou coisas deste gênero. O objetivo maior da Reforma Psiquiátrica deveria ser o de reconstruir as relações entre a sociedade e a loucura, ou o sofrimento mental, como preferem alguns autores, ou ainda com as pessoas em condições de diversidade ou vulnerabilidade. Por isto optamos por definir o escopo da Reforma Psiquiátrica como *construir um outro lugar social para a loucura, para a diversidade, para a diferença* (BIRMAN, 1992). Em outras palavras transformar a forma como a sociedade lida com tais questões. Isto significa transformar o imaginário e as representações sociais, a produção de sentidos no cotidiano, as práticas discursivas, a produção de narrativas, ou qual seja a noção que se prefira utilizar, da sociedade sobre a loucura. Transformar as concepções sociais, culturais, científicas, jurídicas políticas e assim por diante, que foram construídas na sociedade graças, em grande parte, à contribuição do próprio saber e das próprias instituições psiquiátricas. A partir das práticas de internamento, da associação da doença mental à alienação, irresponsabilidade, insanidade, incapacidade, periculosidade, desrazão, e tantos outros significados, a ideia de loucura, de doença, transtorno ou sofrimento mental ficaram altamente marginalizados do meio social.

### ***Reforma Psiquiátrica: o protagonismo e a potência de um movimento social***

Na medida em que se tratava de superar não apenas o modelo assistencial (manicomial, asilar, segregador, violento, etc) mas de transformar as relações sociais, de produzir novos lugares sociais, evidentemente que se faria necessária uma forte e consistente ação de intervenção social. Assim foi que, ao longo da pesquisa, foi possível constatar a potência, não apenas política e social, mas também acadêmica e científica, deste processo em suas dimensões sociocultural e jurídico-política, nas quais começa-se por reconhecer que foi constituído um grande movimento social, referenciado como um dos mais amplos e participativos existentes por todo o país e em todas as áreas das

políticas públicas. Este movimento que nasceu como Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se transformou ao longo dos anos, reconstruindo e redefinindo sua identidade e suas estratégias de ação.

No seu segundo congresso, em Bauru, no ano de 1987, redefiniu-se enquanto um movimento social amplo, e não apenas de ‘trabalhadores em saúde mental’, e passou a incorporar em seus quadros os próprios sujeitos ditos ‘loucos’, antes denominados pacientes, que de aí em diante passarão a ser denominados de ‘problematizados mentais’ ou ‘usuários’ e depois de ‘ex-usuários’, de ‘sobreviventes’, de ‘psiquiatrizados’ e outras denominações. Os antigos pacientes, anteriormente meros objetos das intervenções políticas ou técnicas, passaram a ser atores sociais, protagonistas das políticas e das ações sociais, em parte antecipando, em parte correspondendo à toda a reformulação simultânea que passava a ocorrer no sistema de saúde com o advento do SUS. Mas, foram incorporados também os familiares destes usuários, abrindo caminho para uma expressiva participação política destes atores sociais, anteriormente marcados pela falta de espaços e de escuta por parte dos serviços, das políticas e dos profissionais de saúde mental. Os familiares, na maior parte das vezes, discriminados e até mesmo culpabilizados, em decorrência de determinadas interpretações açodadas ou equivocadas de algumas teorias (hereditariedade, dinâmica familiar patogênica, etc) passaram a fazer parte do processo, discutindo as políticas, os serviços, as estratégias, as dificuldades, as soluções (ROSA, 2000; MELMAN, 2001).

Por outro lado, na medida em que sofrem essa ampliação autodenominada de *social*, o movimento passou a incorporar participantes de outros movimentos sociais vinculados a lutas inclusivas, de defesa dos direitos humanos, de defesa das liberdades e da democracia, de direito à terra e à moradia, de igualdade de gênero, de direitos sexuais, lutas feministas, trabalhistas, urbanas, luta contra o racismo, contra o trabalho escravo, entre outras. No sentido de expressar esta transformação, o coletivo passou a denominar-se ‘Movimento Social

Por Uma Sociedade Sem Manicômios', onde o termo social procura apontar para esta ampliação de sentido e significado de sua identidade. O lema acima foi proposto pela Rede de Alternativas a Psiquiatria, uma iniciativa nascida em Bruxelas, em 1975, da qual participaram Mony El Kaim, Robert Castel, Franco Basaglia, Felix Guattari, Ronald Laing e muitos outros, como um intercâmbio entre experiências e reflexões, americanas e européias, como alternativa à psiquiatria tradicional, com vistas à propostas de supressão de todas as formas de confinamento psiquiátrico; rechaço ao monopólio dos problemas de saúde mental pelos profissionais da área; crítica à psiquiatria de setor, assim como às novas técnicas psiquiátricas e psicanalíticas que mascaram sua expansão; e apoio a lutas sustentadas por grupos ou populações contra a psiquiatrização.

Mais tarde, a partir do I Encontro em Salvador, a denominação passará a ser Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) perdurando até os dias atuais, mas mantendo sempre a dimensão de ser um movimento social amplo, e não apenas de técnicos, usuários e familiares do campo da saúde mental.

Uma outra transformação ocorrida no II Congresso do MTSM em Bauru, e que aqui merece destaque, é a expressão 'por uma sociedade sem manicômios', que passou a indicar uma superação também da imagem-objetivo do movimento, de uma proposta de natureza mais técnica para uma outra, de base política, donde a referência ao social na denominação de movimento apontaria desde então para a construção de um novo lugar social para a loucura, uma nova referência política, ética e estética para as relações entre a sociedade e a loucura e suas várias expressões e derivações (diversidade, diferença, divergência, sofrimento, mal estar...).

Assim é que este livro dedicou especial atenção ao MNLA como um ator fundamental em todo o processo, mesmo após a divisão ocorrida em 2001, a partir da qual, embora seguindo duas linhas com discordâncias de princípios e estratégias, seguiram sendo, o MNLA e a RENILA,

protagonistas inquestionáveis da trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira (VASCONCELOS, 2000, 2008).

Muitos livros, artigos e pesquisas foram produzidos sobre a importância da participação social no âmbito deste movimento e deste processo, especialmente sobre a participação dos “usuários”. Como se sabe, o termo usuário passou a ser utilizado nas políticas públicas de saúde através do SUS. O princípio era o de garantir a participação dos cidadãos brasileiros, isto é, dos usuários, em todos os momentos e etapas do Sistema Único de Saúde, desde a elaboração até o controle social. As leis do SUS (8.080/90 e 8142/92) regulamentam a participação e o controle social no âmbito do SUS. No campo da saúde mental e Reforma Psiquiátrica o termo mereceu maior destaque no sentido de que foi estratégico no deslocamento da ideia de identidade principal dos sujeitos, de paciente, cliente, portador de transtorno mental, e definições deste gênero, para um sujeito político, com contratualidade e direitos. Mais tarde passou a ser motivo de muitas críticas, principalmente por parte dos próprios “usuários”, que passariam a reivindicar seus lugares e protagonismos como sujeitos de direitos e atores sociais (FERNANDES, Graça, 1993; III ENCONTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993; LOUGON & ANDRADE, 1995; CRP/SP, 1997; VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS & WEINGARTEN, 2003; NABUCO, 2008; NABUCO & AMARANTE, 2012).

Efetivamente, a literatura a respeito do movimento e da participação dos “usuários” é riquíssima e, portanto, não seria possível reproduzi-la aqui. Mas é necessário destacar o quanto a mesma reconhece a transformação política e social existente neste meio, referindo-se à centenas e até mesmo milhares de pessoas que, anteriormente reclusas em instituições manicomiais, com prontuários que afirmavam suas incurabilidade, cronicidade evolutiva, irrecuperabilidade, periculosidade, alheamento, incapacidade de assunção das atividades mínimas da vida cotidiana, e tantas outras constatações clínicas desta ordem, passaram a viver fora das instituições,

a viver na cidade, que passaram a trabalhar, a namorar e casar, a compor cooperativas e projetos de geração de renda, projetos artístico-culturais, ou a serem ativos militantes do movimento da Reforma Psiquiátrica ou de outros movimentos em defesa do SUS, dos direitos humanos e assim por diante.

A realização de 22 encontros nacionais do MNLA, intercalados por centenas de encontros locais, municipais, regionais e estaduais, preparatórios ou não, de centenas de atividades comemorativas do Dia da Luta Antimanicomial em todo o país, deu consistência e legitimidade ao movimento. Na maior parte das vezes sem apoio público, e, por opção e decisão política, sempre sem contar com o apoio de financiadores tradicionais dos eventos do setor saúde, especialmente eventos de medicina (laboratórios farmacêuticos, indústria de equipamentos, dentre outros), os eventos serviram de verdadeiras referências e motivações para a auto-gestão e autonomia do movimento. Por outro lado, foram importantes também as conferências de saúde (locais, municipais, regionais, estaduais e nacionais de saúde), e não apenas as de saúde mental. A participação do MNLA nas conferências de saúde do período também mereceu ser destacada e reconhecida pelos variados atores do setor saúde, desde a 8ª em 1986 até a XIV em 2011. Lamentavelmente, as Conferências de Saúde Mental não foram realizadas nos períodos propostos (primeiros anos da gestão dos novos governos nacionais), mesmo no período do governo autointitulado de gestão democrática e participativa, que realizou apenas uma conferência (a quarta), durante 12 anos de governo.

Utilizamos a expressão lamentavelmente porque, sem sombra de dúvidas, toda a mobilização em torno de todos os eventos e etapas das conferências significaram momentos muito ricos de discussão, de troca sociais, de construção de pensamento crítico, de construção de alianças e parcerias sociais, de tomada de consciência, de reflexão, enfim, de produção de vida de novos sujeitos e direitos (COSTA-ROSA, LUZIO & YASUI, 2001; VASCONCELOS & WEINGARTEN, 2003). Dados exemplares sobre a amplitude do processo de organização e participação

das conferências podem ser encontrados na tese de doutorado de Silvio Yasui, ao referir-se à III 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi realizada em Brasília em 2001: “Em um curto período de tempo, pois foram apenas seis meses para organizar o processo, realizaram-se 163 Conferências Municipais e 173 Microrregionais e Regionais. Na segunda etapa, todos os 27 estados da federação realizaram conferências estaduais, congregando cerca de 20.000 participantes. Na Conferência Nacional em Brasília, houve a participação de 1480 inscritos regulares, aos quais se somaram cerca de 220 pessoas que transitaram nas atividades, totalizando a cifra geral de 1700 participantes. A plenária final para a votação das propostas durou extenuantes 23 horas (YASUI, 2006, 57).

Além do MNLA e da RENILA, a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) passou a cumprir um papel decisivo do final dos anos 2000 em diante. Criada a partir do Grupo de Trabalho em Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), foi protagonista de vários acontecimentos, tendo fundado o Congresso Brasileiro de Saúde Mental, do qual ocorreram cinco edições nacionais, além do Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, que teve duas edições no período coberto pela pesquisa, que vai até 2016. Os eventos continuam sendo realizados, os congressos nos anos pares e os fóruns nos anos ímpares.

Apesar de não ter sido aliada de nenhum governo em particular, a ABRASME passou a exercer um papel de liderança muito importante em defesa da Reforma Psiquiátrica. Essa defesa, contudo, não foi justificativa para omitir as críticas à condução do processo por parte dos organismos de governo, crítica esta que ocasionou a ausência da associação na comissão organizadora da IV Conferência. A ABRASME foi responsável, conjuntamente com o MNLA e a RENILA, pelo enfrentamento às críticas provenientes dos setores contra reformistas, especialmente a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais e o Conselho Federal de Medicina (CFM), explicitamente defensores do modelo psiquiátrico e de saúde privatizado, medicalizante,

intervencionista e hospitalocêntrico (este último compreensível a partir da lógica de mercado que representa).

No âmbito da dimensão sociocultural o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira encontrou um de seus maiores êxitos. Na ocasião do Edital “Loucos pela Diversidade” foi possível começar a perceber a amplitude e a repercussão das iniciativas artístico-culturais realizadas por artistas individuais e coletivos e até mesmo a constatação de uma certa *autonomia* o campo em relação à Reforma Psiquiátrica, o que foi objeto de pesquisa de várias investigações, monografias, dissertações, teses e estudos de pós-doutorado, conforme foi abordado na parte específica dedicada à essa dimensão.

### ***Novos sujeitos de direitos: avanços na dimensão jurídico-política***

Na dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica, como vimos anteriormente, existiram muitos aspectos que mereceriam estar presentes nestes comentários finais, mas seriam excessivos e quase impossível de serem listados. Mas dentre os mais significativos, deve-se começar pelo reconhecimento do impacto cidadão do Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988 e pelas leis 8.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142 (BRASIL, 1990b), que regulamentam o SUS e a participação e o controle social no mesmo.

É certamente necessário destacar a Lei 10.216/01 que, após cerca de 12 anos em tramitação no Congresso Nacional a partir de sua apresentação como PL 3.657/89 na Câmara dos Deputados pelo Deputado Paulo Delgado (DELGADO, 1989), foi sancionada em 06 de abril de 2001 pelo então presidente da República Fernando Henrique Cardoso. Contudo, enquanto o PL era arduamente debatido no Congresso Nacional, tendo como defensores os militantes do MNLA e como adversários a ABP, a FBH, o CFM e a AFDM (associação de familiares dos doentes mentais, criada pelos proprietários dos hospitais psiquiátricos privados (SOUZA, 1999), oito leis estaduais de Reforma



Psiquiátrica foram aprovadas, além de muitas outras leis de âmbito municipal em cidades de grande expressão nacional.

Por outro lado, foram aprovadas muitas outras medidas legislativas nacionais, estaduais e municipais de direitos e de cidadania das pessoas com diagnósticos psiquiátricos. Exemplos são a promulgação da Lei 9.867 de 10 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999), e do Decreto 8.136/2013, que possibilitaram o surgimento do Cooperativismo Social, estratégia fundamental de produção de vida e sociabilidades e, evidentemente, de geração de renda e sustentação financeira para um segmento social de muita vulnerabilidade, como é o caso das pessoas com diagnósticos psiquiátricos (ROTELLI, 2000; SINGER, 2003; FSM, 2008; GADOTTI 2009; PINHO et al, 2014). O boletim “Saúde Mental em Dados” nº 12 registra que, de 2005 a 2013 foram oficialmente cadastradas 1008 iniciativas de geração de renda para pessoas com transtornos mentais.

Outra medida veio com a aprovação do “De Volta para Casa”, programa de apoio financeiro e reabilitação psicossocial nascido a partir da experiência de Angra dos Reis no estado do Rio de Janeiro (FERREIRA, 1996) e adotado como política nacional pela lei 10.708, de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2003).

Foram também instituídas as residências para ex-internos de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2000), necessárias também devido aos resultados do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) em 2002 (BRASIL, 2002) - que ocasionou o fechamento de centenas de hospitais e milhares de postos de internação, com a consequente ‘libertação’ de um enorme contingente de internos que viviam em condições de vida precária e submetidos a situações de extrema violência em tais instituições.

De uma maneira geral é importante destacar que no âmbito da dimensão jurídico-política foram criados muitos espaços de participação social, de extensão das concepções tradicionais de cidadania e de direitos sociais, civis, políticos e, enfim, humanos, que foram muito bem explorados e aproveitados em prol de novas relações sociais de solidariedade, de emancipação, de autonomia e de reconhecimento

(HONNETH, 2009). Em grande parte devidas às iniciativas específicas, por assim dizer, internas, ao campo da Reforma Psiquiátrica, as inovações e avanços no campo dos direitos e da cidadania das pessoas com diagnósticos psiquiátricos se deve também ao contexto mais geral de democratização e ampliação dos direitos promulgados e valorizados por outros setores das políticas públicas e dos movimentos sociais correspondentes aos mesmos. São os casos muito notórios da área do trabalho, com a constituição e o estímulo à política de economia solidária (BRASIL, 2005, 2010), do Programa Nacional de Cultura, Arte e Cidadania: Cultura Viva/Pontos de Cultura, instituído pela Portaria nº 156 de 06 de julho de 2004 (BRASIL/MinC, 2004), que também ficou conhecido como “Mais Cultura – Pontos de Cultura”, que propiciou o reconhecimento de mais de 3000 Pontos de Cultura (DORNELES, 2011), muitos dos quais de iniciativas compostas por usuários da área da saúde mental e deu origem ao Projeto e Edital “Loucos pela Diversidade”, além da área específica dos direitos humanos, desde a promulgação da terceira revisão do *Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3)* (BRASIL, 2009).

Um acontecimento que merece destaque no período foi a condenação, do Estado brasileiro, em agosto de 2006, pela Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), no caso da morte de Damião Ximenes. Damião morreu em uma clínica psiquiátrica localizada em Sobral (Ceará), em 1999, com sinais visíveis de agressões e espancamento. Seu caso se tornou uma referência simbólica na defesa dos direitos humanos na medida em que sempre ocorreram muitos casos de mortes e muitas outras situações de violência contra as pessoas internadas em instituições psiquiátricas e que não chegam, no entanto, ao conhecimento das autoridades ou da opinião pública. A decisão foi considerada uma vitória histórica para a defesa dos direitos humanos no campo da Reforma Psiquiatria e para a luta antimanicomial. Mas, apesar da sentença e das punições e recomendações ao estado brasileiro quanto a regulamentação e monitoramento dos serviços públicos de saúde mental e internação

psiquiátrica, situações semelhantes continuaram acontecendo sistematicamente e a impunidade permaneceu na maioria das situações.

***Dimensão técnico-assistencial: mais cuidado e cidadania, mais direitos e autonomia***

No que diz respeito a dimensão técnico-assistencial muitos são os aspectos a serem destacados. Como vimos ao longo da pesquisa, os novos serviços, dispositivos e estratégias de atenção psicossocial começaram a surgir em decorrência de iniciativas locais, decisões e propostas pontuais por intermédio de atores ligados ao processo da Reforma Psiquiátrica. Assim surgiram o CAPS Luiz Cerqueira em São Paulo, a Rede Substitutiva de Santos, a Rede de Saúde Mental do Município de São Paulo, os CERSAM em Betim e Belo Horizonte e outras cidades mineiras, os CAPS em Fortaleza e Quixadá e em outras cidades do Ceará, a Nossa Casa em São Lourenço do Sul (RS), o CAIS de Angra dos Reis (RJ), os NAPS de Olinda (PE) e Londrina (PR), o Instituto de Saúde Mental do Distrito Federal e muitos outros serviços pelo país que nasceram antes da regulamentação nacional. Então surgiram as primeiras portarias ministeriais com as diretrizes de âmbito nacional que passaram a normatizar e, em certo sentido, a limitar as possibilidades criativas e inventivas das iniciativas emergentes. Assim foram as portarias 189/91 e 224/92, que regulamentam os NAPS/CAPS e, posteriormente, muitas outras, passando pela 106/00 e 1.220/00 que regulamentaram os Serviços Residenciais Terapêuticos e instituiu a atividade profissional de cuidador em saúde, a portaria 336/02, que reclassificou os CAPS em I, II, II-i, II-ad e III, chegando à portaria GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e republicada em 21 de maio de 2013, que, em decorrência do decreto presidencial 7.508/2011 (BRASIL, 2011a; 2011b).

O Prof. Luiz Cerqueira, no seu clássico livro “Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental” (CERQUEIRA, 1984), revelou que

no final dos anos 1970 e início dos 1980, deveriam existir em torno de 80.000 leitos psiquiátricos no país, dos quais cerca de 22 mil seriam públicos e 56 mil privados. Os dados eram estimados de forma muito precária, na medida em que o sistema de informação era muito elementar e existiam os chamados “leito-chão”, eufemismo criado para se referir e justificar os internos que não tinham acesso a um leito verdadeiro e, portanto, dormiam no chão. A título de exemplo desta dificuldade contábil, fala-se que no Hospital do Juquery existiam 16 mil internos, enquanto que Walter Farias que foi funcionário e depois interno do hospital, afirma em seu livro “O Capa Branca” que o número beirava a espantosa cifra dos 30 mil! (FARIAS & SONIN, 2014).

Na primeira edição do “Saúde Mental em Dados”, publicação da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em maio de 2006, após 30 anos de trajetória na Reforma Psiquiátrica, com criação de novos serviços, estratégias e dispositivos, com o surgimento do “De Volta para Casa”, do PNASH e outras iniciativas, o número de leitos registrados no país foi de 40.942 num total de 228 hospitais. Em outra publicação do MS faz-se referência ao número de leitos existentes no país em 2002 como sendo de 51.393. Fossem um tanto mais ou um tanto menos que 80 mil leitos no período citado anteriormente, o certo é que a redução de vagas nas instituições psiquiátricas foi bastante relevante no contexto da Reforma Psiquiátrica.

## Assistência psiquiátrica hospitalar

Tabela 10 – Número de hospitais psiquiátricos, leitos SUS e indicador Leitos por 1.000 hab. por UF (em 18 de maio de 2006)

UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	%leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1º SP	40.442.795	58	13.089	31,97	0,32
2º RJ	15.383.407	41	7.960	19,44	0,52
3º PE	8.413.593	16	3.293	8,04	0,39
4º MG	19.237.450	21	3.046	7,44	0,16
5º PR	10.261.856	17	2.648	6,47	0,26
6º GO	5.619.917	11	1.303	3,18	0,23
7º BA	13.615.334	9	1.264	3,09	0,09
8º CE	8.097.276	8	1.120	2,74	0,14
9º RS	10.845.087	6	911	2,23	0,08
10º AL	3.015.912	5	880	2,15	0,29
11º MA	6.103.327	4	822	2,01	0,13
12º RN	3.003.087	5	819	2,00	0,27
13º PB	3.595.886	6	801	1,96	0,22
14º SC	5.886.568	4	800	1,95	0,14
15º ES	3.408.365	3	620	1,51	0,18
16º PI	3.006.885	2	400	0,98	0,13
17º SE	1.967.791	3	380	0,93	0,19
18º MS	2.264.468	2	200	0,49	0,09
19º TO	1.305.728	1	160	0,39	0,12
20º AM	3.232.330	1	126	0,31	0,04
21º MT	2.803.274	2	117	0,29	0,04
22º DF	2.333.108	1	74	0,18	0,03
23º PA	6.970.586	1	56	0,14	0,01
24º AC	669.736	1	53	0,13	0,08
<b>Total</b>	<b>181.683.766</b>	<b>228</b>	<b>40.942</b>	<b>100</b>	<b>0,23</b>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, população 2005

No ano de 2012 os leitos caíram para 29.958 e em 2015 para 25.988, distribuídos em 167 hospitais, como é possível observar nas tabelas 10 do Saúde Mental em Dados 11 (BRASIL, 2011) e 13, do Saúde Mental e Dados 12 (BRASIL, 2015).

Tabela 10 – Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF (Brasil, jul/2012).

REGIÃO	UF	População	Nº DE HOSPITAIS	Nº de leitos SUS (CNES)	Leitos por 1000 habitantes
NORTE	AC	732793	1	53	0,072
NORDESTE	AL	3120922	5	880	0,282
NORTE	AM	3480937	1	126	0,036
NORDESTE	BA	14021432	7	811	0,058
NORDESTE	CE	8448055	5	789	0,093
CENTRO OESTE	DF	2562963	1	83	0,032
SUDESTE	ES	3512672	3	620	0,177
CENTRO OESTE	GO	6004045	10	1171	0,195
NORDESTE	MA	6569683	3	663	0,101
SUDESTE	MG	19595309	17	2231	0,114
CENTRO OESTE	MS	2449341	2	200	0,082
CENTRO OESTE	MT	3033991	2	202	0,067
NORTE	PA	7588078	1	56	0,007
NORDESTE	PB	3766834	4	695	0,185
NORDESTE	PE	8796032	10	1359	0,155
NORDESTE	PI	3119015	1	160	0,051
SUL	PR	10439601	15	2480	0,238
SUDESTE	RJ	15993583	28	4931	0,308
NORDESTE	RN	3168133	3	472	0,149
SUL	RS	10695532	6	801	0,075
SUL	SC	6249682	3	582	0,093
NORDESTE	SE	2068031	2	280	0,135
SUDESTE	SP	41252160	54	10153	0,246
NORTE	TO	1383453	1	160	0,116
<b>TOTAL</b>		<b>188052277</b>	<b>185</b>	<b>29958</b>	<b>0,159</b>
<b>BRASIL</b>		<b>190732694</b>			<b>0,157</b>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS./DataSus

**Tabela 13 – Distribuição dos Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por UF  
(Brasil, dez/2014)**

Região	UF	Estimativa população 2013 (IBGE)	Total de Hospitais Psiquiátricos	Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos	Leitos por 1000 habitantes - Estimativa população 2013 (IBGE)
Centro-Oeste	DF	2.789.761	1	85	0,03
	GO	6.434.048	7	791	0,123
	MS	2.587.269	2	200	0,077
	MT	3.182.113	2	202	0,063
<b>Total Centro-Oeste</b>		<b>14.993.191</b>	<b>12</b>	<b>1.278</b>	<b>0,085</b>
Nordeste	AL	3.300.935	5	880	0,267
	BA	15.044.137	6	671	0,045
	CE	8.778.576	4	623	0,071
	MA	6.794.301	2	560	0,082
	PB	3.914.421	4	524	0,134
	PE	9.208.550	9	1.262	0,137
	PI	3.184.166	1	160	0,05
	RN	3.373.959	3	480	0,142
	SE	2.195.662	1	80	0,036
<b>Total Nordeste</b>		<b>55.794.707</b>	<b>35</b>	<b>5.240</b>	<b>0,094</b>
Norte	AC	776.463	1	65	0,084
	AM	3.807.921	1	65	0,017
	PA	7.969.654	1	22	0,003
<b>Total Norte</b>		<b>12.554.038</b>	<b>3</b>	<b>152</b>	<b>0,012</b>
Sudeste	ES	3.839.366	3	460	0,12
	MG	20.593.356	13	1.798	0,087
	RJ	16.369.179	25	3.792	0,232
	SP	43.663.669	52	9.539	0,218
<b>Total Sudeste</b>		<b>84.465.570</b>	<b>93</b>	<b>15.589</b>	<b>0,185</b>
Sul	PR	10.997.465	15	2.273	0,207
	RS	11.164.043	6	851	0,076
	SC	6.634.254	3	605	0,091
<b>Total Sul</b>		<b>28.795.762</b>	<b>24</b>	<b>3.729</b>	<b>0,129</b>
<b>Total Geral</b>		<b>196.603.260</b>	<b>167</b>	<b>25.988</b>	<b>0,132</b>
<b>Brasil</b>		<b>201.032.714</b>	<b>167</b>	<b>25.988</b>	<b>0,129</b>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Datasus.

Um outro dado importante também diz respeito à mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos, que passaram a ter menos leitos, a partir de medidas estipuladas pelas Portarias 52/2004 e GM/MS 2.644/2009 que induzem os hospitais a reduzirem seus leitos, remunerando-os melhor por tal motivo.

Tabela 14 – Série Histórica da mudança do perfil dos Hospitais Psiquiátricos (Brasil, dez/2002 a dez/2014)

Faixas/ Portes Hospita- lares	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 160 leitos	12.390	24,11	14.301	29,61	15.616	34,09	16.155	38,39	16.829	42,53	16.709	43,98	16.846	45,78
De 161 a 240 leitos	11.314	22,01	10.471	21,68	9.959	21,74	9.136	21,72	8.234	20,81	7.299	19,21	7.042	19,6
De 241 a 400 leitos	12.564	24,45	12.476	25,83	10.883	23,75	9.013	21,42	8.128	20,54	8.474	22,32	7.590	20,63
Acima de 400 leitos	15.125	29,43	11.055	22,89	9.356	20,42	7.770	18,47	6.376	16,12	5.506	14,49	5.319	14
<b>Total</b>	<b>51.393</b>		<b>48.303</b>		<b>45.814</b>		<b>42.076</b>		<b>39.567</b>		<b>37.988</b>		<b>36.797</b>	
Faixas/Portes Hospitalares	2009		2010		2011		2012		2013		2014			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Até 160 leitos	15.815	45,71	15.933	48,67	15.991	49,53	14.569	48,63	14.758	52,24	12.635	48,62		
De 161 a 240 leitos	6.766	19,55	7.003	21,39	7.157	22,17	7.155	23,88	6.305	22,32	6.321	24,32		
De 241 a 400 leitos	7.471	21,59	6.001	18,33	5.752	17,82	5.388	17,99	4.379	15,5	4.622	17,79		
Acima de 400 leitos	4.549	13,15	3.790	11,6	3.384	10,48	2.846	9,5	2.806	9,93	2.410	9,27		
<b>Total</b>	<b>34.601</b>		<b>32.735</b>		<b>32.284</b>		<b>29.958</b>		<b>28.248</b>		<b>25.988</b>			

Fontes: Em 2002 e 2003: SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais de Saúde Mental; de 2004 a 2012: PRH/CNES e Coordenações Estaduais de Saúde Mental; a partir de 2013: PNASH, CNES e Coordenações Estaduais de Saúde Mental.

Com a redução de 25.405 leitos em hospitais psiquiátricos de 2002 a 2015 (após este boletim o Ministério da Saúde não emitiu mais informações), seria necessário oferecer outras formas de cuidado e assistência dentro do espírito proposto pela Reforma Psiquiátrica e o SUS, em serviços, dispositivos e estratégias não invasivas, de acordo com as diretrizes de universalidade, acessibilidade, integralidade, territorialidade, intersetorialidade, respostas dinâmicas e interdisciplinares e assim por diante. Foi o que ocorreu, mesmo que de forma não tão adequada ou suficiente, como já vimos, nas dimensões jurídico-política e sociocultural, e, como passaremos a abordar, aqui na dimensão técnico-assistencial.

O equipamento que foi considerado central na transição do modelo, de asilar para territorial, foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), denominado então de organizador da rede (BRASIL/MS, 2004). De acordo com o boletim “Saúde Mental em Dados” em 2006 existiam 840 CAPS no país (uma relação de 0,37 por 100.000 habitantes), enquanto que em 2012 passariam para 1.803 (0,74 por 100.000 habitantes) e em 2014 alcançaram a cifra de 2.209 (0,86 por 100.000 habitantes), ainda muito distante da experiência italiana (TORESINI & TREBICIANI, 1991) por exemplo, de 1 para 50.000 ou 70.000 habitantes, mas bastante importante por indicar um processo significativo de inversão do modelo assistencial, embora o parâmetro adotado como “muito bom” pelo MS era o de acima de 0,70. As tabelas abaixo fornecem dados mais precisos e



detalhados por regiões e estados e tipos de CAPS e a evolução da cobertura.

Tabela 1 – Rede CAPS por UF e indicador CAPS/100.000 hab ( em 18 de maio de 2006)

Unidade Federativa	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSI	CAPSad	Total de CAPS	CAPS por 100.000 hab ponderado
1 Sergipe	1.967.791	11	3	2	1	2	19	0,74
2 Mato Grosso	2.803.274	20	2	0	1	5	28	0,64
3 Rio Grande do Sul	10.845.087	37	29	1	7	9	83	0,60
4 Alagoas	3.015.912	23	5	0	1	0	29	0,58
5 Santa Catarina	5.866.568	26	13	0	4	3	46	0,56
6 Rio Grande do Norte	3.003.087	4	7	0	1	3	15	0,43
7 Paraíba	3.595.886	8	6	1	1	3	19	0,43
8 Ceará	8.097.276	16	18	1	2	5	42	0,43
9 Minas Gerais	19.237.450	47	38	3	5	4	97	0,39
10 Rondônia	1.534.594	3	4	0	0	0	7	0,36
11 Rio de Janeiro	15.383.407	22	30	0	7	7	66	0,36
12 Mato Grosso do Sul	2.264.468	4	4	0	1	1	10	0,35
13 São Paulo	40.442.795	36	50	14	18	35	153	0,35
14 Amapá	594.587	0	0	0	0	2	2	0,34
15 Paraná	10.261.856	10	14	1	5	9	39	0,34
16 Piauí	3.006.885	10	2	0	1	2	15	0,33
17 Espírito Santo	3.408.365	4	7	0	0	2	13	0,32
18 Bahia	13.815.334	31	20	2	3	3	59	0,32
19 Pernambuco	8.413.593	6	13	1	3	5	28	0,30
20 Acre	669.736	0	1	0	0	1	2	0,30
21 Tocantins	1.305.728	3	2	0	0	0	5	0,27
22 Maranhão	6.103.327	13	6	1	2	0	22	0,26
23 Roraima	391.317	0	0	0	0	1	1	0,26
24 Goiás	5.619.917	5	7	0	1	3	16	0,24
25 Pará	6.970.586	8	8	1	1	2	20	0,24
26 Distrito Federal	2.333.108	1	0	0	1	1	3	0,11
27 Amazonas	3.232.330	1	0	0	0	0	1	0,02
<b>Brasil</b>	<b>184.184.264</b>	<b>349</b>	<b>289</b>	<b>28</b>	<b>66</b>	<b>108</b>	<b>840</b>	<b>0,37</b>

Fontes: Coordenação de Saúde Mental/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – estimativa populacional 2005.

Tabela 3 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo, UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Brasil, jul/2012)

Região	UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSe	CAPSe III	TOTAL	Indicador CAPS/100.000 hab
N	Acre	732793		1			1		2	0,27
N	Amapá	668689				1	2		3	0,45
N	Amazonas	3480937	8	4	1				13	0,27
N	Pará	7588078	26	16	2	3	6	1	54	0,56
N	Rondônia	1560501	11	5			1		17	0,74
N	Roraima	451227	1				1		2	0,33
N	Tocantins	1383453	8	3			1		12	0,58
<b>TOTAL DA REGIÃO NORTE</b>		<b>15865678</b>	<b>54</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>103</b>	<b>0,49</b>
NE	Alagoas	3120922	39	6		1	3		49	0,95
NE	Bahia	14021432	127	32	3	7	16		185	0,88
NE	Ceará	8448055	50	29	3	6	18		106	0,98
NE	Maranhão	6569683	39	14	1	3	6		63	0,67
NE	Paraíba	3766834	42	8	3	8	8	2	71	1,39
NE	Pernambuco	8796032	29	18	3	7	12	2	71	0,67
NE	Piauí	3119015	30	7	1	1	4		43	0,91
NE	Rio Grande do Norte	3168133	15	11	1	2	7		36	0,92
NE	Sergipe	2068031	19	4	3	2	4		32	1,16
<b>TOTAL DA REGIÃO NORDESTE</b>		<b>53078137</b>	<b>390</b>	<b>129</b>	<b>18</b>	<b>37</b>	<b>78</b>	<b>4</b>	<b>656</b>	<b>0,89</b>
CO	Distrito Federal	2562963	1	2		1	3		7	0,25
CO	Goiás	6004045	17	16		2	5	1	41	0,55
CO	Mato Grosso	3033991	24	3		3	5		35	0,76
CO	Mato Grosso do Sul	2449341	10	6	1	1	4		22	0,71
<b>TOTAL DA REGIÃO CENTRO-OESTE</b>		<b>14050340</b>	<b>52</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>105</b>	<b>0,57</b>
SE	Espírito Santo	3512672	8	8		1	3		20	0,46
SE	Minas Gerais	19595309	87	45	10	12	22	1	177	0,71
SE	Rio de Janeiro	15993583	36	40	1	18	18	1	114	0,61
SE	São Paulo	41252160	65	81	29	46	71	3	295	0,68
<b>TOTAL DA REGIÃO SUDESTE</b>		<b>80353724</b>	<b>196</b>	<b>174</b>	<b>40</b>	<b>77</b>	<b>114</b>	<b>5</b>	<b>606</b>	<b>0,66</b>
S	Rio Grande do Sul	10695532	68	38		19	27	1	153	1,12
S	Santa Catarina	6249682	51	13	2	6	11		83	0,94
S	Paraná	10439601	37	28	2	8	22		97	0,76
<b>TOTAL DA REGIÃO SUL</b>		<b>27384815</b>	<b>156</b>	<b>79</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>333</b>	<b>0,94</b>
<b>Brasil</b>		<b>190732694</b>	<b>848</b>	<b>438</b>	<b>66</b>	<b>158</b>	<b>281</b>	<b>12</b>	<b>1803</b>	<b>0,74</b>

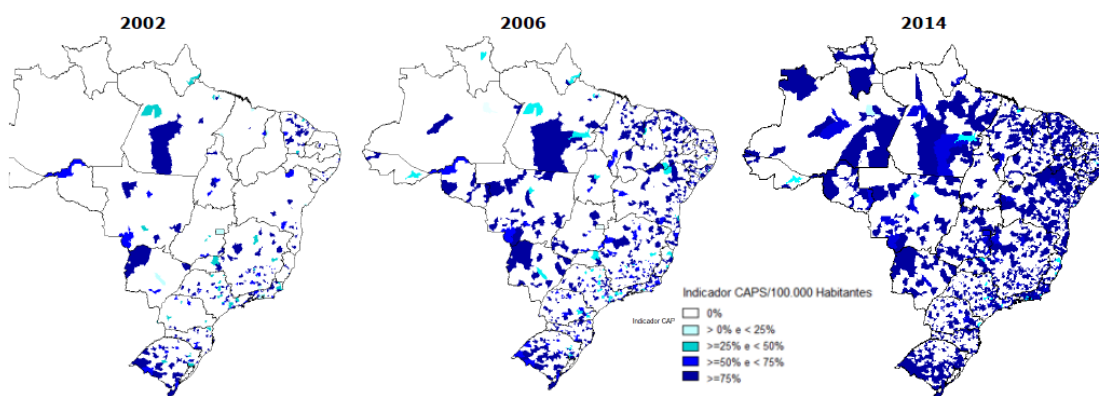
Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Tabela 6 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2014)

UF	UF	Pop (IBGE 2014)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSí	CAPSad	CAPSad III	Total	Cobertura CAPS
AC	Acre	790.101	2	1				1	4	0,44
AM	Amazonas	3.873.743	13	5	1	1	1		21	0,39
AP	Amapá	750.912				1	1	1	3	0,47
PA	Pará	8.073.924	44	16	3	3	6	1	73	0,66
RR	Roraima	496.936	5	1	1		1		8	1,21
RO	Rondônia	1.748.531	13	5		1	1		20	0,77
TO	Tocantins	1.496.880	8	4				2	14	0,73
<b>NORTE</b>		<b>17.231.027</b>	<b>85</b>	<b>32</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>143</b>	<b>0,61</b>
AL	Alagoas	3.321.730	45	6		1	2	1	55	0,99
BA	Bahia	15.126.371	149	35	3	10	17	2	216	0,95
CE	Ceará	8.842.791	62	29	3	7	21	3	125	1,10
MA	Maranhão	6.850.884	43	15	3	3	7		71	0,74
PB	Paraíba	3.943.885	49	8	4	9	7	5	82	1,57
PE	Pernambuco	9.277.727	46	26	4	8	14	2	100	0,86
PI	Piauí	3.194.718	39	7	1	1	4	2	54	1,13
RN	Rio Grande do Norte	3.408.510	17	11	1	3	6	1	39	0,92
SE	Sergipe	2.219.574	25	4	3	2	4	1	39	1,28
<b>NORDESTE</b>		<b>56.186.190</b>	<b>475</b>	<b>141</b>	<b>22</b>	<b>44</b>	<b>82</b>	<b>17</b>	<b>781</b>	<b>1,00</b>
ES	Espírito Santo	3.885.049	10	7		1	5		23	0,46
MG	Minas Gerais	20.734.097	125	52	12	19	30	10	248	0,95
RJ	Rio de Janeiro	16.461.173	43	45	3	25	22	1	139	0,73
SP	São Paulo	44.035.304	80	90	35	58	76	14	353	0,77
<b>SUDESTE</b>		<b>85.115.623</b>	<b>258</b>	<b>194</b>	<b>50</b>	<b>103</b>	<b>133</b>	<b>25</b>	<b>763</b>	<b>0,79</b>
PR	Paraná	11.081.692	47	28	3	11	24	5	118	0,89
RS	Rio Grande do Sul	11.207.274	77	41	1	21	29	11	180	1,32
SC	Santa Catarina	6.727.148	55	14	2	8	11	1	91	0,97
<b>SUL</b>		<b>29.016.114</b>	<b>179</b>	<b>83</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>64</b>	<b>17</b>	<b>389</b>	<b>1,07</b>
DF	Distrito Federal	2.852.372	1	3		1	4	3	12	0,46
GO	Goiás	6.523.222	33	14	1	3	7	2	60	0,69
MS	Mato Grosso do Sul	2.619.657	11	6	1	1	4		23	0,69
MT	Mato Grosso	3.224.357	27	3		3	5		38	0,76
<b>CENTRO OESTE</b>		<b>15.219.608</b>	<b>72</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>133</b>	<b>0,66</b>
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>20.276.562</b>	<b>1.069</b>	<b>476</b>	<b>85</b>	<b>201</b>	<b>309</b>	<b>69</b>	<b>2.209</b>	<b>0,86</b>

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Figura 1 – Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2002, dez/2006 e dez/2014)

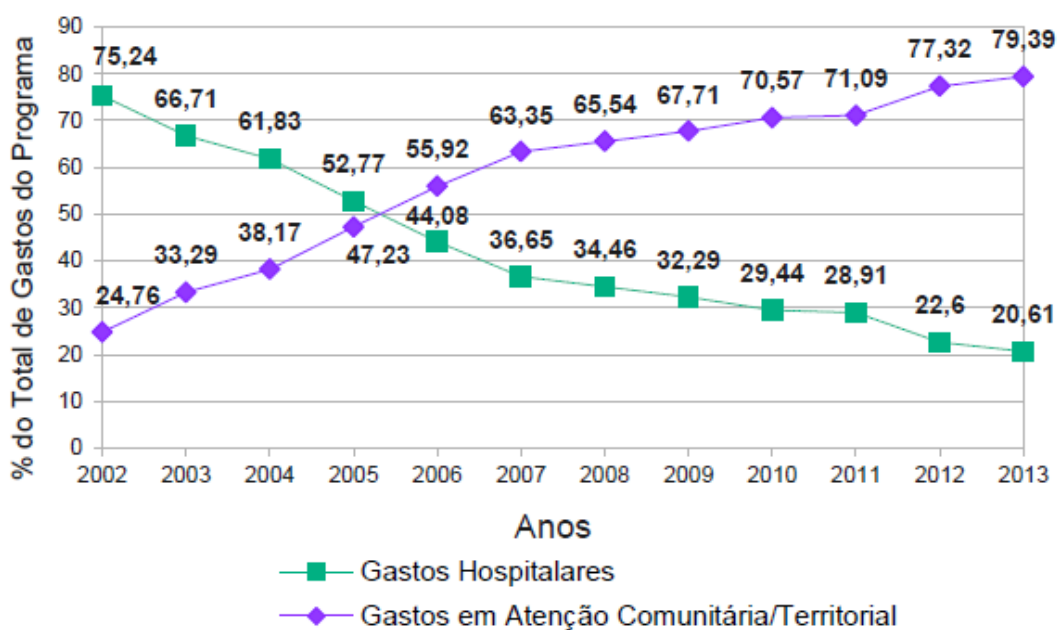


Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Uma informação importante se refere à destinação dos recursos financeiros que em 2002 eram alocados R\$ 75,24 milhões na rede

hospitalar, ou seja, exclusivamente para pagamento de diárias de internação, em 2013 o gasto com internações caiu R\$ 20,61 milhões, enquanto que, no período correspondente, foram gastos R\$79,39 milhões com os dispositivos assistenciais territoriais, ao contrário dos R\$ 24,76 milhões aí alocados em 2002. Uma vez mais, a mudança na destinação dos recursos indica uma real inversão, embora ainda tímida e insuficiente, do modelo assistencial. O Gráfico 4 do “Saúde Mental em Dados” 12, logo a seguir, possibilita uma melhor visualização e acesso aos dados desta inversão.

**Gráfico 4 – Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez/2002 a dez/2013\*)**



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

Uma outra estratégia de transformação do modelo assistencial foi a tentativa de criação de leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais como forma de fechar os hospitais psiquiátricos. Certamente, esta não foi uma estratégia muito bem-sucedida, na medida em que as instituições hospitalares gerais criavam muitas dificuldades e contra argumentavam com muitas resistências, opunham dificuldades,

apreensões, estigmas e preconceitos (NOGUEIRA 1994; BOTEGA, 1995). De tal forma que, em 2014, existiram apenas 187 hospitais gerais com muitos poucos leitos psiquiátricos cada um, alcançando um valor total pouco expressivo de 888 leitos, cuja distribuição pode ser verificada na Tabela 9 a seguir:

**Tabela 9 – Serviços Hospitalares de Referência com leitos de saúde mental habilitados por UF (Brasil, dez/2014)**

REGIÃO	UF	HOSPITAIS	Nº LEITOS
CENTRO OESTE	DF	7	45
	GO	1	4
Subtotal Centro-Oeste		8	49
NORDESTE	AL	2	15
	BA	1	2
	CE	2	8
	PE	1	7
	PI	1	10
SE	2	30	
Subtotal Nordeste		9	72
NORTE	AC	1	18
	RO	2	12
	TO	2	21
Subtotal Norte		5	51
SUDESTE	MG	42	176
	RJ	22	127
	SP	1	20
Subtotal Sudeste		65	323
SUL	PR	2	10
	RS	93	346
	SC	5	37
Subtotal Sul		100	393
<b>TOTAL</b>		<b>187</b>	<b>888</b>

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

As residências de ex-internos de hospitais psiquiátricos sempre foram uma das mais efetivas estratégias de desinstitucionalização. Em decorrência dos preconceitos relacionados à alienação, doença ou transtorno mental, muito relacionados à ideia de periculosidade, insensatez, desrazão e coisas desta natureza, a internação prolongada

em instituições psiquiátricas se tornou uma das principais e mais recorrentes medidas de “tratamento” utilizadas. Após muitos anos internadas tais pessoas perdem os laços familiares, os vínculos sociais e até mesmo as habilidades para lidar com as questões do cotidiano como bem demonstraram os estudos de Goffman (GOFFMAN, 1974) e muitos outros autores. A possibilidade de organizar espaços de moradia, ou “estratégias de residencialidade”, como preferem os italianos (VENTURINI 2016), tem sido uma diretriz fundamental em todos os países que conduziram experiências relevantes de reformas psiquiátricas, a exemplo da Itália, Inglaterra, Espanha, Canadá, Finlândia e tantos outros (DESVIAT, 1999, 2018).

No Brasil passaram a existir experiências isoladas de estratégias de residencialidade de ex-internos de hospitais psiquiátricos, a partir dos anos 1990. Merecem destaque a criação República Manequinho, em Santos, o Lar Abrigado da Rua Paula Freitas, no Rio de Janeiro dentre outras, até o advento das portarias 106 e 1.120/2000, que instituíram tais moradias, que passaram a ser denominadas de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Em que pese muitos problemas e limitações (inclusive em decorrência da denominação que induz a ideia de um serviço terapêutico e não a um espaço de moradia (AMARANTE, 2003; SCARCELLI, 2011), esse dispositivo foi bastante significativo no processo de desospitalização e inserção social das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos que tinham estado internadas por mais de dois anos. A Tabela 11 do boletim registra que até dezembro de 2014 existiam 289 residências que eram habitadas por 2.031 moradores.

**Tabela 10 – Distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos por UF (Brasil, dez/2014)**

Região	UF	Total de SRTs em funcionamento vinculados a estabelecimentos de saúde (CNES)	Total de SRTs Habilitados
CENTRO OESTE	GO	12	11
	MS	2	1
	MT	6	0
Subtotal Centro-Oeste		20	12
NORDESTE	BA	22	8
	CE	6	3
	MA	6	0
	PB	14	1
	PE	58	53
	PI	5	5
	RN	3	0
SE	7	5	
Subtotal Nordeste		121	75
NORTE	PA	1	0
	TO	1	1
Subtotal Norte		2	1
SUDESTE	MG	116	69
	RJ	136	53
	SP	179	48
Subtotal Sudeste		431	170
SUL	PR	13	10
	RS	21	20
	SC	2	1
Subtotal Sul		36	31
TOTAL		610	289

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

O Programa “De Volta Para Casa” (PVC), instituído em 2003, veio favorecer o processo de saída de internos de instituições psiquiátricas, tanto os que voltaram para suas próprias residências quanto os que foram para SRT. O programa viabilizava o pagamento de um benefício que favorecia o poder de contratualidade do ex-interno, tornando-se também um fator de persuasão e de apoio aos familiares, por propiciar uma complementação da renda e uma melhor aceitação e inserção do familiar. Em dezembro de 2014 haviam 4.349 beneficiários do programa, como pode ser verificado na Tabela 12 do “Saúde Mental em Dados” de 2015. Dado o grande número de altas hospitalares e de leitos fechados, a implantação de SRT e a concessão do PVC certamente foram insuficientes. Não havia uma proporção que pudesse ser considerada ideal de oferta de SRT e de concessões de PVC, mas não há dúvidas de que os quantitativos alcançados foram muito tímidos.

**Tabela 12 – Distribuição dos Beneficiários do Programa De Volta Para Casa por UF (Brasil, dez/2014)**

Região	UF	Nº de Beneficiários
CENTRO OESTE	DF	174
	GO	17
	MT	44
Subtotal Centro-Oeste		235
NORDESTE	AL	22
	BA	115
	CE	23
	MA	85
	PB	76
	PE	385
	PI	19
	RN	5
SE	85	
Subtotal Nordeste		815
NORTE	AM	26
	PA	8
	TO	2
Subtotal Norte		36
SUDESTE	ES	12
	MG	623
	RJ	832
	SP	1323
Subtotal Sudeste		2790
SUL	PR	158
	RS	276
	SC	39
Subtotal Sul		473
TOTAL		4349

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPEs/SAS/MS e Datasus

As Unidades de Acolhimento foram dispositivos criados a partir da Portaria GM/MS 121/2012 como consequência das Casas de Acolhimento Transitório (CAT) voltadas para o apoio residencial a pessoas que fazem uso problemático de substâncias (álcool e outras drogas). Até dezembro de 2014 existiam 21 unidades destinadas ao público adulto (UAA) e 13 ao público infantil (UAI), num total de 34 unidades.

A inclusão da saúde mental na Atenção Primária, denominada por Antonio Lancetti como a “desinstitucionalização radical” (LANCETTI, 2005), foi uma das mais produtivas e transformadoras iniciativas ações da Reforma Psiquiátrica brasileira, conforme se pode verificar anteriormente. No número 12 do boletim “Saúde em Dados”, datado de outubro de 2015, pois após esta data o Ministério da Saúde não forneceu mais os dados referentes a evolução da política de saúde mental, foi informado que haviam 39.228 equipes de Saúde da Família implantadas com 3.898 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A atenção à



saúde mental no âmbito da Atenção Primária foi um recurso muito importante, especialmente para os municípios que não tinham CAPS, muito embora seja importante destacar que uma extensa literatura registra um forte processo de patologização, medicalização e medicamentação da vida emocional no âmbito da Atenção Primária (BRÊDA et al, 2005; MOLINER & LOPES, 2013; ZANELLA et al 2016).

Por fim, é importante destacar a implantação dos consultórios de rua, uma importante estratégia utilizada em outras experiências internacionais, como se pode verificar no clássico *Psicoterapia do Oprimido* (MOFFAT, 1980), mas que, pelas características sócio-demográficas da população brasileira, passou a cumprir um papel fundamental de acessibilidade, equidade e direito à saúde em nosso país para um segmento extremamente marginalizado e vulnerável. Criados a partir das Portaria nº 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012 e 1.238, de 09 de junho de 2014, a estratégia foi definida como Equipes de Consultório na Rua (eCR) que, de acordo com a composição da equipe, foi classificada em I, II e III. Deve-se registrar, contudo, a limitação do número de equipes e dos municípios cobertos pela estratégia, como pode ser observado na tabela a seguir do “Saúde Mental em Dados” 12.

Tabela 3 – Distribuição das Equipes de Consultórios na Rua implantadas e habilitadas, por Modalidade e por UF (Brasil, dez/2014)

REGIÃO	ESTADO	Modalidade I	Modalidade II	Modalidade III
CENTRO OESTE	DF	3	0	0
	GO	0	0	2
	MS	0	2	1
	MT	0	1	0
Subtotal Centro-Oeste		3	3	3
NORDESTE	AL	0	6	0
	BA	3	1	3
	MA	0	0	1
	PB	0	5	0
	PE	3	1	0
	PI	0	1	0
	RN	0	3	0
Subtotal Nordeste		6	17	4
NORTE	AC	1	0	0
	AM	0	0	1
	AP	0	1	0
Subtotal Norte		1	1	1
SUDESTE	ES	1	2	0
	MG	2	10	1
	RJ	0	3	6
	SP	7	6	22
Subtotal Sudeste		10	21	29
SUL	PR	0	5	1
	RS	1	2	1
	SC	1	1	0
Subtotal Sul		2	8	2
Total		22	50	39
		111		

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/Ministério da Saúde)

Apesar de terem sido inseridas na RAPS (Portaria 3.088 de 2011) as Comunidades Terapêuticas não constam do boletim “Saúde Mental em Dados” nº 12, da Coordenação de Saúde Mental do MS, impossibilitando que se tenha acesso aos dados oficiais sobre o número de instituições desta natureza existentes, com o respectivo número de vagas que ofereciam e os gastos públicos aí depositados.

Com o crescimento das estratégias de desinstitucionalização, a Atenção Primária, os NASF, os SRT, o PVC, as UA, eCR e outras iniciativas, passou a ter grande importância o papel dos Acompanhantes Terapêuticos (AT) e outros profissionais de cuidado domiciliar e psicossocial. Em “Os novos andarilhos do bem. Caminhos do acompanhamento terapêutico”, Luciana Chaui-Berlink reflete sobre a potência e as inúmeras possibilidades da rica contribuição dos AT (CHAUÍ-BERLINK, 2013).

Muitos outros dados são indicadores importantes, relacionados ao número de Consultórios na Rua, Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde Família (NASF), e tantos outros que podem ser encontrados no informativo e que não seria necessário relacioná-los um a um.

Uma ausência importante que se observa nos boletins “Saúde Mental em Dados” e que é um indicador claro da pouca relevância que o tema mereceu na condução da política nacional é o dos Centros de Convivência e Cooperativismo Social (CeCCOS). Como ressaltado no decorrer deste texto, o processo de desinstitucionalização não deveria ser restrito as mudanças no modelo assistencial, mas deveria contemplar, com igual valor, estratégias de construção de novas possibilidades sociais para os sujeitos em condição de vulnerabilidade ou desvantagem social. Nesse sentido, as iniciativas de cultura, trabalho, residência e outras são muito importantes por produzirem resultados efetivos.

Apesar de poder ser um tema tardiamente incluído na RAPS, nas “Estratégias de Reabilitação Psicossocial”, ou no item do Cooperativismo Social abordado no boletim, não se trata da mesma coisa. Os CeCCOS foram dispositivos muito inovadores e complexos surgidos no âmbito da política de saúde mental do Município de São Paulo no início nos anos 1990, que articulavam estratégias de cuidado individual e coletivo, de intervenção territorial, de elementos culturais, que propiciaram muitas iniciativas e desdobramentos absolutamente criativos e potentes, e que seguiram atuando, quase que como pontos de resistência, em poucos locais, a exemplo de Belo Horizonte, além de São Paulo.

De qualquer forma, com algumas limitações ou aspectos sujeitos a críticas (especialmente no sentido de aperfeiçoar o processo) a observação de quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil é do vigor, amplitude e potência de um conjunto de transformações que puderam envolver e mudar milhares de vidas, particularmente daqueles denominados de “usuários”. De uma vida restrita aos manicômios sujos e violentos, sem visibilidade e direitos, muitos milhares destas pessoas passaram a ter um protagonismo, uma autonomia e experiências de emancipação e apropriação dos mecanismos e possibilidades da vida cotidiana. A imagem da capa de uma cartilha elaborada pelo Movimento Antimanicomial em Betim/MG para auxiliar a sociedade a entender as transformações introduzidas e propostas pela Reforma Psiquiátrica é bem significativa do impacto deste processo: inspirada em música de Lulu

Santos a constatação de que há muita vida fora dos manicômios, das instituições, da patologia, e assim por diante.



*Capa da cartilha de Betim/MG*

Já no último ano do governo de Dilma Rousseff, em decorrência das medidas no sentido de barrar o *impeachment* a presidenta nomeou para a pasta do Ministério da Saúde um ex-deputado da linha conservadora. Por sua vez, o Ministro nomeou um ex-dirigente de um dos maiores manicômios privados nacionais, que havia sido fechado a partir de uma ação conjunta entre o Ministério Público, o Ministério da Saúde e o governo do Estado do Rio de Janeiro. A nomeação desencadeou um processo de denúncias e de resistência, inclusive uma ‘ocupação’ da sede da coordenação em Brasília, por parte de ativistas da Luta Antimanicomial. A ‘ocupação’ durou 4 meses, de 15 dezembro de 2015 a 15 de abril de 2016, quando foi encerrada por determinação da justiça e ação da Polícia Federal. O episódio, que ficou conhecido como “Fora Valencius!”, terminou com a exoneração do coordenador por meio da Portaria nº 916 de 06 de maio de 2016, mas ficou como marco do início

do processo de contra-reforma que estava apenas começando. Após o *impeachment* de Dilma Rousseff, em 31 de agosto de 2016, teve início um redirecionamento conservador não apenas das políticas de saúde (do SUS e da Reforma Psiquiátrica), mas de todas as políticas públicas, tanto no âmbito social quanto no econômico, revertendo os direitos políticos, sociais e humanos alcançados com a Constituição de 1988.

2016, último ano coberto pela pesquisa, foi marcado apenas pela existência de uma coordenação nacional de saúde mental provisória, sem que praticamente nada ocorresse de importante, a não ser a espera no cenário mais geral da política, que girou em torno do *impeachment*.

Foram quatro décadas de profunda transformação no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Um grande número de leitos e hospitais psiquiátricos, responsáveis por uma prática sistemática de violência, mortalidade e exclusão foram fechados. Milhares de pessoas puderam ter suas vidas ressignificadas, descobertas ou redescobertas; da mesma forma que milhares de pessoas não tiveram que passar pelos horrores das instituições psiquiátricas, e tiveram a possibilidade de serem cuidadas, de serem acolhidas, de participarem de processos coletivos de tratamento, de arte-cultura, trabalho, moradia, vida comunitária e tantas outras possibilidades, em decorrência do processo de Reforma Psiquiátrica e suas repercussões no âmbito da cidadania, da emancipação, da autonomia, dos direitos, do protagonismo, das liberdades. Todo este êxito, no entanto, não impede que sejam anotadas algumas limitações, ou algumas ousadias e avanços maiores que poderiam ser buscados e que foram abordados ao longo do texto.

No início do processo de Reforma Psiquiátrica o país se encontrava em um movimento de busca de um projeto nacional democrático, participativo e inclusivo. Falava-se em eleições diretas, em movimentos sociais, em anistia, em liberdades democráticas. No campo da saúde o CEBES apresentava o documento “A questão democrática na área da saúde” que viria a ser a alma do SUS. Falava-se em universalidade, equidade, acessibilidade, direitos humanos, promoção da saúde, “saúde para todos”, saúde como qualidade de vida, saúde como defesa da vida,

No âmbito da saúde mental falava-se em “loucos pela vida”, em comunidade terapêutica (sem aspas), em psiquiatria democrática, em despatologização, desmedicalização, em redução de danos, em modelos substitutivos ao manicomial, em inclusão, emancipação, reconhecimento, solidariedade, diversidade cultural, economia solidária, produção de vida, novos sujeitos, novos direitos, novos sujeitos de direitos, em participação social, e protagonismo, em luta contra a violência das instituições psiquiátricas...

2016, ao contrário, anuncia um novo cenário, oposto ao de 1976. Contudo, o cenário de retrocessos ideológicos e civilizatórios não é restrito ao Brasil. Desde então, passa-se a acentuar as narrativas favoráveis às internações compulsórias, às “comunidades terapêuticas” (com aspas), ao proibicionismo, à intolerância, aos estigmas e preconceitos.

No entanto, restam muitas esperanças no fato de que as pessoas mudaram, porque o processo teve como escopo uma transformação cultural e, uma vez plantada a semente, ela certamente dará frutos.

## Referências bibliográficas

AGUIAR, MGG. A reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde Anchieta e Núcleos de Atenção Psicossocial. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1995.

ALBUQUERQUE, JAG. *Instituição e poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

AMARANTE P et col. *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

AMARANTE P, org. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

AMARANTE, P & COSTA, AM. *Diversidade Cultural e Saúde*. Coleção Temas Fundamentais da Reforma Sanitária, no. 10. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

AMARANTE, P & LIMA, R, coords. *Loucos pela Diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura*. Relatório final. Rio de Janeiro: LAPS-ENSP-Fiocruz/SID/MinC, 2008.

AMARANTE, P & TORRE, E. “De volta à cidade, sr. cidadão”! Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública/FGV*, dez/2018, vol.52, no.6, p.1090-1107.

AMARANTE, P & TORRE, E. Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: Walter Ferreira de Oliveira; Ana Maria Fernandes Pitta; Paulo Amarante (Org.). *Direitos Humanos e Saúde Mental*. 1ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2017a, v. 39, p. 107-133.

AMARANTE, P & TORRE, E. Medicalização e Determinação Social dos Transtornos Mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, R. P. (org.) *Determinação*

*Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Coleção Pensar em Saúde, Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 151-160.

AMARANTE, P & NUNES, MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.2067-2074.

AMARANTE, P, org. *Dossiê sobre o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e a crise da DINSAM*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1978.

AMARANTE, P. & TORRE, E. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface*, v. 21, p. 763-774, 2017.

AMARANTE, P. Loucura, Cultura e Subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. (S. Fleury, org.), pp.163-185. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

AMARANTE, P. *Lugares da memória: causos, contos e crônicas sobre loucos e loucuras*. São Paulo: Editora Zagodoni, 2017.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: *Fim de Século: ainda manicômios?* (M.I. Fernandes; I.E. Scarcelli e E. S. Costa, orgs.), pp.47-53. São Paulo: IPUSP, 1999.

AMARANTE, P. *O Homem e a Serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. *Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1982.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015a.

AMARANTE, P. Saúde mental, atenção psicossocial e reforma psiquiátrica no contexto do SUS In: PAIM, Jairnilson. *SUS - Sistema Único*



*de Saúde*: tudo o que você precisa saber. 1 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 2019, v.1, p. 309-326.

AMARANTE, P. Sob o luar de Piatã. Sobre a Invenção de Novas Formas Culturais, de Assistência e de Cuidado em Saúde Mental. In. AMARANTE, P. *Lugares da memória: Causos, contos e crônicas sobre loucos e loucuras*. São Paulo: Editora Zagodoni, 2017, pp. 70-72.

AMARANTE, P. *Teoria e Crítica em Saúde Mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni, 2015b.

AMARANTE, P.; GULJOR, APF. Política sobre drogas no Brasil: decidir para mudar. In: *Direitos Humanos, Saúde Mental e Drogas*. 1ª ed. Belém: Editora Paka-Tatu/UFPA, 2018, v.1, p. 13-29.

AMARANTE, P.; RIZZOTTO, MLF; COSTA, AM. Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a Reforma Sanitária Brasileira In: *Cebes 40 anos: memória do futuro*. 1ª ed., Rio de Janeiro: Cebes, 2016, p. 213-221.

AMARANTE, P; BARROS, DD & NICÁCIO, F. Franco Basaglia e la Riforma Psichiatrica Brasiliana. *Dialoghi*, pp. 125-131, 1415-0638, 1998.

AMARANTE, P; FREITAS, F; NABUCO, E & PANDE, M. Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artístico-culturais da saúde mental no território. IN: AMARANTE, P. & NOCAM, F. (orgs.). *Saúde Mental e Arte: práticas, saberes e debates*. São Paulo: Zagodoni, 2012, p. 23-38.

AMARANTE, P; Nunes, MO. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.23, p. 07082018, 2018.

AMARANTE, Paulo & NOCAM, F, orgs. *Saúde Mental e Arte: práticas, saberes e debates*. São Paulo: Zagodoni, 2012.

AMARANTE. P; FREITAS, F.; NABUCO, E.; PANDE, MNR. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no

campo da reforma psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 4, p. 125-132, 2012a.

AMARANTE, P; FREITAS, F; PANDE, MNR; NABUCO, E. El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitario del reconocimiento. *Salud Colectiva*, v. 9, 2013, p. 287-299.

ANAYA, F. *Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG*. Dissertação de Mestrado não publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

ANDRADE, MS. *Democratização no hospital psiquiátrico - Um estudo da Colônia Juliano Moreira dos anos 80*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1992.

ANDRADE, TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. Saúde & Coletiva* vol.16 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2011.

ARANTES, LJ *et al.* Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

ARAÚJO NETO, TP D'Engenho de Dentro. In: *Os últimos dias de paupéria*. Rio de Janeiro: Eldorado, 1973.

BARRETO, L. *Diário do Hospício e O Cemitério dos Vivos*. Prefácio Alfredo Bosi; Organização e notas Augusto Massi e Murilo Marcondes de Moura. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

BARROS, DD. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Edusp/Lemos, 1994.

BASAGLIA, F org. *A instituição negada - relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. *Conferenze Brasiliani*. (Franca Basaglia e M.G. Gianichedda, orgs.). Cortina Editore, Milano, 2000.

- BASAGLIA, F. *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* – Franco Basaglia. Paulo Amarante, org. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BASAGLIA, F; TRANCHINA, P. *Autobiografia di un movimento (1961-1979): dal manicomio alla riforma sanitária*. Firenze: UPI/Regione Toscana, 1979.
- BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa - Contra o pessimismo da razão o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- BERLINER, R. *Nise, no coração da loucura*. Filme longa-metragem. Direção de Roberto Berliner. Rio de Janeiro; 2015.
- BEZERRA, B & AMARANTE, P orgs. *Psiquiatria sem hospício - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BIRMAN, J. A Cidadania Tresloucada. In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (B. Bezerra Jr. & P. Amarante, orgs.), pp.71-90. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- BIRMAN, J. *Enfermidade e loucura*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- BOTEGA, N. org. *Serviços de saúde mental no hospital geral*. Campinas: Papyrus Editora, 1995.
- BRAGA, F & MAIEROVITCH, C, orgs. *Contra a Maré à Beira Mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual do Agente Comunitário de Saúde*. DF, MS, FUNASA, 1991.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Coordenação de Estudos Legislativos (CEDIS). *Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001*. Brasília, DF: CEDIS; 2001.

BRASIL. *Elaboração de proposta para normalização de serviços de atenção a transtornos por uso e abuso de substância psicoativa: exposição de motivos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Governo Federal. *Programa Crack, é possível vencer/* Governo Federal, Dezembro 2011. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa>. Acesso em Maio 2013.

BRASIL. *Lei nº 9.867 - De 10 de novembro de 1999*. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos conforme especifica. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Cultura. *Portaria nº 156 de 06 de julho de 2004*. Institui o Programa Nacional de Cultura, Arte e Cidadania: Cultura Viva/Pontos de Cultura. MinC, DF: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*. Brasília, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 106*, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

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). Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n° 1.220/MS*, de 7 de novembro de 2000. Cria nas Tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS, o serviço residencial terapêutico e institui a atividade profissional cuidador em saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n° 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PL 3.657/1989*. Projeto de Lei. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 251/GM*, em 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 251/GM*, em 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 1.190/GM de 4 de junho de 2009*. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria no 189*, de 19 de novembro de 1991. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. 1992. *Portaria n° 224*, de 29 de janeiro de 1992. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 52*, de 20 de janeiro de 2004,

Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – ano 1*, nº 1. Informativo eletrônico. Brasília: maio de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – ano 10*, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – ano VII*, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, Ministério da Saúde; 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CNDST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Decreto nº 7.508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/90. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Decreto nº 7.508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/90. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto\\_7508.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. LEI Nº 11.343, DE 23 de agosto de 2006. BRASIL. BRASIL/Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *O crack: como lidar com este grave problema*. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1). Acessado em Junho 2011

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n° 10.708*, de 31 de julho de 2003. Programa de Volta Para Casa. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2003.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto n° 7.179*, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

BRASIL. Presidência da República. *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília/DF: Ministério da Justiça, 1990a.

BRASIL. Presidência da República. *Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Brasília/DF: Ministério da Justiça, 1990b.

BRASIL. *Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária*. Instituído pela Portaria Interministerial n° 3531, de 7 de março de 2005.

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE ECONOMIA SOLIDÁRIA. *Outra economia acontece*. DVD, Brasília: SNES/MT, 2010.

BRASIL. SEDH/PR. *Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3)*. Brasília: SEDH/PR, 2009.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: COSAM/MS, 1994.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/DINSAM. *I Conferência Nacional de Saúde Mental - Relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/DINSAM. Plano Nacional de Saúde Mental: modelo programático - PISAM. Brasília: MS, mimeo, 1977.

BRASIL/MS. Portaria n° 916, de 06 de maio de 2016. Exonera Valencius Wurch Duarte Filho do cargo de Coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Gabinete do Ministro, DF: Brasília, 2016.

BRASIL/MS. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília/DF: MS, 2004.

BRASIL/MS/SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 189, de 19 de novembro de 1991.

BRASIL/MS/SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992. Portaria n° 224, de 29 de janeiro de 1992.

BRÊDA MZ; ROSA, WAG; PEREIRA, MAO & SCATENA, MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2005; 13(3):450-2.

BUENO AC. *Canto dos Malditos*. São Paulo: Lemos Editorial. 2000.

CALICCHIO, RR. *Novas Práticas de Cuidado e Produção de Sentidos no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Análise da Experiência do Grupo Harmonia Enlouquece no campo da Saúde Mental no município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

CANÇADO, ML. *Hospício é deus – diário I e O sofredor do ver*. Belo Horizonte: Autêntica Editora [caixa com 2 volumes], 1a. Edição, 368 p., 2015.

CAPOCCI, PO. Análise de três centros de atenção psicossocial-CAPS. No nível propositivo formal. Monografia do Curso de Especialização em



Psiquiatria Social, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos. Da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Biblioteca de Filosofia e História das Ciências, vol. 4, 329 p., Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CEBES. A questão democrática na área da saúde. *Revista Saúde em Debate*, 9, 11-13, 1980a.

CEBES. Condições de assistência ao doente mental. *Revista Saúde em Debate*, 10, 49-55, São Paulo, 1980b.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1984.

CESAR, O. *A arte nos loucos e vanguardistas*. Pref. Neves-Manta. Rio de Janeiro: Flores & Mano, 1934.

CESAR, O. *A expressão artística dos alienados: contribuição para o estudo do simbolismo na arte*. São Paulo: Oficinas Gráficas do Hospital do Juqueri, 1929.

CESARINO, AC. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: *Saúdeloucura1* (A. Lancetti, org.), pp. 03-32, São Paulo: Hucitec, 1989.

CHAU-BERLINK, Luciana. *Novos Andarilhos do Bem*. Caminhos do acompanhamento terapêutico. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

COELHO DA PAZ, V. Basaglia no Rio. In: *Rádice*, 2(10): 04, Rio de Janeiro, 1979.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - SÃO PAULO. Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental. In: *Trancar não é tratar - Liberdade: o melhor remédio*, São Paulo: CRP/SP, 1997.

COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO SUDESTE. *I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste - Relatório Final*. Rio de Janeiro, 1985.

COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO SUDESTE. *Relatório final do II Encontro*. Barbacena, 1987.

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL/ SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo, mimeo, 1987.

CORBELLA, L. *Saúde Mental e Memória: O teatro dos andarilhos mágicos*. Rio de Janeiro: FAPERJ/ 7Letras, 2015.

COSTA, Ana Maria. Participação e Controle Social em Saúde. In. PAIM, J.S (org). *SUS- Sistema Único de Saúde*. Tudo o que você precisa saber. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 2019, pp. 349-356.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C. e YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. In *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: v.58, p.12 - 25, 2001.

CRUZ JUNIOR, EG. *O Museu de Imagens do Inconsciente: das coleções da loucura aos desafios contemporâneos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Museologia e Patrimônio, UNIRIO/MAST, 2009.

CRUZ, LB. *Literatura, Loucura e Imaginário Social no Brasil: final do século XIX e início do século XX*. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social). Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

DAMY, MLC. Cotidiano do NAPS IV- Vila Belmiro. Santos: Monografia do Curso de Especialização em Saúde Mental / Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura de Santos / Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

DANTAS, S. M. A ironia das canções do grupo Harmonia Enlouquece: estratégia discursiva de enfrentamento ao estigma da loucura. 2010. Tese (Doutorado). Instituto de Letras - Universidade Federal Fluminense,

Niterói, 2010.

DANTAS, S.M. A loucura na canção: protagonismo e emancipação através da música. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.18, p.111-131, 2016.

DANTAS, SM. A Loucura na Canção: protagonismo e emancipação através da música. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.8, n.18, p.111-131, 2016.

DELGADO, P. Projeto de Lei nº 3.657/89. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

DELGADO, PG. Projeto para um Curso de Especialização em Psiquiatria Social num grande asilo público em transformação. *Revista de Informação Psiquiátrica*, 3(4), 97-102, Rio de Janeiro, 1982.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DESVIAT, M. *Coabitar a diferença*. Da Reforma Psiquiátrica à Saúde Mental Coletiva. São Paulo: Editora Zagodoni, 2018.

DIONISIO, G. H. *O Antídoto do Mal: crítica de arte e loucura na modernidade brasileira*. Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

DiRENZO, R. Arte e Saúde Mental: um episódio. In: MELO, W. & FERREIRA, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro : Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, p. 25-34, 2011, p. 151-153.

DiRENZO, R. *Conferência sobre o Projeto TAM TAM*. IN: AMARANTE, P. (coord.) et col. Relatório Final - Loucos pela Diversidade. Rio de Janeiro: LAPS/MinC, 2008.

DORNELES, P. *Identidades Inventivas*. Territorialidade na Rede dos Pontos de Cultura na Região Sul. Tese de Doutorado, UFRGS, Porto Alegre, 2011.

FARIAS, W; SONIM, N. D. *O Capa-Branca*. De funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2014.

FERNANDES, G. *O trabalho dos "usuários" - Fala Graça Fernandes*. Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios, 1993.

FERREIRA, G & JACÓ-VILELA, AM. *Cinema na Praça – Intervenção na Cultura: transformando o imaginário social da loucura - relatos de experiências em saúde mental*. Rio de Janeiro: Allprint/Petrobrás, 2012.

FERREIRA, G. Cinema como intervenção social na cidade do manicômio. In: MELO, W. & FERREIRA, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, p. 169-180, 2011.

FERREIRA, G. De volta para casa. Prática de reabilitação com pacientes crônicos em saúde mental. In: *Reabilitação psicossocial no Brasil*, (A. Pitta, org.), 80-88, São Paulo: Hucitec, 1996.

FIGUEIREDO, MD & CAMPOS, RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 129-138.

FIRMINO, H. Nos Porões da Loucura: reportagem. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FLEURY, S, org. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

FLEURY, S, org. *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FRANCISQUETTI, P. P. S. N. . "Ueinzz": uma forma de inteligência. In: David Calderoni, org. *Psicopatologia, clínicas de hoje*. 1aed. São Paulo: Via Lettera, 2006, p. 15-31.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. *O desvio do olhar: dos asilos aos museus de arte*. *Psicologia USP*, 10(2), 1999.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. *Olho d'Água: arte e loucura em exposição*. São Paulo: Escuta, Fapesp, 1995.

FRAYZE-PEREIRA, J. Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. *Estudos Avançados*, 17 (49), p. 197-208, 2003.

FSM/GRUPO DE TRABALHO E ECONOMIA SOLIDÁRIA DO FÓRUM SOCIAL MUNDIAL. *Desafios da Economia Solidária*. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire/Le Monde Diplomatique Brasil, 2008.

GADOTTI, M. *Economia Solidária como práxis pedagógica*. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2009.

GIL, G. Cultura: a argamassa de um novo projeto nacional. In. *Almanaque Cultura Viva*. Brasília: Ministério da Cultura, 2010, p. 28-31.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOLDBERG, J. "Centro de Atenção Psicossocial - uma estratégia". In: *Cadernos do NUPSO*, 2(3), 37-40, Rio de Janeiro, 1989.

GOLDBERG, J. *A doença mental e as instituições - A perspectiva de novas práticas*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 1992.

GOULART, M. S. B. *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia. pp. 205-211, 2007.

GUERRA, JD. Novos serviços em saúde mental: uma reflexão sobre os conceitos de NAPS e CAPS. Monografia do Curso de Especialização em Psiquiatria Social, 19 p., Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

HIRDES E SILVA, A. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Saúde debate*. 2014, vol.38, n.102, pp.582-592, 2014.

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

- III ENCONTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL. Carta de direitos dos usuários e familiares de Serviços de Saúde Mental, 09 a 12 de dezembro. Secretaria de Governo, Prefeitura Municipal de Santos, São Paulo, pp. 02-11, 1993.
- JONES, M. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes, Introdução, 1972.
- KINKER, FS. *As novas práticas sociais no novo mundo do trabalho: as experiências de trabalho com usuários do programa de saúde mental de Santos*. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Mental em Santos, Santos: Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura de Santos, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1997.
- LANCETTI A, org. *Saúde Mental e Saúde da Família*. Coleção Saúde-Loucura no. 7. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- LANCETTI, A, org. *SaúdeLoucura n° 1*. São Paulo: Hucitec. 2ª edição, 1989.
- LANCETTI, A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucite, 2015.
- LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. SaúdeLoucura n°20. Coleção Políticas do Desejo n° 1. São Paulo: Editora HUCITEC, 2005.
- LAPS/ENSP/FIOCRUZ. *Guia de Fontes e Catalogo de acervos e instituições para pesquisas em Saúde Mental e Assistência Psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro*. Fiocruz. Rio de Janeiro: LAPS, 2004.
- LAPS/ENSP/FIOCRUZ. *Projeto Memória da Psiquiatria no Brasil*. Catálogo de periódicos não-correntes em Psiquiatria da Biblioteca de Manguinhos. CD-ROM . ICICT/ENSP/COC. Fiocruz, 2001.
- LIMA, E. M. F. A. & PELBART, P. P. Arte, Clínica e Loucura: um território em mutação. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, n. 14(3), 2007.
- LIMA, E.A. *Arte, Clínica e Loucura: território em mutação*. São Paulo: Summus/Fapesp, 2009.

LOBOSQUE, AM. *Clínica em Movimento*. Editora Garamond: Rio de Janeiro, 2003.

LOBOSQUE, AM. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, AM. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOPES, I. C. Centros de Convivência e Cooperativas: Reinventando com arte agenciamentos de vida. In: FERNANDES. M. I. A, org. *Fim de século: ainda Manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p.139-62.

LOUGON, M. & ANDRADE, M.S. O movimento de usuários e trabalhadores em saúde mental: uma perspectiva histórica e internacional comparada, in *Jornal Bras. Psiqu.* 44 (10) 515- 518, 1995.

MACEDO, MRC. *Políticas de saúde mental no Brasil*. Dissertação Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1981.

MACHADO DE ASSIS, JA. O Alienista. In: *Obras completas III*, Rio de Janeiro: Aquilar, 1962.

MACHADO, A. 10 anos de Loucura Suburbana: Cidade e Loucura como enredo para o Carnaval Carioca. *Anais do VI ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura – Facom-UFBa – Salvador-Bahia-Brasil*, maio/2010.

MACHADO, R; MURICY, K; LOUREIRO, A & LUZ, R. *Danação da Norma – Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALUF, JCG. *Afinando diferenças: o processo de construção artística do Coral Cênico Cidadãos Cantantes (1996–2004)*. Dissertação - Mestrado em Música (Área de concentração: Educação Musical) – Instituto de Artes – Universidade Estadual Paulista – UNESP, São Paulo, 2005.

MALUF, JCG. Produção artística e cidadania: a experiência do Coral Cênico de Saúde Mental Cidadãos Cantantes. In: FERNANDES. M. I. A. , org. *Fim de século, ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p.163-169.

MALUF, JCG.; LOPES, IC; BICHARA, TAC.; SILVA, JA.; VALENT, IU; BUELAU, RM; LIMA, EMF. A. O Coral Cênico Cidadãos Cantantes: um espaço de encontro entre a música e a saúde. *Rev. Ter. Ocup.* Univ. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 199-204, set./dez. 2009.

MARIZ, P & AMARANTE, P. Assistência psiquiátrica no norte do País. *Cadernos de Psiquiatria Social*, 2(1), 14-18, 1984.

MELLO, C. G. *O Sistema de Saúde em Crise*. CEBES/HUCITEC, São Paulo, 1981.

MELLO, C. G. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1977.

MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Editora. Coleção Ensaio Transversais, 2001.

MELO, TMAG. *Memória sobre a Política de Saúde Mental em Recife: entre passos, descompassos e controvérsias*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Curso de Doutorado em Psicologia. Universidade Federal de Pernambuco: Recife, 2017.

MELO, W. *Nise da Silveira*. Rio de Janeiro/Brasília: Imago/Conselho Federal de Psicologia, 2001.

TOLEDO, JF & BRANDÃO, E. orgs. *(Colônia): uma tragédia silenciosa*. Belo Horizonte: Governo do Estado de Minas Gerais, 2007.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Ministério Público e Tutela à Saúde Mental*. Rio de Janeiro: MPE, 2010.

MOFFATT, Alfredo, 1980. *Psicoterapia do oprimido - Ideologia e técnica da psiquiatria popular*. São Paulo: Cortez.



MOLINER, J & LOPES, SMB. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013.

MORIN, E. *O problema epistemológico da complexidade*. Mem Martins: Europa-América, 1996.

MOSÉ, V. *Reino dos Bichos e dos Animais é o meu nome*. Escritos de Stela do Patrocínio, organizados e apresentados por Viviane Mosé. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2001.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO. Os profissionais de saúde mental do Brasil se organizam num movimento de oposição. Camboriú, mimeo, 1978.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. Documento final do II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. *Boletim da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 5(22), 09-11, 1980.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. O Manifesto de Bauru. *Jornal do Psicólogo*, 7(21), 04, 1987b.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. Relatório final do I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. São Paulo, mimeo, 1979.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. *Relatório Final do I Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental*. São Paulo, 1979.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. Saúde mental da rede pública - Uma proposta de organização dos trabalhadores. Rio de Janeiro, mimeo, 1987a.

NABUCO, E & AMARANTE, P. Da reclusão à criação: construção da memória dos usuários do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v.08, 2012.

NABUCO, E. *Transformação Social e Poder Contratual: um dilema a partir da memória dos usuários do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial*.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como parte do requisito para a obtenção do título de Mestre em Memória Social. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2008.

NAPS II. *I Seminário de saúde mental*. Santos: NAPS, mimeo, 1989.

NAPS II. *Texto sobre o NAPS II*. Santos: NAPS, mimeo, 1991a.

NAPS. Declaração sobre os direitos e proteção legal dos doentes mentais. *Formal-São*, I(17), 1991b.

NERY FILHO, A et. al. *Toxicomanias, incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: CEYAD/UFBa, 2009.

NERY FILHO, A; MaCRAE, E; TAVARES, LA.; NUÑE, ME; RÊGO, M., orgs. *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. EDUFBA, Salvador, 2012.

NESPOLO, GF. et al. Pontos de Cultura: contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores. *Interface*, Botucatu. 2014;18 Supl 2:1187-1198.

NICÁCIO, F. *O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de mestrado, São Paulo: Programa de Estudos Pós-graduados, Mestrado em Ciências Sociais – PUC, 1994.

NICÁCIO, F; AMARANTE, P & BARROS, DD. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In. AMARANTE, P. *Arquivos Brasileiros de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau; 2005. p. 195-214

NOGUEIRA, AB. Saúde mental no hospital geral. In: *Revista do Hospital Areolino de Abreu*, 1(1): 07-10, São Luiz, 1994.

OPAS/MS-BRASIL. *Acordo de recursos humanos MS/OPAS - Programa de Capacitação de Recursos Humanos*. Rio de Janeiro: CPP II, 1982.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua*

*implementação*. Memórias da Conferência de Caracas, Brasília: OPS, 1992.

PAIM, JS. *O que é o SUS*. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.

PEIXOTO, PTC. *Heterogênesse, saúde mental e transcomposições: composições coletivas de vida*. Rio de Janeiro: Editora Multifoco, 2012.

PELBART, PP. Esquizocenia. In: Pelbart, P. P. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003, pp. 53-63.

PELBART, PP. O Teatro da Loucura. In: *Poliética - Revista de Ética e Filosofia Política*, São Paulo, v. 1, n. 1, pp. 119-129, 2013.

PELBART, PP. Teatro Nômade. In: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.9, n.2, p.62-9, maio/ago., 1998.

PELBART, PP. Ueinzz – Viagem a Babel. In: Pelbart, P. P. *A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea*. São Paulo: Iluminuras, 2000, p. 105-118.

PINHEIRO, GHA. *Comentários à Lei da Reforma Psiquiátrica: uma leitura Constitucional da Lei no 10.216, de 6 de abril de 2016*. 1ª edição ed. Fortaleza: Editora Tear da Memória, 2010.

PINHO, KL; PINHO, LP; LUSSI, I & MACHADO, ML, orgs. *Relatos de Experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde*. São Carlos: Compacta/Unisol, 2014.

PINTO, VAM. *Os sentidos atribuídos pelos Profissionais da Estratégia Saúde da Família aos ‘casos’ de Saúde Mental*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz: 2017.

PITTA, AM, org. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

PITTA, AM. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. pp.647-655. Rio de Janeiro, 1994.

PITTA, AM. *Sobre uma política de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 1984.

PORTOCARRERO, VM. *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

PORTOCARRERO, VM. *Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 1980.

PORTOCARRERO, VM. *O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990.

PSICHIATRIA DEMOCRATICA. *Gorizia: I Congresso Nazionale di Psichiatria Democratica - Relazioni e interventi*. Padova: Edizioni Curc, 1974.

RATTON, H. *Em Nome da Razão* – documentário de Helvécio Ratton sobre o hospital psiquiátrico de Barbacena, BH, 1980.

REIS, SLC. *Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental no município de Santos-São Paulo, no período de 1989 a 1996*. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 1998.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: *Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil* (S.A. Tundis & N.R. Costa, orgs.), pp. 15-73, Petrópolis: Vozes, 1987.

ROBORTELLA, SC. *NAPS I - Material para discussão*. Santos, mimeo, 1991.

ROSA, LCS. *O impacto do transtorno mental e o provimento de cuidado na família*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

ROTELLI, F & AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil - aspectos históricos e metodológicos. In: *Psiquiatria sem hospício - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* B. Bezerra & P. Amarante, orgs, pp. 41-55, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROTELLI, F et al. Desinstitucionalização: uma outra via. In: Rotelli et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, p. 17-59, 1990.

ROTELLI, F. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. In: Amarante P, coord. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro. Coleção Loucura & Civilização, p. 301-306, 2000.

ROTELLI, F. Superando o manicômio - o circuito psiquiátrico de Trieste. In: *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. P. Amarante, org., pp. 149-169, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

SÁ, RC. Relato de uma experiência Nômade. In: MELO, W. & FERREIRA, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, p. 25-34, 2011, p. 145-150.

SAMPAIO, JJC. *Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1988.

SANTANA, V; CONCEIÇÃO, AC & AMARANTE, P. O Programa de Interiorização de Ações de Saúde Mental (PISAM) na Bahia – Uma experiência de integração com a Atenção Primária à Saúde. In. NUNES, M & LANDIM, FLP. *Saúde Mental na Atenção Básica – Política & Cotidiano*. Salvador: EDUFBA, 2016. pp. 77 - 102.

SANTOS, BS. *Introdução a uma Ciência Pós-moderna*. Porto, Afrontamento, 1990.

- SANTOS, BS. *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Afrontamento, 1987.
- SCARCELLI, IR. *Entre o hospício e a cidade*. Dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Editora Zagodoni, 2011.
- SCARCELLI, IR. *O Movimento Antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo (1989-1992)*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1998.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO/COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL. *O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)*. Projeto de Implantação, São Paulo: SES/SP, 1982.
- SHS/NAPS. *Núcleo de Atenção Psicossocial*. Santos: NAPS, mimeo, 1990.
- SHS/SANTOS. *Produzindo uma nova instituição em Saúde Mental. O Núcleo de Atenção Psicossocial*. Santos, mimeo, 1990.
- SILVA, MR. *NAPS - Uma porta para a sanidade*. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Mental em Santos. Santos: SEHIG - Fundação Oswaldo Cruz, 1997.
- SILVEIRA, N, org. *Os inumeráveis estados do Ser*. Catálogo de Exposição 40 anos de experiência em terapêutica ocupacional. Rio de Janeiro: Ministério da Cultura, 1986.
- SILVEIRA, N. *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.
- SILVEIRA, N. *O Mundo das Imagens*. São Paulo: Ática, 1992.
- SINGER PI. Economia Solidária. In: *A outra economia* (A.D. Cattani org.), Porto Alegre: Veraz Editores, 2003.
- SIQUEIRA-SILVA, R.; MORAES, M.; NUNES, J. A.; AMARANTE, P.; OLIVEIRA, M. H. B.. Reforma Psiquiátrica Brasileira e Estética Musical Inclusiva. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4 (8) pp. 105-114, 2012.
- SOALHEIRO, N. *A invenção da Assistência: uma orientação ética para a clínica em saúde mental na rede pública*. Dissertação de mestrado, ENSP/FIOCRUZ, 1997.

SOPHIA, D. *Saúde e Utopia: O Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira*. Hucitec, São Paulo, 2013.

SOSINTRA. *Dossiê de documentos sobre a entidade - 1985/1990*. Rio de Janeiro: Sosintra, 1990.

SOUZA, WS. *Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997)*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

STENGERS, I. *Quem tem medo da ciência - ciências e poderes*. São Paulo: Siciliano, 1990.

TORESINI, L & TREBICIANI, M. Os serviços territoriais custam menos que o manicômio. In: *A loucura na sala de jantar* (J. Delgado, org.), pp. 99-115, São Paulo: Edição do Autor, 1991.

TORRE, E. *A Reforma Psiquiátrica como Empresa Social: um estudo sobre a reorientação do modelo assistencial nas políticas públicas de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

TORRE, E. *Saúde Mental, Loucura e Diversidade Cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte-cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

TUNDIS SA. *Psiquiatria preventiva: racionalização e racionalidade*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1985. 207p.

TUNDIS, AS & COSTA, NR, orgs. *Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.

VASCONCELOS, EM & WEINGARTEN, R. *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com transtorno mental*. Editora Encantarte. Rio de Janeiro, 2003.

VASCONCELOS, EM. *Abordagens Psicossociais*. 3 volumes. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

VASCONCELOS, EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, EM. Reinvenção da Cidadania, 'Empowerment' no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários. In. *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Subjetividade*, P. Amarante, org., pp. 169-194, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

VENTURINI, E. *A Linha Curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

VENTURINI, E. Diversidade Cultural e Loucura: as ciências humanas e sociais e a desinstitucionalização da arte. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.4 , n.9, p.13-20, 2012.

VENTURINI, E. Prefácio. In: *Loucos pela vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (P. Amarante, coord.), pp. 13-16. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995

VIDAL, V. Cancioneiros do IPUB. In: MELO, W. & FERREIRA, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, p. 192-198, 2011.

VIDAL, V; AZEVEDO, M & LUGÃO, S. *Songbook e CD Cancioneiros do IPUB*. Rio de Janeiro: FUJB/IPUB, 1998.

VIEIRA, M.; VICENTIN, MCG. & FERNANDES, MI. A, orgs. *Tecendo a Rede: trajetórias da Saúde Mental em São Paulo 1989-1996*. São Paulo, Taubaté: Cabral Ed. Universitária, 1999.

WANDERLEY, L. Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado. In: MELO, W. & FERREIRA, A. P. *A sabedoria que a gente não sabe*. Rio de Janeiro : Espaço Artaud/Universidade Federal de São João del Rey, v.1, p. 25-34, 2011, p. 199-200.



WANDERLEY, L. *O dragão pousou no espaço: arte contemporânea, sofrimento psíquico e o objeto relacional de Lygia Clark*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

WHO 2001. *Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental - nova concepção, nova esperança*. WHO/OPAS, Genebra, 2001, 173 pp.

XISTO, V. Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou: desinstitucionalização e estratégias de sobrevivência dos profissionais de saúde mental. In: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental – ABRASME*, v. 4, n. 8, 2012, p. 115-124.

YASUI, S. CAPS; aprendendo a perguntar. In: *Saudeloucura 1* (A. Lancetti, org.), pp. 47-60. São Paulo: Hucitec, 1989.

YASUI, S. *Ruptura e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2010. 192p.

ZANELLA, M; LUZ, HHV; BENETTI, IC & ROBERTI JUNIOR, JP. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]. 2016, n.15, pp.53-62. ISSN 1647-2160. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0132>.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 01**

### PROFISSIONAIS SE ORGANIZAM

#### OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL SE ORGANIZAM NUM MOVIMENTO DE OPOSIÇÃO

A história recente dos movimentos de oposição a uma prática psiquiátrica cronificadora, repressiva e elitista aponta para a concreta viabilidade da organização eficaz dos trabalhadores de saúde mental. Nos últimos dois anos, as denúncias contra o modelo assistencial se multiplicaram, para, finalmente resultarem na escalada inédita de punições havidas de maio a julho deste ano, contra psiquiatras e psicólogos do Rio de Janeiro. Na realidade, a violência da resposta institucional, no caso dos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental, no Rio, apenas ilustra a importância e a força da mobilização dos profissionais quando estes se organizam, na denúncia das condições de atendimento e do aviltamento de sua prática. Foi essa punição injusta e maciça de médicos e psicólogos que permitiu se reunissem todos os profissionais da área, no Rio de Janeiro, na realização das assembleias gerais de 15 a 22 de agosto.

Uma das decisões destas assembleias de profissionais foi pela participação ativa no Congresso da A.B.P., com o objetivo de tentar reunir e aglutinar os movimentos de oposição de todo o país.

#### PROPOSTAS DE ORGANIZAÇÃO

Alguns pressupostos do movimento de profissionais do Rio, que agora busca se reunir aos demais movimentos de oposição do país, ficaram definidos nas Assembleias Gerais. Entre eles:

“1 –Seu caráter multiprofissional e aberto, congregando todos os profissionais de saúde mental e outras categorias que pensem o problema da saúde;

2- Seu caráter político. Sua história é a história de um enfrentamento direto com a instituição psiquiátrica, através da mobilização dos profissionais na sua prática concreta. Nasceu de uma luta contra uma instituição que sustenta:

I – a existência e reprodução de um modelo assistencial que não atende às necessidades da população; que não utiliza os recursos terapêuticos da psiquiatria atual; que torna crônica a doença mental; que, de maneira quase deliberada, erige-se numa prática repressiva, autoritária, estigmatizadora, violenta..., enfim, uma prática anti-terapêutica por excelência;

II – a exploração do trabalho, mediante expedientes que escamoteiam mesmo as limitadas garantias da legislação trabalhista do país. É nesse desrespeito ao trabalho que se sustenta e se nutre o permanente ritual de aviltamento e degradação do profissional, através de atividades prepotentes, arbitrárias, discriminatórias;

3 – Sua proposta de ultrapassar a mera denúncia, e lutar pela participação dos profissionais de saúde mental nos planos de saúde, de elaboração até agora restrita a tecnoburocratas, e impostos verticalmente. Esta proposta implica a atividade crítica aprofundada, a análise dos planos e programas, o estudo de alternativas fundadas nos interesses da população. Ou seja: o patrocínio de um plano e substantivo debate sobre as práticas psiquiátricas;

4 – Sua busca permanente de representatividade. Reunindo representantes de entidades e associações de todas as categorias profissionais envolvidas, impões-lhes a constante interrogação sobre sua real representatividade. E busca a criação de espaços que abriguem uma atividade crítica continuada, fundada na prática, reunindo manifestações até aqui puntiformes, dispersas, e, por isso mesmo, ineficazes. A legitimidade de tais associações e entidades só se constituirá na extensa e democrática participação dos profissionais representados. Para que as representações de categorias profissionais não reproduzam, em sua direção, o mesmo e abissal divórcio autoritário que separa a casta dirigente deste país de sua população.

5 – Finalmente, o movimento se caracteriza por sua vinculação orgânica à luta de amplos setores da vida nacional, pela participação efetiva de todos os brasileiros, sem exceção, na construção do país. O compromisso dos profissionais de saúde mental na luta por melhores condições de atendimento, por condições dignas de trabalho, pela participação efetiva na elaboração dos planos de saúde, pela crítica radical a um modelo baseado no lucro, que financia a loucura, sobrepondo interesses de grupos econômicos aos interesses da população – tal compromisso representa apenas a nossa parte numa luta de extenso âmbito, pela democratização das oportunidades à saúde e à vida, no Brasil.”

(Do “Relatório da ABI”, Rio, 22/08/78).

Para viabilizar a organização de um movimento psiquiátrico de renovação no Brasil, neste congresso de Camboriú estarão se realizando:

- Reuniões paralelas: para discussão de problemas regionais da assistência psiquiátrica; levantamento de problemas trabalhistas; alternativas de organização;
- Banco de dados: para permitir a elaboração de um quadro amplo e minucioso das distorções da prática psiquiátrica no Brasil, bem como os problemas de natureza trabalhista, isto é, a exploração do trabalho assalariado;
- Painel: “Psiquiatria e Realidade Brasileira”, a realizar-se na Terça-feira, 31, as 14 horas, onde serão discutidas moções a serem levadas à reunião plenária do Congresso.
- Todo esse trabalho não terá sentido sem a sua participação.

Camboriú, SC, 27 de outubro de 1978.

## **ANEXO 02**

ASSEMBLEIA GERAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL PRESENTES NO V CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA – CAMBURIÚ – 30/10/78

Os profissionais de Saúde Mental do Brasil, reunidos em Assembleia, durante o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, a 30/10/78, diante das atuais condições de trabalho e da situação precária de saúde da população, resolveram fazer as seguintes considerações:

a – O atual modelo assistencial psiquiátrico tem se revelado deficiente e cronificador psiquiátrico tem se revelado deficiente e cronificador na medida em que se transforma a doença em mercadoria, privilegiando as empresas privada em prejuízo das reais necessidades da assistência da população.

b – As péssimas condições de trabalho a que está submetida a maioria dos profissionais deste setor, definidos por uma exploração do trabalho, que escamoteia mesmo as limitadas garantias da legislação trabalhista do país. É neste desrespeito ao trabalho que se sustenta e se nutre permanentemente ritual de aviltamento e degradação profissional, através de atitudes prepotentes, arbitrárias e discriminatórias.

O profissional é obrigado a uma prática repressiva e autoritária, obrigado a suprir deficiências sociais por falta de instrumentos, como por exemplo: o seguro desemprego: sendo excluído das decisões em sua prática diária e a nível da elaboração de planos e políticas na área da saúde.

c- A atual situação política do país não permite a participação dos profissionais de saúde e da população na elaboração de planos e políticas de saúde. No momento em que vários setores da população brasileira reivindicam alteração desse quadro, lutando por seus direitos políticos, os trabalhadores da área de saúde mental exigem também a participação

ativa da população, que é a real mantenedora dos serviços assistenciais. Em vista disso, resolveram se organizar no movimento a nível nacional, com o intuito de viabilizar uma luta pela melhoria desse panorama, ao tempo em que encaminham a sessão plenária final do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria as seguintes moções:

1 – Repúdio a transferência maciça dos recursos públicos para o setor privado beneficiando fundamentalmente os empresários da saúde.

2 - Revogação da Lei 6229, de julho de 1975, que institui a Lei Nacional de Saúde.

3 - Pela participação dos Trabalhadores de Saúde Mental bem como da população através de suas associações verdadeiramente representativas na elaboração dos Planos de Saúde.

4 – Pela democratização das atuais entidades que representam os profissionais do setor. Pelo respeito às Normas Internacionais de Trabalho propostas pela OMS que estipulam no máximo 10 pacientes individuais atendidos, por jornada de 4 horas, não se excluindo a autonomia do profissional de determinar o tempo necessário para um atendimento terapêutico satisfatório.

6 – Repúdio às demissões e punições injustas e arbitrárias contra os Trabalhadores de Saúde Mental (TSM) exemplificadas na situação dos Trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM.

7 – Repúdio à impugnação da chapa 2 eleita em pleito livre e democrático para a CRM-RJ e suas coirmãs de São Paulo e Pernambuco.

Em conclusão, considerando que os problemas da Saúde Mental estão ligados a uma luta mais ampla e geral da Sociedade Brasileira, compartilhamos e apoiamos a luta pelas:

- LIBERDADES DEMOCRÁTICAS
- PELA ORGANIZAÇÃO LIVRE E INDEPENDENTE DE TRABALHADORES E ESTUDANTES
- PELA ANISTIA AMPLA, GERAL E IRRESTRITA

Para a continuidade do MOVIMENTO propomos:

- Formação de um Banco de Dados que sirva de referência e informação aos Trabalhadores da área a ser inicialmente centralizado na Associação Psiquiátrica Baiana situada à Rua Padre Feijó – 31, Canela, Salvador – Bahia.
- Realização de um Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em São Paulo, nos dias 20 e 21 de janeiro de 1979, em local a ser definido.

CAMBURIÚ, 30 de outubro de 1978

PS – DOCUMENTO APROVADO PELA ASSEMBLÉIA DE ENCERRAMENTO DO V CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, POR UNANIMIDADE, NO DIA 01 DE NOVEMBRO DE 1978.



## **ANEXO 03**

PROJETO DE LEI 3.657/89 DE AUTORIA DO DEPUTADO PAULO DELGADO

SENADO FEDERAL  
PROJETO DE LEI DA CÂMARA

N.º 8, DE 1991  
(N.º 3.657/89, NA CASA DE ORIGEM)

"Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta internação psiquiátrica compulsória"

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1.º - Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

§ 1.º - Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

§ 2.º - Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual.

Art. 2.º - As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital

geral, hospital-dia, hospital-noite, bem como para a progressiva extinção dos leitos de características manicomialais.

§ 1.º - As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano, a contar da data da aprovação desta lei, para apresentarem às comissões de saúde de poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma da implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§ 2.º - É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomialais em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

§ 3.º - As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual Psiquiátrico, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.

Art. 3.º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 1.0 - Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2.0 - Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.

§ 3.0 A Defensoria Pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá à auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4.0 - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. S." - Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934.

## I JUSTIFICAÇÃO

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, seu componente gerador da doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizados, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade de existência da 'Lei Basaglia'. A inexistência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coesão.

No Brasil, os efeitos da nossa política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais.

Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 80, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levem em conta os direitos e a liberdade dos pacientes. Todos os planos e políticas, entretanto, desde o paradigmático "Manual de Serviço", do antigo INPS, em 1973, de que foi coautor o Prof. Luiz Cerqueira, pioneiro da luta antimanicomial, não têm feito outra coisa senão "disciplinar" e "controlar" a irrefreável e poderosa rede de manicômios privados, impedindo de fato a formulação, para a rede pública, de planos assistenciais mais modernos e eficientes.

Propõe-se aqui o fim desse processo de expansão, que os mecanismos burocráticos e regulamentos não lograram obter, e a construção gradual, racional, democrática, de novas alternativas assistenciais. O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso "colapso" do atendimento à loucura, e permite à autoridade pública, ouvida a sociedade, construir racional e quotidianamente um novo dispositivo de atenção.

A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental. Em vários países (nos Estados Unidos exemplarmente), a instância judiciária intervém sistematicamente, cerceando o poder de sequestro de psiquiatra. No Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, com calada obediência dos pacientes. A Defensoria Pública, que vem sendo instalada em todas as comarcas, deverá assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação-sequestro, e o respeito aos direitos do cidadão internado.

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar - da única forma possível - o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos.

Sala das Sessões, de setembro de 1989.

Deputado Paulo Delgado.

## **ANEXO 04**

**LEI N. 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**

**DISPÕE SOBRE A PROTEÇÃO E OS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E REDIRECIONA O MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL.**

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

### ARTIGO 1

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

### ARTIGO 2

Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

### ARTIGO 3

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

### ARTIGO 4

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

#### ARTIGO 5

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

#### ARTIGO 6

A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

#### ARTIGO 7

A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

#### ARTIGO 8

A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

#### ARTIGO 9

A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

#### ARTIGO 10

Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos



familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

#### ARTIGO 11

Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

#### ARTIGO 12

O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

#### ARTIGO 13

Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

*Fernando Henrique Cardoso*

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*

## **ANEXO 05**

### **DECLARAÇÃO DE CARACAS**

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde

#### **VERIFICANDO,**

- 1.** Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
- 2.** Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social, b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo, c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental, d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

#### **CONSIDERANDO,**

- 1.** Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de

Saúde e referendada pelos Países Membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;

2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da Região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;

3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização da assistência à saúde.

*Declaração de Caracas*

## **DECLARAM**

1. Que a reestruturação da assistência Psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário de Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados, c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e Civis dos doentes mentais, b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo ' eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia

a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; que prometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que SOLICITAM

Aos Ministérios da Saúde e da justiça aos Parlamentos, Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organiza ações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a

Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando assim o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da Região.

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SEÇÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.