



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313

Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil

Between cloistering and deinstitutionalization: the mental health trajectory in Brazil

Entre el enclaustramiento y la desinstitucionalización: la trayectoria de la salud mental en Brasil

Mariá Lanzotti Sampaio¹ José Patrício Bispo Júnior²

¹ Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Vitória da Conquista, Brasil.

mariah_lanzotti@hotmail.com

² Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Vitória da Conquista, Brasil. jpatrickio@ufba.br

Resumo

O objetivo foi analisar a trajetória das políticas de saúde mental no Brasil. Realizamos a sistematização dos períodos históricos com base na análise dos contextos sociopolítico, de organização do sistema de saúde e das características da atenção em saúde mental. Identificamos sete períodos desde a institucionalização da loucura, no período imperial, até 2019. A trajetória da política revela um processo de disputa de concepções epistemológicas e simbólicas sobre a loucura e o adoecimento mental, que em interação com outros fatores contextuais influenciam os modelos assistenciais e as práticas de cuidado. Posteriormente, discutimos a pluralidade de abordagens da desinstitucionalização no cenário internacional e as influências sobre o modelo de saúde mental proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Apresentamos uma síntese da ideia de desinstitucionalização considerando as várias dimensões que envolvem a perspectiva abrangente do termo. Por fim, refletimos sobre os avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Apesar das significativas conquistas, persistem problemas relacionados ao financiamento, à estigmatização, à frágil articulação intersetorial e à reprodução da lógica manicomial nos serviços substitutivos. Além disso, as atuais mudanças na Política Nacional de Saúde Mental constituem-se como principais ameaças ao modelo desinstitucionalizante.

Palavras-chave saúde mental; desinstitucionalização; assistência à saúde mental; atenção à saúde; política de saúde.



Abstract

The goal was to analyze the trajectory of mental health policies in Brazil. We systematize historical periods based on the analysis of socio-political contexts, the organization of the health system and the characteristics of mental health care. We identified seven periods from the institutionalization of madness, in the imperial period, until 2019. The trajectory of politics reveals a process of dispute of epistemological and symbolic conceptions about madness and mental illness, which in interaction with other contextual factors influence the care models and care practices. Subsequently, we discussed the plurality of approaches to deinstitutionalization in the international scenario and the influences on the mental health model proposed by the Brazilian Psychiatric Reform. We present a synthesis of the idea of deinstitutionalization considering the various dimensions that involve the comprehensive perspective of the term. Finally, we reflect on the advances and challenges of the Brazilian Psychiatric Reform. Despite the significant achievements, problems related to financing, stigmatization, fragile intersectoral articulation and the reproduction of asylum logic in substitute services persist. In addition, the current changes in the National Mental Health Policy are the main threats to the deinstitutionalizing model.

Keywords mental health; deinstitutionalization; mental health assistance; health care; health policy.

Resumen

El objetivo fue analizar la trayectoria de las políticas de salud mental en Brasil. Realizamos la sistematización de los períodos históricos basados en el análisis de los contextos sociopolíticos, de organización del sistema de salud y de las características de la atención en salud mental. Identificamos siete períodos desde la institucionalización de la locura, en el período imperial, hasta 2019. La trayectoria de la política revela un proceso de disputa de concepciones epistemológicas y simbólicas sobre la locura y la enfermedad mental, que en interacción con otros factores contextuales influyen los modelos de asistencia y las prácticas de cuidado. Posteriormente, discutimos la pluralidad de abordajes de la desinstitucionalización en el escenario internacional y las influencias sobre el modelo de salud mental propuesto por la Reforma Psiquiátrica Brasileña. Presentamos una síntesis de idea de desinstitucionalización considerando varias dimensiones que involucran la perspectiva abarcadora del término. Finalmente, reflexionamos sobre los avances y desafíos de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. A pesar de las significativas conquistas, persisten problemas relacionados al financiamiento, la estigmatización, a la frágil articulación intersectorial y a la reproducción de la lógica manicomial en los servicios sustitutos. Además, los actuales cambios en la Política Nacional de Salud Mental se constituyen como las principales amenazas al modelo de desinstitucionalización.

Palabras-clave salud mental; desinstitucionalización; asistencia a la salud mental; atención a la salud; política de salud.

Introdução

Diferentes modelos de assistência marcam a trajetória da saúde mental no Brasil. As mudanças nas concepções epistemológica e simbólica da loucura e do adoecimento mental no país influenciaram a conformação de variadas práticas e formas organizativas de cuidado. Também os contextos sociopolítico e econômico, bem como a forma de organização do sistema de saúde, contribuíram para a transformação das instituições e das abordagens.

A gênese do cuidado institucionalizado no país é atribuída à criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1841 (Messas, 2008). Com a função de retirar do convívio social as pessoas em desrazão, as primeiras ações institucionais apoiaram-se nos pressupostos higienista e da privação da liberdade daqueles que representavam ameaças à ordem pública (Yasui, 2010). Nesse primeiro momento, o espaço asilar mantinha ênfase no caráter religioso e caritativo. Com a proclamação da República, o Hospício Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e passou ao domínio da psiquiatria científica, com intensificação da abordagem medicalizante (Messas, 2008).

Desde então, o hospício ocupou lugar central no modelo de assistência à loucura. Foram aprofundados o caráter asilar e o de normalização social, com intensificação das práticas violentas e higiênicas (Alverga e Dimenstein, 2006; Paulin e Turato, 2004). Em decorrência disso, os hospitais psiquiátricos passaram a ser questionados pelas situações de maus-tratos, abandono, superlotação e elevada quantidade de óbitos (Tenório, 2002). Tais críticas e a inspiração de diferentes modelos adotados em outros países, como França, Estados Unidos e Itália, alavancaram propostas de reforma do cuidado em saúde mental no Brasil (Desviat, 2015).

No final na década de 1970, emergiram as primeiras ações em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Com a agregação dos diversos atores atravessados pela temática da saúde mental, o objetivo principal do movimento era propiciar condições para desconstrução do modelo manicomial vigente (Amarante e Torre, 2017). Para Amarante (2013), a RPB pressupõe o estabelecimento de uma nova relação entre sociedade, sofrimento mental e instituições com o intuito de ofertar outro lugar social para a loucura e promover o aumento das potências de vida das pessoas em sofrimento mental.

A RPB toma por referência a ideia/conceito da desinstitucionalização, numa perspectiva de desconstrução no modelo manicomial e de transformação das relações de poder para que os pacientes se tornem sujeitos ativos e não meros objetos de intervenção (Rotelli, Leonardis e Mauri, 1990). Objetiva ainda a estruturação de rede de serviços substitutivos capazes de ofertar cuidado integral e de base territorial (Desviat, 2015). Todavia, desinstitucionalização é um termo polissêmico que, em decorrência das diferentes perspectivas, influenciou diferentes modelos de reformas psiquiátricas ao redor do mundo.

Desde a sua implementação, ao longo de aproximadamente três décadas, em que pesem os desafios a serem superados, a RPB demonstrou substanciais avanços na reorganização do modelo de assistência. Como principais mudanças, podem ser destacados a inversão do gasto em saúde mental com implantação e estímulo à expansão dos serviços comunitários, o incentivo às ações intersetoriais, a redução de leitos em hospitais monovalentes, as iniciativas de desinstitucionalização e o fortalecimento do protagonismo dos usuários e familiares (Delgado, 2019).

Entretanto, desde 2016, com a assunção de grupos conservadores e ultraliberais nos espaços de poder do país, foram desencadeadas mudanças na organização e no direcionamento ideológico da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (Brasil, 2017b) e da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2018, 2019a). Dentre as principais alterações, estão a inclusão dos hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o aumento do repasse financeiro para instituições hospitalares especializadas, o foco na abstinência e o fortalecimento e financiamento das comunidades terapêuticas (Brasil, 2017b, 2019a). As mudanças vão na contramão das proposições da RPB e representam importante retrocesso nos avanços alcançados e no modelo de desinstitucionalização defendido.

O estudo que originou este artigo teve como objetivo analisar a trajetória das políticas de saúde mental no Brasil. Para tanto, procuramos sistematizar os períodos históricos da saúde mental no país por meio da análise dos contextos sociopolítico, de organização do sistema de saúde e das características da atenção em saúde mental. Objetivamos ainda debater as principais abordagens sobre desinstitucionalização e os avanços e desafios da RPB.

Percursos da saúde mental no Brasil

A trajetória das políticas e ações de saúde mental no país foi analisada tomando por referência os contextos: econômico, social e político; de organização dos sistemas de saúde; e dos aspectos normativos e legais. Com base nesses critérios, foram sistematizados sete períodos apresentados a seguir. No Quadro 1 estão dispostos os principais aspectos de cada período.

Quadro 1 – Características dos períodos da atenção em saúde mental no Brasil, 1841-2019.

Período histórico	Contextos econômico, social e político	Organização do sistema de saúde	Características da atenção em saúde mental
Institucionalização da saúde mental (1841-1964)	Período imperial Proclamação da República (1889) Urbanização e industrialização Estado Novo, período Vargas (1930-1945) Instabilidade democrática (1945-1964)	Modelo higienista de cuidado em saúde Fragmentação institucional entre medicina previdenciária e saúde pública	Cuidado central no hospital e no encarceramento Ascensão da psiquiatria científica (após 1889) Preconização de desinternação progressiva (1961)
Autoritarismo e privatização da saúde mental (1964-1978)	Regime autoritário Desenvolvimentismo econômico concentrador de renda Centralização administrativa Redução de gastos com políticas sociais e submissão aos interesses do capital privado	Modelo de atenção centrado na assistência hospitalar e no setor privado Intensificação da dicotomia entre medicina previdenciária e saúde pública Agravamento das condições de saúde e desassistência	Cuidado central no hospital e no encarceramento Privatização e indústria da loucura Hospitais psiquiátricos superlotados, com serviços de má qualidade e iatrogênicos
Origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1978-1984)	Esgotamento do modelo econômico Mobilização social pela redemocratização	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira Defesa da saúde como direito Ações e programas de ampliação da cobertura (ações integradas em saúde, Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária)	Criação do MTSM e ‘Crise da Dinsam’ I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e instituições; V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978) III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979) Forte crítica ao modelo asilar, à violência institucionalizada e à privatização da assistência Fortalecimento do movimento da RPB
Redemocratização, criação do SUS e ascensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1984-1990)	Fim do regime autoritário Crise econômica e hiperinflação Assembleia Nacional Constituinte (1988)	Saúde incluída na pauta política VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) Criação do SUS (1988) Lei Orgânica da Saúde (leis n. 8.090/1990 e n. 8.142/1990)	I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (1987) Experiências exitosas de desinstitucionalização e novos modelos de atenção em saúde mental (1987-1989)

>>

Continuação do Quadro 1 – Características dos períodos da atenção em saúde mental no Brasil, 1841-2019.

Implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990-2000)	Governo Collor (liberalização do mercado) Ajuste macroeconômico e Plano Real Reforma do Estado	Implementação do SUS Descentralização da gestão em saúde Desenvolvimento da atenção primária à saúde, com a criação do PACS e do PSF	Criação da Coordenação de Saúde Mental (1991) II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) Reformulação do arcabouço normativo da saúde mental Difusão de nova mentalidade e formas de cuidar em saúde mental Criação do CAPS e mecanismos substitutivos
Avanços institucionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001-2016)	Governo do Partido dos Trabalhadores (2003-2016) Valorização das políticas sociais e de distribuição de renda	Ascensão dos sanitaristas ao comando do Ministério da Saúde Coordenação de Saúde Mental conduzida por defensores da Reforma Psiquiátrica	Lei da Reforma Psiquiátrica e criação da RAPS Arcabouço legal e normativo para a desinstitucionalização Expressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010)
Retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2016-2019)	<i>Impeachment</i> da presidente Dilma Rousseff (2016) Ocupação do governo por setores conservadores (2016-2018) Priorização e intensificação dos programas de austeridade fiscal e ajuste macroeconômico Eleição da extrema direita e agenda ultraliberal (2019)	Emenda constitucional n. 95 Restrição orçamentária ao SUS Valorização do setor privado para prestação da assistência à saúde Restrição da participação social	Aprovação da nova PNSM Inserção dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas na RAPS Aumento do incentivo financeiro para internações Proposta de retomada da eletroconvulsoterapia no sistema público Nova Política Nacional sobre Drogas Fortalecimento e financiamento para comunidades terapêuticas e foco na abstinência Retirada da sociedade civil da composição do Conselho Nacional sobre Drogas

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), Sistema Único de Saúde (SUS), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Institucionalização da loucura no Brasil (1841-1964)

Este período se inicia com a criação do Hospício de Alienados Pedro II, em 1841, e perpassa pela República Velha, pela Era Vargas, pela instabilidade democrática e se encerra com o golpe militar de 1964 (Paim et al., 2011). Data do Brasil Império a emergência das concepções epistêmicas e legais que designaram o sofrimento mental como objeto de intervenção do Estado e de saber da psiquiatria, além da marca de periculosidade e desrazão.

Após receber críticas da classe médica por não se embasar nos princípios da alienação mental, o Hospício foi desanexado da Santa Casa e passou a ser gerenciado pelos psiquiatras sob a égide dos pressupostos alienistas (Lima, 2018). Com a proclamação da República, ocorreu o fortalecimento da psiquiatria científica, bem como de práticas de medicalização da loucura (Messas, 2008).

Na década de 1920, houve a ampliação das ações de saúde para as demais localidades do país e expandiu-se o escopo de responsabilidade do Estado pelos problemas de saúde da população (Paim et al., 2011). Vertentes de cunho preventivista e higienista ganharam força e buscavam prevenir os casos de doença mental, por meio de ações de cunho xenofóbico, racista e eugenista, com vistas a alcançar melhorias sanitárias e nos modos de vida (Yasui, 2010).

Lima (2018) destaca que a promulgação do decreto n. 24.559/1934 constituiu-se em marco legal que perdurou pelo século XX. Tal decreto instituiu, em nome da manutenção da ordem ou da segurança pública, que os loucos deveriam ser retirados do convívio comunitário e internados em estabelecimentos psiquiátricos (Fernandes, 2018). Fortalecia-se, assim, a ideia de adoecimento mental associado à periculosidade e como antítese de cidadania. Esta concepção favoreceu as internações arbitrárias e a política de encarceramento como modelo de assistência aos doentes mentais.

Em 1961, com a promulgação do decreto n. 49.974, observou-se importante iniciativa de flexibilização ao modelo manicomial vigente (Fernandes, 2018). O referido decreto preconizou que as internações ocorressem apenas após elucidação diagnóstica de doença mental e que o cuidado pudesse ser realizado em instituições extra-hospitalares e comunitárias. Também passou a utilizar a terminologia saúde mental no lugar de 'doença mental'. Todavia, tal normativa não reverberou em mudanças nas políticas de saúde mental. De acordo com Lima (2018), a proposta consistiu prioritariamente em ajuste político-econômico e manteve a quase totalidade do financiamento voltado para asilos privados.

Autoritarismo e privatização da saúde mental (1964-1978)

Após o golpe de 1964 e com a instalação da ditadura cívico-militar no Brasil, ocorreu a reestruturação do modelo de Estado, que teve como características principais: o autoritarismo e a repressão; a centralização financeira no âmbito federal; a redução do gasto em políticas sociais; e o modelo privatizante, aliado ao capital nacional e internacional (Paim et al., 2011). No sistema de saúde, aprofundou-se a dicotomização entre saúde pública e medicina previdenciária. O Ministério da Saúde, então responsável pelas ações de saúde pública, fora relegado a segundo plano. Preponderava a lógica previdenciária e os convênios com os setores privados, com o agravamento da desassistência de considerável parcela da população (Scorel, 2012).

O campo da saúde mental, assim como o restante da área da saúde, seguiu rumo à mercantilização da assistência (Pitta, 2011). Houve expressiva expansão do sistema manicomial privatista e a emersão da chamada 'indústria da loucura' (Cerqueira, 1984), na qual o sofrimento mental e as internações psiquiátricas passaram a ser objeto de expressivo lucro para os segmentos empresariais (Martinhago e Oliveira, 2015). Nesse período, a quase totalidade dos recursos financeiros da psiquiatria era destinada às internações em clínicas privadas contratadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), com altos índices de internações consideradas desnecessárias (Pitta, 2011).

Em meados de 1970, os hospitais públicos encontravam-se em situação de extrema carência, superlotação, abandono e com serviços de má qualidade. Os particulares atuavam na perspectiva de maximizar o lucro, com condições estruturais precárias e condições assistenciais degradantes (Paulin e Turato, 2004).

Destarte, devido ao déficit financeiro da política previdenciária e às fraudes nas contas hospitalares, buscou-se estabelecer soluções saneadoras para a situação caótica do sistema hospitalar (Scorel, 2012). Ademais, a limitada atuação do Ministério da Saúde e a desassistência crônica geraram severas consequências negativas à saúde da população. Ante essa realidade, amadureceram-se críticas ao modelo

privatista/asilar excludente, que posteriormente culminariam na busca por novas perspectivas para o cuidado em saúde mental (Paulin e Turato, 2004).

Origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1978-1984)

Este período envolve a luta para a redemocratização do país e a busca por reestruturação do sistema de saúde e pela transformação dos cuidados em saúde mental. O esgotamento do modelo econômico e as mobilizações por melhores condições de vida e saúde impulsionaram o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Nesse contexto, ocorreu a gênese da RPB. Assim, as críticas sobre as práticas violentas e excludentes dos hospitais psiquiátricos avançaram para o posicionamento ético-político essencialmente antimanicomial (Tenório, 2002). O período encerra-se com o enfraquecimento do regime autoritário, o início da abertura política e a disseminação dos ideais da RPB.

A secundarização das políticas de proteção social e a atuação do Estado voltada, prioritariamente, para satisfazer os interesses do capital lucrativo resultaram, em meados da década de 1970, na crise do setor saúde (Escorel, 2012), com consequências igualmente negativas para o campo da saúde mental (Messas, 2008). Diante disso, em 1978, jovens psiquiatras do Rio de Janeiro denunciaram publicamente as condições desumanas de tratamento ofertadas nos hospitais psiquiátricos. Em seguida, profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) deflagraram greve, o que culminou na demissão de 260 pessoas que trabalhavam nas instituições e na publicização midiática da realidade iatrogênica e violenta no interior dos manicômios (Amarante, 2013).

Daí criou-se o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que atingiu âmbito nacional e se destacou por criticar os saberes e práticas da psiquiatria tradicional, propor o modelo antimanicomial e introduzir a ideia de Reforma Psiquiátrica nas políticas públicas (Paulin e Turato, 2004).

No mesmo ano, ocorreram o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria. O primeiro contou com a participação de importantes expoentes da Reforma Psiquiátrica Internacional que influenciaram o processo de Reforma no Brasil, e o segundo contribuiu para o fortalecimento nacional do MTSM. Em 1979, ocorreu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Na ocasião, após visita ao hospital de Barbacena, Franco Basaglia deflagrou denúncias sobre o cuidado em saúde mental no Brasil que geraram forte impacto e visibilidade à temática (Amarante, 2013).

Cabe pontuar que o MRS exerceu forte influência para a RPB, em especial no debate da inter-relação entre política, economia e condições de saúde. Nos anos 1980, os Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica ganharam corpo no seio da sociedade brasileira e conquistaram espaços discursivos e novos adeptos na luta pela redemocratização, transformação da realidade sanitária e mudança no modelo de saúde mental (Yasui, 2010). Apesar de existirem divergências entre os movimentos, ambos concebiam a saúde como elemento central e dotado de potencial revolucionário para obtenção de transformações na sociedade (Brasil, 2005).

Redemocratização, criação do Sistema Único de Saúde e ascensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1984-1990)

Este foi um curto e intenso período nas transformações da realidade sociopolítica, do setor saúde e da saúde mental do país. Consistiu no processo de redemocratização, de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de consolidação das críticas à cultura manicomial. Nesse período, iniciou-se a mudança do modelo de atenção em saúde mental pela substituição da estrutura hospitalocêntrica por serviços diversificados, abertos e territoriais, com o propósito de incluir os sujeitos em sofrimento mental no seio comunitário (Brasil, 2005; Pitta, 2011).

No âmbito do setor saúde, ocorreram a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986; a promulgação da Constituição, em 1988, com o estabelecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; e a regulamentação do SUS por meio das leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90 (Paim et al., 2011).

No campo da saúde mental, intensificaram-se mobilizações em prol da reformulação do cuidado prestado. Como desdobramento da VIII CNS, foi realizada, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), considerada um marco para as políticas do setor. Foi o primeiro evento nacional a reunir os diversos atores envolvidos com a temática (Yasui, 2010). Depois da I CNSM, o debate relacionado à saúde mental ganhou maior visibilidade e ocupou espaços sociais, acadêmicos e políticos. No mesmo ano, ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, instituiu-se o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e adotou-se o lema 'Por uma sociedade sem manicômios' (Brasil, 2005). Ainda nesse congresso, foram geradas as bases para que o MTSM se tornasse Movimento da Luta Antimanicomial, que englobou, além dos profissionais de saúde mental, usuários e familiares dos serviços e membros da sociedade atravessados pela temática (Pitta, 2011).

Além dos ideais sanitaristas, buscou-se desconstruir as concepções e práticas hegemônicas relacionadas ao sofrimento mental, tanto no interior dos serviços quanto na sociedade, dando início ao constructo de desinstitucionalização e ao modelo psicossocial. Ademais, almejava-se que, concomitantemente à ampliação do acesso ao cuidado, fosse rompida a tríade hegemônica emergência-ambulatorio-hospital e se desenvolvessem diferentes tecnologias de cuidado que contemplassem as necessidades e singularidades dos sujeitos em questão, mediante uma lógica territorial e interdisciplinar (Delgado, 2019).

Como iniciativas de transformação do modelo de cuidado, foi inaugurado em 1987 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, o CAPS Luiz Cerqueira. Em 1989, a Prefeitura de Santos fechou a Clínica Anchieta, marcada por fazeres violentos e segregadores, e criou uma rede de serviços de cuidado denominados substitutivos ao hospital psiquiátrico, dentre eles os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs). Tais experiências foram consideradas marcos inaugurais no cuidado desinstitucionalizante e, posteriormente, expandidas para outros estados e municípios, ainda que em movimentos descontínuos (Amarante e Nunes, 2018).

Em 1989, Paulo Delgado apresentou o projeto de lei n. 3.657, que versava acerca da extinção dos manicômios e substituição destes por serviços de base comunitária, além de alvidrar sobre a regulação da internação psiquiátrica involuntária (Amarante e Nunes, 2018). Propor o fechamento dos hospitais psiquiátricos desencadeou intensos debates que perpassavam pelas condutas éticas ante o sofrimento mental e pelo lugar destinado a essa condição na sociedade. Demarcou-se ainda a luta da RPB por transformações no arcabouço jurídico e normativo (Brasil, 2005).

Implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990-2000)

De acordo com Pitta (2011), a década de 1990 marca o desenvolvimento da RPB como política pública consentida. Em 1990, o Brasil vivenciava a liberalização dos mercados, o ajuste macroeconômico e a reforma do aparelho estatal (Machado, Lima e Baptista, 2017). No âmbito da saúde, as principais ações foram a descentralização da gestão para estados e municípios e a criação do Programa de Saúde da Família para a estruturação da atenção primária à saúde (Paim et al., 2011). No campo da saúde mental, constataram-se o fortalecimento e a solidificação dos ideais da RPB, com a instauração de novo olhar relacionado à psiquiatria e às possibilidades assistenciais, bem como a promulgação de leis e atos normativos que instituíram novos dispositivos de cuidado.

Com a divulgação da Declaração de Caracas e a criação da Coordenação de Saúde Mental, em 1991, desenvolveram-se ações estruturais para a substituição do cuidado hospitalocêntrico pelos serviços comunitários. Os NAPSs e os CAPSs foram instituídos nacionalmente e tiveram o funcionamento

regulamentado com a publicação das portarias n. 189/1991 e n. 224/1992, com o redirecionamento de recursos públicos para essas novas unidades (Tenório, 2002).

Em 2000, foram instituídos os serviços residenciais terapêuticos (SRTs) (Brasil, 2017a). A cada transferência para SRT, preconiza-se reduzir ou descredenciar o mesmo número de leitos psiquiátricos de modo que os recursos financeiros possam ser realocados (Brasil, 2017a). De acordo com Pitta (2011), os novos mecanismos assistenciais não objetivavam o desmonte da rede hospitalar, mas, sobretudo, a substituição do modelo vigente.

Em 1992, ocorreu a II CNSM, com importante participação dos usuários e familiares (Brasil, 2005). Dentre as principais recomendações dessa conferência, destacam-se: o favorecimento da lógica territorial, a responsabilização do cuidado, a atenção integral e a municipalização. Vale destacar que tais diretrizes influenciaram fortemente a reestruturação do modelo de atenção em saúde mental no país. Em 1993, ocorreu o I Encontro do Movimento da Luta Antimanicomial, que marcou o fortalecimento do movimento (Amarante e Nunes, 2018).

No final desse período, evidenciaram-se a redução de leitos hospitalares, o aumento de serviços substitutivos e mobilizações para delinear ações de cuidado com base na universalidade, na acessibilidade e orientadas para a comunidade (Pitta, 2011). Apesar da inegável importância do crescimento dos serviços substitutivos, o baixo financiamento para tais serviços e a expansão insuficiente ante as necessidades do sistema público de saúde mostraram-se como um desafio a ser superado (Brasil, 2005; Tenório, 2002).

Avanços institucionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001-2016)

Este período caracteriza-se pela criação de dispositivos institucionais e pelo avanço de mecanismos legais consoantes aos pressupostos da RPB. O principal marco foi a promulgação da lei n. 10.216/2001 (Brasil, 2001), proposta por Paulo Delgado, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, após 11 anos de tramitação no Congresso. Apesar de menos incisiva do que o projeto de lei original, que preconizava a extinção dos hospitais psiquiátricos, impulsionou a mudança do modelo de atenção em saúde mental direcionando-o ao cuidado em meio comunitário (Brasil, 2001). Ainda em 2001, ocorreu a III CNSM, que contou com a efetiva participação de usuários e familiares, na discussão e construção das políticas de saúde mental (Amarante e Nunes, 2018).

Os anos que se sucederam foram marcados por progressos no campo legal e ampliação dos serviços extra-hospitalares. Em 2002, foi reestruturado e ampliado o atendimento psicossocial, com diferentes modalidades de CAPS. Em 2003, criou-se o programa 'De volta para casa', para ressocialização de pacientes vítimas de internações de longa permanência. Em 2008, foram criados os núcleos de apoio à saúde da família (NASFs) para realizar, dentre outras atribuições, apoio matricial em saúde mental às equipes de saúde da família (Brasil, 2017a).

Após pressões de movimentos sociais, ocorreu, em 2010, a IV CNSM-Intersetorial. Além da abordagem dos aspectos inerentes à saúde mental, essa conferência destacou-se por agregar a luta por uma sociedade menos desigual e por melhores condições de vida dos sujeitos em sofrimento mental (Andrade e Maluf, 2017; Delgado, 2019).

Outro marco do período foi a criação da RAPS, em 2011 (Brasil, 2017a). Com a rede, vislumbrava-se garantir e ampliar o acesso da população ao cuidado em saúde mental, bem como articular os diversos pontos de atenção para o acompanhamento longitudinal e garantia do cuidado integral. Com a RAPS, demarcou-se a valorização do caráter territorializado e comunitário do cuidado.

Nesse contexto, ocorreram mudanças qualitativas na assistência prestada e considerável expansão dos serviços substitutivos e das ações de cultura e ocupação dos espaços públicos (Amarante e Torre, 2017). Todavia, é importante refletir que as mudanças institucionais e legais não foram suficientes para gerar completa ruptura do modelo psiquiátrico anterior (Alverga e Dimenstein, 2006). Assim, as

instituições assistenciais passaram a conviver simultaneamente com práticas biomédicas tradicionais e com práticas inovadoras e emancipatórias em saúde mental (Lima e Gonçalves, 2020).

O período encerra-se em 2016, com um quadro de crise econômica, política e moral no país, acompanhado pela instabilidade política e institucional (Machado, Lima e Baptista, 2017) e a ascensão de grupos conservadores e ultraliberais. Disseminou-se uma lógica retrógrada às propagandas pela RPB, o que deu início ao processo de desmonte da linha de cuidado que vinha se consolidando e apontou para importantes retrocessos nesse campo de cuidado (Delgado, 2019).

Retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2016-2019)

Este período é marcado por intensas modificações na política de saúde mental e na política de drogas, que vão na contramão dos ideais defendidos pela RPB. Desde 2016, com o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff e a ocupação de grupos conservadores no governo federal, ocorreram novos arranjos institucionais que deferiram a redução de direitos constitucionais e do papel do Estado diante das políticas públicas (Machado, Lima e Baptista, 2017). Em 2019, houve a assunção da extrema direita, que tem se utilizado de agenda ultraliberal e fomentado programas de austeridade fiscal e severos cortes nas políticas sociais.

No âmbito macroeconômico, a medida de principal impacto foi a aprovação da emenda constitucional (EC) n. 95/2016, que estabeleceu limites de teto de gastos das despesas primárias por até vinte anos (Onocko-Campos et al., 2018). Essa medida acarretaria expressivas perdas financeiras para o SUS e limitaria o desenvolvimento das políticas sociais. Cabe pontuar que fatores como pobreza extrema, desemprego, violência e ruptura com os laços sociais estão intimamente relacionados ao aumento dos casos de sofrimento mental (Santos e Vieira, 2018).

Em 2016, intensificaram-se as discussões pró-manicomiais, com vistas a reordenar a política de saúde mental. Nesse sentido, desencadearam-se mudanças institucionais em razão da aprovação de um novo arcabouço legal que reorganiza a estrutura da rede e o cuidado desenvolvido pelas unidades integrantes da RAPS.

Em 2017, entraram em vigor a resolução n. 32 (Brasil, 2017c) e a portaria n. 3.588 (Brasil, 2017b), que promoveram mudanças na PNSM. Dentre as principais alterações, vale destacar a inserção do hospital psiquiátrico na RAPS, a recriação dos hospitais-dia e dos ambulatorios, o aumento do financiamento para instituições hospitalares especializadas e o incentivo às comunidades terapêuticas (Brasil, 2017b, 2017c). Tais medidas favorecem a desconfiguração dos princípios organizativos da RAPS, com importantes retrocessos nos avanços alcançados pela RPB, e geram riscos de subfinanciamento dos serviços extra-hospitalares e desestímulo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Em 2018, a resolução n. 1 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) deferiu novas diretrizes para essa política, alinhada à nova PNSM (Brasil, 2018). Posteriormente, o decreto n. 9.761, de 2019, que aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas, assumiu posição expressamente contrária à legalização das drogas, preconizou o fortalecimento e a transferência de recursos públicos para as comunidades terapêuticas e introduziu o foco do cuidado na abstinência do uso e não mais na redução de danos (Brasil, 2019a).

Aponta-se para o risco de se retomar o modelo de cuidado centrado prioritariamente na doença que desconsidera a multicausalidade associada ao uso dessas substâncias. Pondera-se que as bases das comunidades terapêuticas vão na contramão das propostas da RPB, que preconiza a produção de autonomia e liberdade, bem como o desenvolvimento de estratégias de cuidado no seio comunitário e com centralidade nas necessidades dos sujeitos. De maneira inversa, a nova política de drogas utiliza-se dos ideais proibicionistas e adota a internação, a abstinência e a repressão como modalidades prioritárias de cuidado (Duarte, 2013).

Em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde lançou a nota técnica n. 11, que condensou as principais mudanças legais no âmbito da nova PNSM (Brasil, 2019b). Constou na nota a possibilidade

de se financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT) para uso no SUS, instituindo-se ainda a possibilidade de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas. Diante das polêmicas geradas e das fortes críticas sociais, essa nota técnica foi retirada de circulação.

Na sequência das mudanças ocorridas, em julho de 2019 a promulgação do decreto n. 9.926 reconfigurou a composição do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Brasil, 2019c). A nova reordenação retirou a participação da sociedade civil da composição desse conselho. Instituições como os Conselhos Federais de Psicologia, de Medicina, de Enfermagem e de Assistência Social e a Ordem dos Advogados do Brasil, dentre outras, perderam representação nesse fórum. Tais ações configuram-se como retrocessos relacionados ao controle social, bem como o enfraquecimento de posições técnicas e sociais de grupos de interesse relacionados à temática.

Nesse sentido, Delgado (2019) refere que a consciência crítica acerca do atual momento vivenciado, o combate à construção de um SUS mínimo, a defesa intransigente de projetos de bem-estar social e de distribuição de renda, bem como a mobilização dos diversos atores envolvidos na defesa do cuidado psicossocial, se fazem instrumentos necessários na conjuntura atual. Entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Reis, 2019) posicionaram-se contrárias às alterações e manifestaram defesa ao processo de desinstitucionalização. Referem que a luta da Reforma Psiquiátrica é a luta por cidadania, e o cuidado em saúde mental deve ser, necessariamente, territorial e substitutivo. Substitutivo às práticas que tamponavam e velavam a miséria, a violência e o descaso do governo com os sujeitos em sofrimento mental.

Desinstitucionalização como ideia/conceito polissêmico

No contexto mundial, o sofrimento mental sempre esteve associado aos processos de exclusão e estigmatização (Whitley, 2012). À medida que o isolamento social se afirmava como imperativo terapêutico e a periculosidade como característica inerente à loucura, fortalecia-se o lugar do hospital psiquiátrico como única instituição adequada ao tratamento das pessoas com doença mental. A vida nessas instituições totais era marcada por relações autoritárias, violentas e de controle, bem como por processos de des-historização, negação de direitos e destituição subjetiva (Martinhago e Oliveira, 2015).

Após as duas grandes guerras mundiais e com o advento dos psicotrópicos e da psicanálise, instaurou-se um clima social que desencadeou no questionamento, em diversos países, das práticas manicomiais para o cuidado à loucura (Lima, 2018). As características socioeconômicas e políticas, bem como as diversas conformações dos sistemas de saúde, determinaram o surgimento de múltiplos movimentos de reformas psiquiátricas e subsidiaram diferentes propostas de desinstitucionalização (Yasui, 2010). Assim, o conceito de desinstitucionalização configura-se como termo polissêmico com diferentes fundamentos epistemológicos e práticas assistenciais (Rotelli, Leonardis e Mauri, 1990).

Ao analisar o cenário internacional, Amarante (2013) considera três principais grupos de experiências de reformas psiquiátricas: a psicoterapia institucional e a comunidade terapêutica; a psiquiatria de setor e psiquiatria comunitária; e a antipsiquiatria e psiquiatria democrática.

O primeiro grupo envolve duas experiências que reconheciam a violência e a inefetividade do tratamento dos manicômios, todavia defendiam que o fracasso estava na abordagem dispensada pelo hospital. Dessa forma, almejaram produzir mudanças no interior da instituição para que se tornasse, de fato, terapêutica (Amarante, 2013). A psicoterapia institucional, originada na França em 1940, e as comunidades terapêuticas na Inglaterra, em 1959, continham em comum o ideal de democratização e de horizontalização das relações entre pacientes e profissionais, bem como a utilização do potencial dos próprios pacientes no processo terapêutico (Desviat, 2015).

A psicoterapia institucional propõe a transformação do hospital psiquiátrico de dentro para fora, de modo que, com acolhimento e escuta, flexibilização e horizontalização dos papéis e 'escuta polifônica'

da instituição, possa se constituir como locus de tratamento digno e de promoção e troca de tecido de vida (Vertzman, Cavalcanti e Serpa, 1992).

As modificações propostas objetivavam proporcionar a humanização dos hospitais psiquiátricos, todavia não propuseram o trabalho externo a essas instituições (Desviat, 2015). Nesse sentido, não se pode falar em desinstitucionalização tampouco em desospitalização, pois não se questionava a existência dos hospitais psiquiátricos como locus prioritário de tratamento, nem o conceito de doença mental e sua relação com a sociedade.

O segundo grupo, composto pela psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, caracteriza-se pelas primeiras abordagens de desinstitucionalização em saúde mental (Amarante, 2013). A psiquiatria de setor, nascida na França, apontava a necessidade de abordagem fora do contexto hospitalar. Assim, foram criadas unidades de saúde mental nos setores territoriais. A psiquiatria preventiva surgiu nos Estados Unidos, com o Governo Kennedy, em 1963, sustentada pelos ideais de saúde mental comunitária. Criticava o sistema psiquiátrico hospitalocêntrico e as condições precárias a que os sujeitos eram submetidos (Desviat, 2015). Dessa forma, objetivava a prevenção do adoecimento mental e o tratamento desenvolvido em serviços comunitários.

Tal abordagem constitui-se em desinstitucionalização como desospitalização, visto que desenvolve a crítica ao sistema psiquiátrico centrado no hospital, mas não à natureza do saber psiquiátrico em si (Martinhago e Oliveira, 2015). De acordo com Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), essa geração de reformas, embora tenha possibilitado a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, desencadeou um processo de transinstitucionalização para outros serviços, além do abandono de importante parcela da população. Pode-se considerar a desospitalização como importante avanço, porém limitado na perspectiva da saúde mental emancipadora.

O terceiro grupo deu início ao rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional e fundamenta-se na ideia de desinstitucionalização como desconstrução (Amarante, 2013). A antipsiquiatria e a psiquiatria democrática questionam o modelo científico psiquiátrico e o fazer das instituições assistenciais (Whitley, 2012). A antipsiquiatria propõe-se como antítese do marco teórico conceitual da psiquiatria tradicional ao defender a indissociabilidade entre adoecimento, sujeito e relações sociais. Considera a pessoa com sofrimento mental como cidadão e busca devolver a ela o lugar de sujeito ativo de sua história e também (re)construir a vida no seio social que valide as diferentes formas de existência (Rotelli, Leonardis e Mauri, 1990).

A psiquiatria democrática italiana é a mais expressiva experiência desse modelo. Compreende um processo de desinstitucionalização que transcende o mero desmantelamento do hospital psiquiátrico. Busca, sobretudo, a desconstrução da cultura manicomial em que as pessoas em sofrimento mental ocupam o lugar de objeto passivo de práticas médicas (Mezzina, 2018). Para tanto, foi criada uma nova forma de organização de serviços, em meio aberto e comunitário, para produzir cuidado e ao mesmo tempo promover novas formas de sociabilidade e subjetivação. Adotou-se a expressão de serviços substitutivos para marcar o caráter de superação das instituições manicomiais e não apenas a existência de serviços paralelos ou alternativos (Desviat, 2015).

No Brasil, o movimento de psicoterapia institucional influenciou o estabelecimento do modelo de clínica institucional desenvolvida pelos CAPSs (Goldberg, 1994). Por sua vez, a reforma psiquiátrica italiana exerceu preponderante influência na conformação dos marcos conceituais e epistemológicos da RPB. A imagem objetivo da desinstitucionalização no Brasil demandou, além do fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, a ruptura prático-teórica com os saberes hegemônicos. Desenvolveram-se novas conformações epistemológicas e assistenciais, de forma que o objeto de cuidado passasse da doença para a existência complexa do sujeito em sofrimento (Amarante, 2013).

Fernandes (2018), após revisão sistemática, conceituou 12 tipologias do termo desinstitucionalização utilizadas no Brasil, que não necessariamente se relacionam de maneira consensual ou em evolução linear. Essas tipologias podem ser agregadas em três grupos conceituais.

O primeiro deles agrega as conceituações que tratam a desinstitucionalização em sentido micro, referente apenas à substituição do cuidado hospitalocêntrico por serviços de base comunitária e territorial, com ampliação do leque de práticas. Nesse grupo, o autor incluiu os tipos de desinstitucionalização como: atenção a pacientes institucionalizados; alteração do modelo de assistência e prestação de serviços; e reforma psiquiátrica.

O segundo grupo engloba as tipologias de desinstitucionalização como: diferenciação de desospitalização; inserção social; desconstrução e construção de paradigmas; cidadania; e 'a partir de Rotelli', que remete ao âmbito macro do conceito operacional de desinstitucionalização. Esse grupo é composto pelas abordagens que contemplam a mudança do objeto de intervenção, com ação direcionada ao sujeito em sofrimento mental em um contexto sociocultural e não à doença mental. Pressupõe, nesse sentido, alterações no estatuto jurídico que incorporem o direito à cidadania e à participação nas trocas sociais.

O terceiro grupo se constitui pelas tipologias de desinstitucionalização como: para além dos muros; novas relações sociais para com a loucura; o indivíduo como sujeito da sua loucura; e revolução. Essas perspectivas aglutinam as concepções que transcendem as anteriores e defendem profundas mudanças na organização social, bem como desconstruções dos saberes hegemônicos para que o sofrimento mental possa ser acolhido e cuidado em sua diferença e compreendido como expressão de existência.

Diante da polissemia do termo, foi evidenciada a necessidade de sintetizar os diversos elementos que envolvem o conceito/ideia de desinstitucionalização utilizado pela RPB. No Quadro 2, estão dispostas as principais características dos modelos manicomial e de desinstitucionalização. Observa-se que o processo de desinstitucionalização vai muito além do lócus onde ocorre a intervenção; envolve mudanças no fundamento epistemológico centrado no conceito ampliado de saúde e na integralidade. Outro destaque é o objeto da intervenção, que deixa de ser a doença mental e passa a ser a pessoa em sofrimento mental possuidora de subjetividades, desejos e perspectivas de vida singular. A lógica de atuação nega a violenta prática do encarceramento e busca a inclusão social e a promoção da cidadania.

Quadro 2 – Características dos modelos manicomial e de desinstitucionalização

Característica	Modelo manicomial	Desinstitucionalização
Fundamento epistemológico	Positivismo dualista que separa a doença mental da existência do sujeito	Abordagem ampliada de saúde e integralidade do sujeito e do cuidado
Lócus	Instituição total (manicômio)	Serviços de saúde e comunitários de base territorial
Lógica de atuação	Encarceramento e anulação histórica do sujeito	Inclusão social e cidadania
Objeto	Doença mental	Pessoa em sofrimento e portadora de subjetividades
Objetivo	Cura/reabilitação/controle da periculosidade	Cuidado ampliado e integração social
Concepção sobre a pessoa com sofrimento mental	Periculosidade e desrazão	Autonomia
Posição da pessoa com sofrimento mental	Paciente objeto da intervenção	Sujeito protagonista de sua saúde e da própria história
Responsável pela intervenção	Médico psiquiatra	Equipes de saúde e de apoio social

Fonte: Elaborado pelos autores.

Por sua vez, a negação do encarceramento guarda relação com a mudança do olhar da sociedade e da posição ocupada pela pessoa com doença mental, a qual deixa de ser vista como elemento perigoso

e paciente para sujeito com autonomia e protagonista da própria saúde. Na perspectiva ampliada da desinstitucionalização, o saber médico mostra-se insuficiente para a abordagem integral, passando a incorporar os saberes de outras profissões da saúde, bem como a atuação conjunta com outros setores.

Como visto, a desinstitucionalização não se resume à transposição do tratamento do hospital para os serviços comunitários; trata-se de mudança paradigmática que pressupõe transformações nas dimensões epistêmicas, assistenciais, culturais e legais (Amarante, 2013). Conforme expresso por Rotelli (1990), a imagem-objetivo da desinstitucionalização ultrapassa a desospitalização e se pauta na ruptura com a racionalidade biomédica e com a abordagem tradicional da loucura. Como ressalta o autor, a desinstitucionalização objetiva transformar os aparatos que se sustentam na doença e na periculosidade como objeto prioritário da psiquiatria e separado da existência concreta do sujeito na sociedade. Desse modo, o objeto da saúde mental deve ser a existência-sofrimento do sujeito em um contexto social.

Cabe destacar que a abordagem manicomial repressiva pode ocorrer também em serviços comunitários e substitutivos. Alverga e Dimenstein (2006) chamam a atenção para o fato de que, muitas vezes, a direção do cuidado nos serviços substitutivos é atravessada por 'desejos de manicômio', com práticas de dominação, classificação, opressão e hierarquização do outro em sofrimento. Essa força independe da lógica de tempo-espço. Assim, faz-se necessário problematizar qual direção de cuidado tem se sustentado no tratamento desses sujeitos, bem como manter vigilância epistêmica para garantir que o processo de desinstitucionalização não se restrinja a meros reparos nos dispositivos de cuidado (Alverga e Dimenstein, 2006).

Avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira

O processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorre em movimentos não lineares, marcados por avanços e retrocessos, bem como por tensionamentos nas disputas de poder. Não obstante os desafios que ainda precisam ser enfrentados, diversos autores demonstram que ela alcançou avanços substanciais (Amarante e Nunes, 2018; Clementino et al., 2019; Lima, 2018; Onocko-Campos et al., 2018).

Dentre esses, destaca-se a reversão da centralidade do cuidado hospitalar *pari passu* à expansão da rede comunitária. De 2006 em diante houve expressiva redução de leitos psiquiátricos, ao tempo que aumentaram as ofertas de novas tecnologias de cuidado em meio aberto, que reivindicavam a autonomia e a cidadania dos sujeitos em sofrimento. Assim, o cenário brasileiro, em 2017, contava com 2.452 CAPSs, 5.266 NASFs, 112 equipes de consultório na rua, 342 SRTs e 1.990 leitos especializados em saúde mental em hospital geral (Fernandes, 2018). Estes dados refletem a intencionalidade para o fomento da cobertura dos serviços extra-hospitalares, o que possibilita ofertar um novo modelo de cuidado pautado na lógica comunitária e territorial.

De acordo com Desviat (2015), a transição do cuidado para o meio comunitário requer, necessariamente, expressivo aumento de verba para os serviços extra-hospitalares. Assim, a ampliação do financiamento para esses serviços, ocorridos de maneira mais intensiva desde 2006, ainda que insuficiente, consiste em importante avanço para a consolidação da RPB. Todavia, tal avanço encontra-se em risco à medida que a nova PNSM prevê o repasse de parte do financiamento para os hospitais psiquiátricos e preconiza o aumento do pagamento para internações nos hospitais. Corre-se o risco do desmonte dos serviços substitutivos em nome de uma 'nova' racionalidade científica.

Outro avanço a ser elencado deve-se às transformações de paradigmas e de práticas assistenciais, com vistas a delinear novas concepções e intervenções em saúde mental consonantes aos pressupostos da desinstitucionalização. Expandiram-se, ainda, as experiências no campo de trabalho e da cultura, que são estratégicas para a transformação social por permitirem que o sujeito possa se expressar e existir de outro lugar que não o da doença e da desrazão. Esses sujeitos, até então objetos passivos de

intervenções, passaram a assumir o protagonismo de suas histórias, ocuparam diferentes espaços da cidade e fortaleceram o exercício da participação social (Amarante e Torre, 2017).

Apesar desses expressivos avanços, a estigmatização social dos sujeitos em sofrimento mental ou com necessidades em decorrência do uso de substâncias psicoativas ainda é uma realidade a ser superada (Lima, 2018). Outrossim, a reprodução de práticas engessadas e burocratizadas, a insuficiente articulação intra e intersetorial também são aspectos a serem superados para a melhor efetivação do processo de reforma (Clementino et al., 2019)

Ademais, o fenômeno da hipermedicalização ainda se faz presente nos serviços substitutivos (Lima, 2018). De acordo com Andrade e Maluf (2017), a reificação do tratamento medicamentoso demarca relações assimétricas de poder entre profissionais e usuários e geram novas formas de controle. Não se trata de desqualificar a importância do uso do medicamento, mas sim da crítica aos movimentos de patologização da vida e perpetuação da lógica biologicista.

Nesse sentido, apesar dos avanços qualitativos destacados, cabe pontuar que, de acordo com Lima (2018), a psiquiatria tradicional ainda é, em muitos cenários, a base organizativa e monopolizadora da atenção em saúde mental, e por vezes os próprios serviços substitutivos assumem a função de controle e normatização de corpos. Assim, a crítica perpassa pelo movimento prioritariamente de reparo nos dispositivos de cuidado, de forma que a tentativa de ruptura real com a ideologia que sustenta o discurso psiquiátrico tradicional se mantém em segundo plano. O autor defende a necessidade de ampliação do olhar para o funcionamento social de constante produção e reprodução da desigualdade instituída, além do imperativo de incorporação dos grupos e sujeitos à lógica de consumo neoliberal.

Compreende-se que a RAPS, apesar dos inegáveis avanços, ainda não possui o alcance e a efetividade desejada para abarcar as complexas necessidades de cuidado em saúde mental. Todavia, ante as atuais mudanças na PNSM, é imprescindível o questionamento acerca do lugar da saúde mental na sociedade e da abordagem adequada para se alçarem processos emancipatórios e desencadeadores de potências de vida. Portanto, faz-se imprescindível a defesa de uma rede composta por serviços e práticas opostos e substitutivos ao paradigma manicomial. Assim, é necessário que os serviços ofertados possam abarcar as necessidades dos usuários e incluam o atendimento à crise, a promoção de potência subjetiva e de cidadania dentro da comunidade e estratégias de geração de renda e de desenvolvimento cultural, sem lançar mão do hospital psiquiátrico como estratégia terapêutica.

Considerações finais

Revisitar o percurso histórico acerca da institucionalização da saúde mental no Brasil, como se propôs neste artigo, permite compreender que aceitar que os manicômios e as comunidades terapêuticas convivam ao lado dos serviços substitutivos é uma contradição que recoloca em cena o modelo de segregação, encarceramento e preconceito, indo de encontro aos objetivos e princípios da RPB.

O movimento da Reforma Psiquiátrica ressoou além do campo da saúde mental e articulou-se com os processos de democratização e participação social, na busca de transformação do sistema de saúde e da proteção social no país. A luta pela Reforma Psiquiátrica é também a luta pelo direito ao exercício da cidadania, por uma sociedade mais igualitária, pela horizontalização do poder em arenas de conflitos de interesses e pela ocupação de espaços públicos para que se torne audível e validada a voz daqueles que vivenciam a experiência do sofrimento mental.

Informações do artigo

Colaboradores

Concepção: MLS,JPBJ.
Curadoria dos dados: MLS.
Análise formal: MLS,JPBJ.
Metodologia: MLS,JPBJ.
Redação - manuscrito original: MLS,JPBJ.
Redação - revisão e edição: MLS,JPBJ.

Financiamento

A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), sob termo de outorga n. BOL0756/2018, na modalidade Mestrado-Cotas para a autora MLS.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aspectos éticos

Não se aplica.

Apresentação prévia

Este artigo é resultante de dissertação de mestrado de Mariá Lanzotti Sampaio, intitulada “Cuidado em saúde mental: análise multidimensional na perspectiva da Desinstitucionalização”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia/Instituto Multidisciplinar em Saúde, em 2020.

Referências

ALVERGA, Alex R. D.; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2.067-2.074, 2018.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo H. G. 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: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 763-774, 2017.

ANDRADE, Ana P. M. D.; MALUF, Sônia W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 14 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria de consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017a*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 27 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017b*. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*: seção 1, Brasília, DF, n. 245, p. 239, 22 dez. 2017c. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO.aspx. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. Resolução n. 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*: seção 1, Brasília, DF, n. 49, p. 128, 13 mar. 2018. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019*. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 13 out. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas *Nota Técnica n. 11/2019*: CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2019b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto n. 9.926, de 19 de julho de 2019c*. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9926.htm. Acesso em: 13 out. 2019.

CERQUEIRA, Luiz. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.

CLEMENTINO, Francisco S. *et al.* Atendimento integral e comunitário em saúde mental: Avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, e0017713, 2019.

DELGADO, Pedro. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0021241, 2019.

DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DUARTE, Marco J. O. Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuário de drogas em contexto de internação compulsória. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, p. 39-48, 2013.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah *et al.* *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-365.

FERNANDES, Cristofthe J. *Reforma psiquiátrica (im)possível?* estudo documental e analítico (2008 a 2017). 2018. 137f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2018.

GOLDBERG, Jairo. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 1994.

- LIMA, Aluísio F. Os movimentos regressivos-progressivos da reforma psiquiátrica brasileira. In: LIMA, Aluísio F. (Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018. p. 15-34.
- LIMA, Marlene C.; GONCALVES, Tonantzin R. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023266, 2020.
- MACHADO, Cristiani V.; LIMA, Luciana D.; BAPTISTA, Tatiana W. D. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, e00129616, 2017. Suplemento 2.
- MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter F. (Des) institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1.273-1.284, 2015.
- MESSAS, Guilherme P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 65-98, 2008.
- MEZZINA, Romezzin. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need. *Epidemiology and psychiatric sciences*, Cambridge, v. 27, n. 4, p. 336-345, 2018.
- ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 42, n. 18, e113, 2018.
- PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, London, v. 377, n. 9.779, p. 1.778-1.797, 2011.
- PAULIN, Luiz F.; TURATO, Egiberto R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.
- PITTA, Ana M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4.579-4.589, 2011.
- REIS, Vilma. *Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. 20 fev. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acesso em: 18 maio 2020.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Maria F. S. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-60.
- ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Maria F. S. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100.
- SANTOS, Isabela S.; VIEIRA, Fabiola S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2.303-2.314, 2018.
- TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.
- VERTZMAN, Julio; CAVALCANTI, Maria T.; SERPA JÚNIOR, Otavio. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 17-30.
- WHITLEY, Rob. The antipsychiatry movement: dead, diminishing, or developing? *Psychiatric Services*, Washington, DC, v. 63, n. 10, p. 1.039-1.041, 2012.
- YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.



Trabalho, Educação e Saúde

Trabalho, Educação e Saúde, 2021, v.19, ISSN 1981-7746 DOI:
10.1590/1981-7746-sol00316, e-location: e00316148

No artigo <Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil>, com número DOI: <10.1590/1981-7746-sol00313>, publicado no periódico Trabalho Educação e Saúde, <v. 19:e00313145, na página <1>, disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100502&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>

Onde se lia: “enclausuramento”

Leia-se: “enclausuramento”

ERRATA

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00316

