



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**GABRIELA SALEM DEL DEBBIO**

AVANÇOS E RETROCESSOS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:  
uma análise das resoluções normativas sobre cuidado e a rede de atenção psicossocial no  
Brasil entre 2001 e 2018

Rio de Janeiro

2020

GABRIELA SALEM DEL DEBBIO

AVANÇOS E RETROCESSOS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:  
uma análise das resoluções normativas sobre cuidado e a rede de atenção psicossocial no  
Brasil entre 2001 e 2018

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir

Coorientador: Prof. Dr. Lucas Tramontano

Rio de Janeiro

2020

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**GABRIELA SALEM DEL DEBBIO**

**AVANÇOS E RETROCESSOS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:  
uma análise das resoluções normativas sobre cuidado e a rede de atenção psicossocial no  
Brasil entre 2001 e 2018**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 05 de agosto de 2020.

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir (Orientadora)**  
**IESC/UFRJ**

---

**Prof. Dr. Lucas Tramontano (Coorientador)**  
**IESC/UFRJ**

---

**Msc. João Vinícius dos Santos Dias**  
**IESC/UFRJ**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiana Clarkson Mattos**  
**IESC/UFRJ**

Aos loucos e incompreendidos, que deixamos  
padecer nos manicômios.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos orientadores deste trabalho, Fernanda Alzuguir e Lucas Tramontano, pelo apoio e criatividade na construção das várias versões deste trabalho.

À Tatiana Clarkson e ao João Vinicius dos Santos Dias, que prontamente aceitaram o convite de se debruçar sobre esse texto e participar de sua qualificação.

Ao IESC/UFRJ, sobretudo à coordenação e aos professores da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, que por dois anos exigiram o aprimoramento da minha capacidade crítica e dialógica.

À equipe da Superintendência de Saúde Mental, local onde entrei em contato com grandes desafios, questionamentos e problemas que motivaram a realização desta pesquisa. Especialmente, ao Paulo, Tássia, César e Anamaria, que se dedicaram atentamente à minha formação.

Aos amigos e colegas da turma da residência, companheiros dessa trajetória, que me fortaleceram em coletivo e permitiram que este ciclo se cumprisse.

Aos grandes amigos, família que escolhi, por sempre estarem presente nos mais diversos momentos da minha vida, incluindo este. Por me motivarem a pensar sobre os mais variados temas e compartilhar momentos de diversão e reflexão.

À minha mãe, meu padrasto e minha irmã, sem cujo entusiasmo pela minha educação nada disso seria possível.

*Perguntais-me como me tornei louco.*

*Aconteceu assim:*

*Um dia, muito tempo antes de muitos deuses terem nascido, despertei de um sono profundo e notei que todas as minhas máscaras tinham sido roubadas – as sete máscaras que eu havia confeccionado e usado em sete vidas – e corri sem máscara pelas ruas cheias de gente gritando: “Ladrões, ladrões, malditos ladrões!”*

*Homens e mulheres riram de mim e alguns correram para casa, com medo de mim.*

*E quando cheguei à praça do mercado, um garoto trepado no telhado de uma casa gritou: “É um louco!” Olhei para cima, para vê-lo. O sol beijou pela primeira vez minha face nua.*

*Pela primeira vez, o sol beijava minha face nua, e minha alma inflamou-se de amor pelo sol, e não desejei mais minhas máscaras. E, como num transe, gritei: “Benditos, benditos os ladrões que roubaram minhas máscaras!”*

*Assim me tornei louco.*

*E encontrei tanto liberdade como segurança em minha loucura: a liberdade da solidão e a segurança de não ser compreendido, pois aquele que nos compreende escraviza alguma coisa em nós.*

**Khalil Gibran**

## RESUMO

DEL DEBBIO, Gabriela Salem. **Avanços e retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental**: uma análise das resoluções normativas sobre cuidado e a rede de atenção psicossocial no Brasil entre 2001 e 2018. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Nas últimas décadas, os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária Brasileira consolidaram a luta pelo direito das pessoas em sofrimento ou com transtornos mentais no Brasil. A Lei Federal 10.216 de 2001 representa um importante marco neste processo, viabilizando um maior incentivo ao novo modelo assistencial e incremento no número de serviços alternativos para o cuidado à saúde mental no país. Por outro lado, mais recentemente, algumas dessas conquistas parecem estar em risco. Desde 2017, o Ministério da Saúde vem com propostas de sucessivas alterações da Política Nacional de Saúde Mental, apresentando uma série de retrocessos no modelo de cuidado e atenção psicossocial no país. Diante disso, é possível observar a existência de uma disputa de narrativas, projetos e interesses na construção deste modelo. Este trabalho teve por objetivo realizar análise das portarias e leis sobre os temas do cuidado e atenção psicossocial no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental implementadas no país no período de 2001 a 2018, acompanhando o progresso e as mudanças na política, através de documentos que abordam o cuidado e a atenção psicossocial. A análise das narrativas das resoluções normativas brasileiras foi realizada a partir do método da pesquisa documental, tendo surgido como principais categorias analíticas: a *Concepção da Loucura*; a *Rede de Atenção Psicossocial*; *Estratégias de Desinstitucionalização*; e *o Incentivo às Comunidades Terapêuticas*. O estudo das narrativas, a partir das categorias elaboradas, aponta que a não distinção entre doença e sofrimento psíquico na forma de conceber a loucura, permite a realização de práticas de cuidado que revelam um incentivo ao retorno dos manicômios nas políticas públicas de saúde mental no Brasil.

Palavras chave: Atenção psicossocial. Política de saúde mental. Reforma psiquiátrica.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Comparação entre sistema hospitalar (número de leitos em hospitais psiquiátricos) e serviços substitutivos (CAPS), Brasil, 1990-2003 ..... 46
- Figura 2 - Distribuição de leitos SUS em hospitais psiquiátricos por ano, Brasil, 2002-2014 47
- Figura 3 - Distribuição de leitos SUS em hospitais psiquiátricos por ano, Brasil, 2010-2020 47



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial Adulto Tipo III (24h)
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
DSM	<i>Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders</i>
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PVC	Programa Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RT	Residência Terapêutica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SSM	Superintendência de Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>4 DESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>15</b>
4.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA LOUCURA E DO SABER PSIQUIÁTRICO: DO LOUCO AO DOENTE MENTAL .....	15
4.2 AS REFORMAS .....	17
4.3 REVISITANDO A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....	22
4.4 A PSIQUIATRIA HEGEMÔNICA .....	27
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>29</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>33</b>
6.1 A CONCEPÇÃO DA LOUCURA .....	33
6.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMO SURGE E O QUE MUDA.....	36
6.3 ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	42
6.4 INCENTIVO ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS .....	48
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>55</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>59</b>
ANEXO A - QUADRO 1: DOCUMENTOS NORMATIVOS ANALISADOS NA PESQUISA .....	60

## 1 INTRODUÇÃO

No percurso da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), cursada entre os anos de 2018 e 2020, tive a oportunidade de estar novamente próxima ao tema da saúde mental. Apesar da temática já ter feito parte dos meus estudos e das minhas práticas profissionais enquanto psicóloga e estudante de psicologia, graduada pela UFRJ em 2017, na residência em saúde coletiva essa bagagem tomou outro corpo - os lugares eram outros e eu também. Ao trabalhar no campo da gestão em saúde durante os anos da residência e, mais especificamente na Superintendência de Saúde Mental (SSM), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ao longo de 2019, me deparei com novos conteúdos, novos olhares e novos desafios.

No momento da minha entrada na SSM, estavam em pauta discussões em torno da Nota Técnica N°11<sup>1</sup>, emitida pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - CGMAD/DAPES/SAS/MS em 04 de fevereiro de 2019. A nota abrange uma série de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, entre elas a realocação do hospital psiquiátrico e demais serviços de internação, como as comunidades terapêuticas, no centro da assistência em saúde mental. Tais medidas apontam para uma desvalorização do processo histórico da Reforma Psiquiátrica e de construção de uma rede de serviços em saúde mental, de base comunitária e territorial, que permitiu a substituição do modelo centrado quase exclusivamente nos manicômios. Portanto, o conteúdo presente na Nota exprime o “abandono dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial consolidados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com risco real de retrocessos das políticas de saúde mental no país” (GULJOR *et al.*, 2019, p. 1). Apesar de ter sido retirada do Ministério da Saúde logo após a sua emissão e sem comunicação oficial sobre as razões desta suspensão, as intenções políticas e técnicas relacionadas às mudanças nas Políticas já vinham sendo pautadas através de posicionamentos políticos, portarias e resoluções, como veremos ao longo deste estudo.

Nas últimas décadas, o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) tem sido uma das mais importantes políticas de saúde mental, de defesa dos direitos humanos e inclusão da diferença do país. Tal processo se deu por meio de diversas estratégias e dispositivos de desmonte do modelo manicomial, sendo também fruto de movimentos e coletivos militantes

---

<sup>1</sup> A Nota Técnica N°11/2019 se propõe a estabelecer esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

que produziram novos discursos e práticas sobre a loucura (AMARANTE, 1998). Diretamente relacionada ao movimento da Reforma Sanitária e à conjuntura da transição democrática, assim como à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a RP no Brasil não se reduziu à reforma dos serviços e tecnologias de cuidado, mas também viabilizou a construção de outro lugar social e olhar voltado para a loucura. Nesta perspectiva, foi necessária a construção não somente de dispositivos clínicos e terapêuticos, mas todo um conjunto de estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais (AMARANTE; NUNES, 2018).

Entre tantas conquistas e vitórias, o projeto reformista teve como êxito a consolidação da lei 10.216 de 2001 - documento incluído na análise deste trabalho - que marca a luta pela garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Por outro lado, mais recentemente, algumas dessas conquistas parecem estar em risco. Desde 2017, o Ministério da Saúde vem com propostas de sucessivas alterações da Política de Saúde Mental, de forma autoritária e sem debate público, apresentando uma série de retrocessos no modelo de cuidado e atenção psicossocial no país. Diante disso, é possível observar a existência de uma disputa de narrativas e interesses na construção deste modelo.

Entendendo que a organização da rede, dos serviços e das ações no interior do SUS está articulada ao conteúdo presente nas normativas legais e, portanto, vem sendo objeto de grandes transformações no campo da saúde mental, me interessei em pesquisar e avaliar como, ao longo do período de 2001 a 2018, se deu o processo de consolidação da Política Nacional de Saúde Mental e, mais especificamente, do modelo de cuidado e de atenção psicossocial.

De forma específica, é também objetivo deste trabalho identificar, entre os documentos selecionados, os pontos de avanços e/ou retrocessos em relação às pautas da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e ao modelo de cuidado já mencionado. Neste sentido, foi necessário revisitar a trajetória da RP, circunscrevendo esse importante movimento no contexto do Brasil e do mundo, percorrendo seus principais pontos de reflexão e debate.

Ainda, ao descrever e analisar comparativamente o conteúdo presente nas normativas, pretende-se compreender as disputas narrativas sobre loucura, doença e tratamento, atentando para como os dispositivos terapêuticos foram mudando de acordo com a concepção de loucura ao longo do recorte temporal desta pesquisa. Dessa maneira, a expectativa é apresentar a forma como as mudanças na Política e no cuidado das pessoas com sofrimento e com necessidades em saúde mental está vinculada às transformações da noção de loucura no período analisado, impactando em programas de governos e tratamentos.

Finalmente, partindo do entendimento de que as leis, portarias e resoluções são frutos do seu tempo, encontram-se imersos em contextos sócio-históricos precisos e, portanto,

datados por forças políticas, jogos de interesses, relações entre saberes, poderes e práticas, é possível identificar a existência de importantes desafios a serem enfrentados no campo da saúde atualmente (MINAYO, 2004). Desde 2016, está em curso no Brasil um projeto de desinvestimento das políticas sociais em geral e particularmente do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse período até o momento atual, foram aprovadas uma série de medidas neoliberais e sem preocupação com a legitimidade popular, como, por exemplo, a Emenda Constitucional nº 95, que congela os gastos sociais - entre eles os da Saúde e Educação - por 20 anos, sufocando e inviabilizando as políticas públicas. A Coordenação de Saúde Mental muda de gestão, sendo repassada para lideranças da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que impõe nova ênfase na internação psiquiátrica tradicional e, no campo da Política de drogas, o repasse de verbas da atenção psicossocial para as comunidades terapêuticas. Em 2019, há uma radicalização desse processo com o governo Bolsonaro, onde não apenas o SUS está em risco, mas também toda a democracia brasileira.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as narrativas sobre modelo de cuidado e atenção psicossocial nas resoluções normativas da Política Nacional de Saúde Mental implementadas no país entre os anos de 2001 e 2018.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Refletir sobre os avanços e/ou retrocessos em relação às pautas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do modelo de cuidado e atenção psicossocial em saúde mental ao longo do período supracitado.
- Descrever comparativamente o conteúdo da documentação levantada a fim de compreender as disputas narrativas sobre doença, tratamento e cuidado às pessoas em sofrimento mental.
- Atentar para como os dispositivos terapêuticos foram mudando de acordo com a concepção de loucura ao longo do recorte temporal desta pesquisa.
- Apontar experiências criativas construídas pela Rede durante os anos que se sucederam à Reforma, durante o período analisado.

### **3 JUSTIFICATIVA**

As orientações sobre o cuidado e tratamento em saúde mental aparecem como campo de disputa no contexto político atual. As recentes alterações na Política Nacional de Saúde Mental se encontram na contramão das propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, representando um risco às conquistas duramente adquiridas após anos de luta. Dessa forma, entende-se a importância social e acadêmica de consolidar estudo e levantamento dos principais documentos e marcos relevantes da Política, a partir de 2001, relacionados à elaboração da atenção psicossocial. A escolha de trabalhar a partir desta data se deve à importância da lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, como marco no que diz respeito à garantia e reconhecimento dos direitos das pessoas em sofrimento mental.

Além disso, a importância do trabalho também se justifica ao propor estabelecer uma via de compreensão de parte da elaboração do processo histórico que foi a reforma psiquiátrica, provocando novos olhares e debate sobre os novos desafios a serem enfrentados, tendo em vista que a ciência precisa se debruçar e dar respostas efetivas sobre o processo de mudanças que vem ocorrendo no contexto do campo da Saúde Mental.

Por fim, a relevância acadêmica e social dessa pesquisa se justifica ao se propor expressar os avanços e/ou os retrocessos no que diz respeito à noção de cuidado e à atenção psicossocial no Brasil, apontando para os atuais riscos em que a Política de Saúde Mental se encontra, e que impacta sobretudo na vida daqueles em sofrimento psicossocial. Portanto, ao propor apresentar esse olhar, há uma justificativa que diz respeito diretamente a todos aqueles que deixamos padecer nos manicômios.

## 4 DESENVOLVIMENTO

### 4.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA LOUCURA E DO SABER PSIQUIÁTRICO: DO LOUCO AO DOENTE MENTAL

[...] o que estou querendo dizer com isso, ele continuou, é que há uma linha muito tênue entre o que chamamos sanidade e o que chamamos loucura e que o esforço que fazemos para permanecer no lado são só é feito para que não sejamos punidos pela sociedade. senão, iríamos frequentemente cruzar essa linha e as coisas seriam muito mais interessantes.

**Charles Bukowski**

O modo de entender e tratar a loucura sofreu grandes mudanças no decorrer da história. Em *História da Loucura na Idade Clássica* (1961), Michael Foucault fundamenta essa afirmação, não tratando de teorizar a loucura como um dado natural, imutável, mas de pensar de que forma ela se constituiu como doença. Entendendo-a em relação direta com a história, o autor analisa as nuances desta noção no decorrer do tempo, localizando os diferentes conjuntos de práticas e políticas que ao louco foram destinadas no seio de distintas organizações sociais.

Foucault, ao narrar as condições que possibilitaram a constituição do saber sobre a loucura e a sua submissão ao olhar científico da psiquiatria, mostra que é a partir da construção de uma rede de relações entre práticas, saberes e discursos que a “doença mental” passa a existir como máscara da loucura. Amarante (1998), sobre *História da Loucura*, diz:

Esta obra aponta para uma desnaturalização e desconstrução do caminho aprisionador da modernidade sobre a loucura, qual seja, aquele que submeteu a experiência radicalmente singular do enlouquecer a classificações e terapêuticas ditas científicas: submissão da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico, rede de biopoderes e disciplinas que conformam o controle social do louco. (AMARANTE, 1998, p. 24).

A definição da loucura é, portanto, contextual. Foi construída e transformada a partir do que se considerou socialmente aceitável ou não, em determinados momentos históricos e a partir de determinados saberes. Serão loucos todos aqueles que não couberem na definição de normal vigente na sociedade em dado contexto. Assim, a loucura, se caracteriza estritamente pela forma como a sociedade experimenta e vivencia a relação entre norma e desvio. Para a



psiquiatria, loucura é anormalidade a ser tratada, com objetivo de controle e adaptação do sujeito à sociedade.

Em *O Nascimento do Hospital* (2016), Foucault trata do aparecimento do hospital na tecnologia médica, como instrumento terapêutico e de intervenção sobre a doença e o doente. A concepção do hospital como instituição médica data do final do século XVIII, sendo considerado mais claramente como instrumento de cura por volta de 1780. Antes disso, o hospital geral era uma instituição de assistência aos pobres, onde se misturavam doentes, loucos, “devassos”, prostitutas etc. e que funcionava como mecanismo higienista de separação e exclusão, sendo responsável pelo enclausuramento de todo o tipo de gente que não se queria circulando pela cidade.

Com a transformação dos hospitais gerais em instituições médicas, há reformas importantes em seu funcionamento. A principal delas, nesse momento, foi a de libertar todos aqueles que não deveriam estar privados de liberdade por questões sociais, ou seja, selecionando os indivíduos que ficariam apenas pela sua condição médica. Dessa forma, o hospital foi cada vez mais deixando de exercer sua função político-social para passar a cuidar das enfermidades, num processo denominado *medicalização do hospital*.<sup>2</sup>

Até esse momento, os loucos tinham múltiplas significações e ocupavam diversos lugares: ruas, prisões, asilos e hospitais. Não havia um lugar específico de cuidado destas pessoas. A partir da caracterização do louco como alguém que representa perigo e da formulação do conceito de doença mental pela medicina, se dá a institucionalização da loucura e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional. Dessa forma, há uma relação tutelar para com o louco, na qual punição e tratamento se sobrepõem<sup>3</sup>(AMARANTE, 1998).

É com Philippe Pinel que a psiquiatria passa a ser reconhecida como especialidade médica, estabelecendo uma teoria sobre o transtorno mental e propondo uma nova forma de tratamento, que envolve também uma instituição a realizá-lo, seja o asilo ou o manicômio.

---

<sup>2</sup> O conceito de medicalização é bastante utilizado nas Ciências Humanas e Sociais da Saúde, apresentando uma ampla abrangência de significados. Zorzaneli, Ortega e Bezerra Jr. (2014) realizam panorama acerca deste conceito, apontando para os sentidos diferentes que este termo abarca. De acordo com os autores, um denominador comum deste conceito seria a definição elaborada por Peter Conrad, na qual medicalização significaria definir comportamentos, que antes não seriam problemas médicos, como problemas médicos e, portanto, pertinentes ao campo de intervenção médica.

<sup>3</sup> Os dispositivos disciplinares da prática médica psiquiátrica não tratam exclusivamente da loucura, mas passam a operar na previsibilidade do registro constante, exames, conhecimentos acumulados, construindo outra relação de cuidado, ordem e poder.

Com Pinel, a loucura se separa do campo geral da exclusão - dos hospitais gerais, dos hospícios onde se amontoavam mendigos e vagabundos, criminosos, rebeldes políticos e hereges, prostitutas, sífilíticos e alcoólicos, loucos, mas também esposas perturbadas, filhas abusadas ou filhos perdulários - para converter-se em uma entidade clínica que é preciso descrever, mas também atender medicamente, buscando sua cura. (DESVIAT, 2018, p. 94).

Os elementos terapêuticos para Pinel são o isolamento e o tratamento moral. Com o isolamento do alienado, em asilo ou manicômio, acreditava-se na realização da terapia em ambiente “puro”, sem interferências do mundo exterior, a fim de possibilitar a realização de um diagnóstico preciso e correto. O asilamento se justifica também por zelar pela “segurança” e integridade física do alienado e de seus familiares. Já com o tratamento moral, seria possível devolver ao paciente sua identidade anterior à loucura, devolver ao louco sua condição de sujeito, reencaminhando-o para a racionalização e para o reencontro com suas emoções. Em suma, ajustá-lo à razão, ou seja, à norma vigente.

[...] o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental. (AMARANTE, 1998, p. 26).

Dessa forma, com a loucura e a internação da pessoa com transtorno mental apropriadas pelo discurso e prática médicos, surgem os asilos, os hospitais psiquiátricos ou os manicômios. O confinamento e a reclusão seguiram sendo as práticas terapêuticas voltadas aos loucos por um longo período, reproduzindo uma lógica de exclusão e estigmatização do doente mental que vigorou durante muito tempo no campo da saúde mental e que continua prevalecendo até os dias de hoje.

## 4.2 AS REFORMAS

Desde Pinel e o surgimento da Psiquiatria até o início dos movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil, muito conhecimento dentro do que hoje entendemos como o campo da saúde mental foi produzido. Conceitos e saberes surgiram e diversas técnicas foram incorporadas no tratamento ao sujeito considerado louco. Entretanto, ao contrário do que se possa presumir, muito pouco mudou neste tratamento. Após mais de 150 anos, o cerne das intervenções voltadas aos loucos continuou sendo o confinamento e a reclusão do meio social, com tratamentos muitas vezes degradantes. Os hospitais psiquiátricos se tornaram

espaço de sofrimento e de violação de direitos humanos para centenas, e por vezes milhares, de pessoas.

Na primeira metade do século XX, no contexto das grandes guerras e principalmente ao final da Segunda Guerra Mundial, surgiram muitas propostas de intervenção e questionamento do modo como os loucos eram tratados nos hospitais psiquiátricos. Em uma conjuntura de pós-guerra e com as experiências dos campos de concentração na Europa, toda a espécie de violência e desrespeito aos direitos humanos passa a ser repudiada e reprimida pelo tecido social, de forma que a condição precária dos institucionalizados passa a chamar atenção. Ou seja, o que antes se configurava como uma prática comum, passa a causar repúdio pela sociedade naquele contexto histórico específico.

Conforme periodização a respeito das psiquiatrias reformadas utilizada por Amarante (1998), seguem algumas referências e contribuições que merecem ser mencionadas. Primeiramente, na década de 1940, a proposta das Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, que tem como principal autor o psiquiatra Maxwell Jones.

A reforma sanitária inglesa é marcada pelo trabalho que Jones inaugura, pontuando uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, ao demonstrar a possibilidade de alguns doentes mentais serem tratados fora do manicômio. (AMARANTE, 1998, p. 30).

As principais contribuições deste modelo foram a democratização da organização interna da instituição, buscando reduzir as relações verticais e hierárquicas entre os seus componentes (doentes, enfermeiros e médicos); preocupação com a mobilização e engajamento dos trabalhadores e principalmente do conjunto de usuários no processo de participação nas decisões e nas atividades em geral da instituição; atenção ao processo de reabilitação psicossocial para a vida social na sociedade, buscando a saída do usuário do ambiente institucional e sua reinserção social na família e na comunidade; assim como a ampliação da intervenção junto aos familiares dos usuários.

Na França, na década seguinte, existiu um movimento com características similares, em uma abordagem denominada *psicoterapia institucional*, a qual teve como principais autores de referência François Tosquelles e Jean Oury. Esta experiência se destaca por propor, assim como na comunidade terapêutica, uma maior participação dos pacientes, técnicos e familiares nas questões concernentes ao funcionamento do hospital e do tratamento.

Entretanto, a experiência inglesa da comunidade terapêutica, apesar de produzir uma importante transformação dentro do hospital, não conseguiu colocar em questão o problema da

exclusão, se reduzindo a uma intervenção dentro do espaço asilar. A psicoterapia institucional recebe críticas similares:

O alcance transformador do projeto da psicoterapia institucional recebe uma crítica às bases excessivamente centradas, senão restritas, ao espaço institucional asilar, resumindo-se a uma reforma asilar que não questiona a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos, não objetivando transformar o saber psiquiátrico que pretende-se operador de um conhecimento sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade. (AMARANTE, 1998, p. 34).

Posteriormente, surgem as propostas da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Preventiva. Tais vertentes perceberam, a partir das experiências anteriores, que também era necessário a realização de um trabalho fora do hospital psiquiátrico. A psiquiatria de setor se apresentou como um movimento de contestação da psiquiatria asilar, compreendida como inadequada para responder a questões terapêuticas e muito dispendiosa aos cofres públicos, tendo inspiração nas ideias de Lucien Bonnafé, autor que propôs que o hospital psiquiátrico fosse dividido em setores correspondentes a uma área geográfica e social, onde cada ala do hospital deveria ser remetido a uma região do território francês, produzindo uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão onde seriam tratados.

Esta concepção, segundo Bonnafé, teria suas vantagens, por exemplo, na internação do paciente, quando este chegaria ao hospital e lá poderia encontrar alguém de seu território que conhecesse, ou facilitaria o trânsito de informações entre familiares vizinhos. Além de possibilitar uma adequação de cultura e hábitos entre os de uma mesma região e de dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe que os tratavam no hospital, introduzindo assim uma noção de territorialização na atenção psiquiátrica.

Tendo por princípio a visão de que a função do hospital psiquiátrico resume-se ao auxílio no tratamento, a psiquiatria de setor restringe a internação a uma etapa, destinando o principal momento para a própria comunidade. Com isso prioriza-se, como direção do tratamento, a possibilidade de assistência ao paciente em sua própria comunidade, o que torna um fator terapêutico. Seu surgimento está situado historicamente na França do pós-guerra, originando-se nos setores mais críticos e progressistas e terminando por ser incorporada, a partir dos anos 60, como a política oficial. (AMARANTE, 1998, p. 35).

A psiquiatria preventiva ou comunitária nasce nos Estados Unidos e apresenta como ‘descoberta’ a estratégia de intervir nas causas ou nos surgimentos das doenças mentais, focando na prevenção e na promoção da saúde mental. As condições históricas para o surgimento desta experiência estão relacionadas ao fato de que, na década de 1940, segundo Paim e Almeida Filho (1998), conforme citado por Osório e Schraiber (2015), ocorreu nos Estados Unidos uma crise de determinada medicina, tendo surgido propostas de mudanças no

ensino médico e a incorporação da noção de prevenção. Tais propostas serviram de base para a reforma curricular de diversas faculdades norte americanas, tendo culminado na criação de uma nova doutrina internacional: a Medicina Preventiva. Esta perspectiva traz uma crítica à biologização do ensino, calcado em práticas individuais e centradas no hospital, incorporando outros conhecimentos e fornecendo uma visão mais completa do indivíduo.

Na América Latina, o “projeto preventivista” emerge na segunda metade dos anos 1950, a partir de seminários organizados sob o patrocínio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (NUNES, 1994). Além da Medicina Preventiva, tivemos ainda na América Latina a Medicina Comunitária, também surgida nos Estados Unidos, nos anos 1960, onde houve a implantação de centros comunitários de saúde pelo governo federal, com o objetivo de prestar ações preventivas e de cuidados básicos de saúde à população local.

Assim, o movimento comunitário e preventivista, no plano do conhecimento, possibilita absorção de novos conceitos e, no plano político-ideológico, se desdobra em programas extra muros, abrindo espaço para o estabelecimento de discussões acerca de um projeto alternativo na saúde (NUNES, 1994). Assim, ambas as doutrinas exerceram grande influência em diferentes campos da saúde, traduzindo o seu corpo doutrinário às necessidades dos diferentes contextos em que poderia ser aplicado.

De acordo com Amarante (1998, p. 36), “a psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental”. Com este foco, foram adotadas estratégias de tratamento comunitárias, ao mesmo tempo em que eram formuladas estratégias de retirar os pacientes de dentro dos hospitais, estes marcados por uma situação caótica de maus-tratos e superlotação.

A Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva foram alvos de algumas críticas, sobretudo no que diz respeito ao fato de que ambas, apesar de fazerem um movimento em direção ao lado de fora do hospital, ainda não abriam mão completamente deste dispositivo.

Em seguida, surgiram autores que colocaram em questão mais que o dispositivo<sup>4</sup> hospitalar psiquiátrico, incluindo toda uma importante e ampla discussão sobre o saber médico psiquiátrico acerca da experiência da loucura e do mal estar psíquico.

---

<sup>4</sup> A palavra “dispositivo” é um termo técnico decisivo na estratégia do pensamento de Foucault, utilizado com frequência em sua obra. Em entrevista à *International Psychoanalytical Association* (IPA), o autor explicita o conceito como “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos” (FOUCAULT, 2000, p. 244).

A antipsiquiatria, como ficou conhecida o conjunto de teses de Ronald Laing e David Cooper, surge na década de 60 na Inglaterra, formulando uma primeira crítica radical ao saber médico psiquiátrico, à ordem social e familiar, assim como ao binômio loucura/doença mental, introduzindo mudanças significativas a esta concepção. Para Laing (1982):

A loucura é um fato social, político e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz. (AMARANTE, 1998, p. 44).

A antipsiquiatria inicia um processo de ruptura, mas acaba por não representar a efetiva superação do manicômio. De qualquer forma, traz importantes contribuições para a transformação prático-teórica da psiquiatria naquele contexto histórico político.

A antipsiquiatria serviu para explodir os limites entre razão e loucura na consciência na época. Bem como para destacar a importância das contradições sociais, da alienação, na produção da doença mental. Mas, como mencionei anteriormente, não se pode confundir com a reforma psiquiátrica, como alguns fazem. A reforma teve outras serventias: mudar as instituições de atenção psiquiátrica. Seus objetivos eram devolver a dignidade aos pacientes e buscar formas mais eficazes de atenção: a desinstitucionalização e a psiquiatria comunitária. (DESVIAT, 2018, p. 111).

Finalmente, temos a *Psiquiatria Democrática Italiana*, cuja principal liderança foi a do psiquiatra e militante italiano Franco Basaglia, que ampliou significativamente a compreensão e a crítica da instituição psiquiátrica, extrapolando os muros dos hospitais e mirando atingir o poder e o mandato social que a sociedade atribui à medicina e à psiquiatria para segregar e isolar a loucura. Ao se defrontar com as terríveis condições do espaço hospitalar, percebia que a simples humanização deste não seria suficiente. Eram necessárias profundas transformações no modelo de assistência psiquiátrica e nas relações entre a sociedade e a loucura. Além de questionar o conjunto de saberes especializados e os modelos de conhecimento implícitos a eles, criticou também as políticas públicas de saúde mental vigentes, as relações e representações sociais estigmatizantes e segregadoras associadas.

Assim, é todo o conjunto de políticas, relações, representações culturais, leis e conhecimentos, que precisa ser desinstitucionalizado, e não apenas os estabelecimentos concretos e os usuários que vivem dentro deles. Nesta perspectiva, a diferenciação entre os

conceitos de “desospitalização” e “desinstitucionalização” passa a ser central nos processos de abertura manicomial e reforma psiquiátrica.

Neste sentido desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo de práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos. (AMARANTE, 1998, p. 49).

Deste modo, a tradição basagliana aponta para um cuidado em saúde mental em que o sujeito é concebido em sua pluralidade, não mais reduzido aos sintomas e à doença. Com isso, uma grande ruptura é apresentada e que diz respeito à concepção e compreensão da loucura, onde não deve mais persistir uma lógica de tutela e controle sobre os corpos entendidos enquanto desviantes. Trata-se de desmontar os discursos e práticas sobre os loucos, que reduzem a complexidade de suas existências e os restringem a um lugar de desvalorização e desautorização a falar sobre si.

A partir disso, a Itália passa a viver o fechamento de leitos psiquiátricos à medida em que serviços substitutivos ao manicômio eram criados. Esta era a proposta radical de Basaglia e seus colaboradores: os serviços são substitutivos ao aparato manicomial e não complementares, sendo criados para operar em lógica diversa às práticas hospitalares. Assim, em 1971 em Trieste, na Itália, foram construídos os primeiros centros de saúde mental, com uma lógica territorializada, ou seja, trabalhando o paciente em seu território de origem, visando formas de reintegração social, com fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Além disso, foram abertos também residências para pacientes com longo histórico de internação e que não possuíam vínculos com outras pessoas do lado de fora do hospital. Basaglia e a experiência italiana inspiraram de forma importante movimentos de reforma em diversos países, incluindo a Reforma Psiquiátrica Brasileira, como veremos a seguir.

#### 4.3 REVISITANDO A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O modelo de reforma psiquiátrica que adotamos no Brasil não surgiu de repente, foi sendo construído aos poucos, a partir de experiências práticas que queriam mudanças no modelo de psiquiatria manicomial, além de articulada a outros movimentos, processos e reformas no contexto da saúde em sentido mais amplo, entre eles o da reforma sanitária. Essas

experiências foram acontecendo e sendo gradualmente avaliadas, levando a novas experiências e ao modelo que adotamos hoje em âmbito nacional.<sup>5</sup>

A partir da década de 1970, os processos de Reforma Psiquiátrica surgem em diversos países, estabelecendo uma profunda mudança nas políticas e nos saberes do campo da saúde mental no mundo. Como visto na seção acima, os movimentos reformistas resultaram em um novo modelo, de base comunitária, que visou garantir os direitos de cidadania das pessoas com sofrimento mental, posteriormente incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas.

Em um primeiro momento, a reforma significou substituir a assistência centrada em instituições fechadas e em procedimentos involuntários por uma prática de atenção psicossocial interdisciplinar no território, em serviços abertos de base comunitária. Em sentido mais amplo, a reforma significa também criticar e reconstruir os saberes convencionais e seus fundamentos epistemológicos, bem como as relações sociais e de saber-poder que sustentam o estigma e a discriminação das pessoas com transtornos e seus familiares (AMARANTE, 1998).

Em plena ditadura militar, começam a surgir no Brasil amplos debates sobre os rumos da saúde, além de diversas experiências de novos serviços de saúde mental. Em um contexto de luta pela abertura política do país, surge a Reforma Sanitária como importante força combativa, a partir do tema Saúde e Democracia (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A proposta de reforma do setor saúde começou a tomar forma em meados de 1970, ganhou força e estruturou-se durante a luta pela redemocratização. De acordo com Osório e Schraiber (2015), Paim (2008) defende que, muito além de um projeto de reforma setorial da saúde, constituía-se em um amplo projeto de reforma social, centrada na democratização da saúde, do Estado e da sociedade.

Com o crescimento de amplo movimento social, reuniu iniciativas de diversos setores da sociedade - desde movimentos da base, até a classe média e sindicatos. Professores, pesquisadores e profissionais da área da saúde de orientação progressista se engajaram nessa

---

<sup>5</sup> Além das supracitadas experiências na Europa e nos Estados Unidos como importantes referências para o nosso modelo psicossocial, de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial, tivemos, no contexto brasileiro, a abordagem das oficinas terapêutico-expressivas da Dra. Nise da Silveira, de inspiração junguiana. A partir do final da II Guerra, com o fim da ditadura Vargas (1937-1945), Nise iniciou no Rio de Janeiro uma proposta única e inovadora de trabalho em saúde mental, em uma época em que a assistência psiquiátrica no Brasil era exclusivamente asilar. Movida pela preocupação em dar assistência aos indivíduos que viviam no ciclo vicioso das reinternações, inovou ao criar um espaço para um atendimento humanizado a essas pessoas. Entre as principais características dessa experiência, pode-se citar: a crítica e a recusa dos métodos da psiquiatria convencional e de seus tratamentos repressivos; a produção de um cuidado em saúde mental a partir de valores éticos fundamentais, como a liberdade e os direitos de cidadania; a criação de dispositivos abertos, gratuitos e com baixo nível de institucionalização.



luta. Com isso, tivemos a fundação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1976, organizando o movimento da reforma e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas entidades propiciaram a base institucional para alavancar as reformas (PAIM *et al.*, 2011). Neste contexto, é também caracterizada a emergência do projeto do campo de conhecimento chamado Saúde Coletiva, o qual exerce influência e é também influenciado pelos movimentos pela democratização no Brasil, especialmente o da reforma sanitária (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Após o crescimento do movimento e formação de aliança com parlamentares progressistas, gestores de saúde municipal e outros movimentos sociais, na Conferência Nacional de Saúde (1986), se obteve a aprovação do conceito da saúde como direito do cidadão e, na Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), o movimento da reforma sanitária e aliados conseguiram a aprovação da reforma, apesar de forte oposição por parte do setor privado (PAIM *et al.*, 2011).

A reforma sanitária se propôs a reformular o entendimento dos processos de saúde e doença, ao compreender saúde não apenas como um conceito abstrato de normalidade ou ausência de sintomas. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma defendia a saúde não como questão exclusivamente biológica a ser resolvida por serviços médicos, mas como questão política e social a ser abordada no espaço público. A partir dessa concepção, considera-se também toda uma forma de existência ancorada no caráter social e nas relações que o sujeito constrói com a sociedade.

Com a conquista do reconhecimento constitucional da saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, se estabeleceu o cerne para a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis nº 8080/90 e nº 8142/90. A implementação do SUS começa no ano em que Fernando Collor de Mello toma posse como o primeiro presidente eleito por voto popular após a ditadura, quando também se observou o avanço de uma agenda neoliberal e um não comprometimento com a reforma sanitária.

A constituição de 1988 foi proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado. (PAIM *et al.*, 2011, p. 19).

No contexto brasileiro, a Reforma Psiquiátrica se constituiu desde o início articulada à reforma no setor saúde e às lutas pela redemocratização do país. É a partir do SUS como instituição e como uma dimensão concreta da Reforma Sanitária, que foi possível a construção

da Reforma Psiquiátrica no Brasil, alinhada às perspectivas da Luta Antimanicomial. Efeitos concretos da reforma sanitária na política nacional de saúde e na implantação

Nesta trajetória nascem, entre outras coisas, poderosos movimentos de familiares e de usuários exigindo a melhoria das condições de assistência e de vida e conquistando espaço no processo terapêutico, um lugar de “reconhecimento de seu saber sobre seu próprio sofrimento” (DESVIAT, 2018, p. 15).

O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, surgido em meados dos anos 1970 como Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), reuniu diversos segmentos da sociedade - trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas - e desde então tem sido responsável por importantes transformações no campo assistencial público relacionado ao cuidado da pessoa com transtorno mental. Além disso, teve importante atuação no estabelecimento de diretrizes políticas capazes de direcionar a mudança necessária para a definitiva superação do modelo asilar, ainda vigente em todo o país. O MTSM tem como objetivo:

[...] constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1998, p. 52).

A Reforma Psiquiátrica rompeu com a hegemonia dos hospitais psiquiátricos, reduzindo seu poder de estatuto técnico-sanitário, revelou o abandono e o descaso dos governos com respeito à atenção à saúde mental, possibilitando a promoção de declarações e iniciativas que levaram as autoridades sanitárias nacionais a melhorar seus serviços assistenciais e modificar suas leis para proteger os direitos humanos de pessoas com problemas de saúde mental (DESVIAT, 2018).

O principal documento norteador das políticas adotadas nessa área pelos governos dos países da América Latina foi a Declaração de Caracas, que resultou da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em novembro de 1990.

No início da década de 1990, o Ministério da Saúde do Brasil, atendendo às recomendações da Conferência de Caracas, passou a viabilizar a reestruturação da assistência psiquiátrica, tendo em vista a reversão do modelo hospitalocêntrico no campo da saúde mental. Nesse contexto, destacam-se as portarias SNAS 189/91 e SNAS 224/92. A primeira aprova

novos Grupos e Procedimentos na área da Saúde Mental, dentre os quais a internação em Hospital-Dia, atendimentos em grupo, atendimentos em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), atendimento em Oficinas Terapêuticas e visitas domiciliares (BRASIL, 1991). A segunda regulamenta normas para o atendimento em saúde mental, passando a adotar padrões mínimos de qualidade e funcionamento (BRASIL, 1992).

Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Mental começa a ser implementada a partir de uma agenda comprometida com a promoção, prevenção e tratamento, na perspectiva da integração social e na produção da autonomia das pessoas. Isso consistiu em um avanço social, histórico e cultural na forma de conceber a loucura, as noções de cuidado e atenção às pessoas em sofrimento psíquico, do ponto de vista da Saúde, Estado e sociedade.

Após as já citadas portarias, a base legal da Reforma Psiquiátrica seguiu sendo discutida e ampliada (BRASIL, 2004), tendo como um importante marco a promulgação da Lei Federal 10.216 de 6 de abril de 2001 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). A referida lei consolidou uma revolução no modelo de tratamento de pessoas com transtornos mentais no país. Ela regulamenta a proteção e os direitos dessas pessoas, veta a internação em leitos psiquiátricos com característica de modelo asilar, aborda a política específica de desospitalização e redireciona o modelo assistencial, desencadeando na reorganização da atenção em saúde mental.

No âmbito nacional, após os acordos em torno do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), há um fortalecimento do componente regionalização da assistência à saúde. O Pacto é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre a União, Estados e Municípios, que estabelece acordo de compromissos mútuos sobre metas e responsabilidades de cada gestor frente às necessidades de saúde da população e modifica as formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios.

Considerando a reorientação do modelo assistencial em saúde como um todo no SUS, estando a saúde mental inserida nesse processo, o cuidado centrado nos hospitais psiquiátricos passa a ser substituído por um modelo que contempla o cuidado territorial *in loco*, se dirigindo para a constituição das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS foi instituída pela portaria GM/MS 3.088 de 2011 e tem por finalidade “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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)” (BRASIL, 2011, p. 1).

A política nacional em saúde mental preconiza que os cuidados sejam compartilhados entre a Atenção Básica (equipes de Estratégia de Saúde da Família, equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, equipes de Consultório na Rua, equipes de apoio aos serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura) e a atenção especializada, que é realizada nos CAPS, além das outras estratégias e níveis de atenção, trabalhando numa perspectiva de ampliação do acesso, garantindo a articulação e integração dos pontos de atenção à saúde presentes na rede do território. Os documentos que tratam desta discussão serão retomados adiante, na análise deste estudo.

#### 4.4 A PSIQUIATRIA HEGEMÔNICA

Ao mesmo tempo em que os processos de reforma ganhavam espaço e capilaridade ao redor do mundo, com avanços na reestruturação do modelo de assistência em saúde mental e na percepção social da loucura, em paralelo, há uma forte biologização na psiquiatria, com pretensões de construir um modelo científico único e totalizante sobre a doença mental enquanto fato natural.

O estabelecimento da psiquiatria biológica ascende como vertente hegemônica a partir da terceira versão do Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM III), publicada pela American Psychiatric Association em 1980. De acordo com Russo & Venâncio (2006), o DSM III aponta para uma mudança de paradigma no campo da psiquiatria vigente ao introduzir uma radical mudança classificatória psiquiátrica. Produzido em meio a um embate pela hegemonia no campo do saber psiquiátrico, acaba por representar um triunfo da psiquiatria biológica frente à psicanálise como paradigma dominante.

Segundo as autoras, em meados do século XX, havia duas vertentes hegemônicas entre os psiquiatras que trabalhavam com o afastamento da doença mental como fato biológico - a psicanálise e a “antipsiquiatria”. Entre os anos 1950 e 1960, há uma dominância do discurso psicanalítico e, conseqüentemente, do modo psicanalítico de compreensão da doença mental no interior da psiquiatria, sendo a psicanálise uma formação imprescindível entre a grande maioria dos médicos psiquiatras na época.

As primeiras versões do DSM apresentavam uma compreensão e tratamento da doença mental a partir dessa hegemonia psicanalítica. No entanto, a terceira versão do manual representa uma ruptura absoluta com a classificação que vinha sendo utilizada até então. Ao se propor como um manual a-teórico (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1986), ou seja, “neutro” e baseado em princípios de testabilidade e verificações empíricas, visa

reformular os diagnósticos psiquiátricos. Assim, “transtornos antes passíveis de um tratamento diferenciado – psicológico – transformaram-se em distúrbios que, definidos em termos estritamente médicos, deveriam ser tratados como qualquer outra doença, isto é, medicamente” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 469). Portanto, através de uma radical ruptura terminológica e a partir de uma noção de loucura diferente daquela das reformas, engendrou-se também uma ruptura com a teoria e o tratamento voltado aos transtornos mentais.

A partir disso, o vocabulário diagnóstico da psiquiatria biológica se difunde amplamente no meio médico e no imaginário social. Um número cada vez maior de indivíduos passa a ter seu sofrimento descrito e tratado em termos médicos. Além disso, esta vertente foi a primeira a se apropriar do uso dos medicamentos psicotrópicos, criando toda uma nomenclatura diagnóstica e uma metodologia de trabalho em consonância com esta ferramenta terapêutica. Desde a publicação do DSM III, com versões posteriores do manual, o número de categorias definindo transtornos teve um crescimento desmesurado, com uma estreita relação com a produção de novos medicamentos pela indústria farmacêutica.

Para além do óbvio interesse econômico contido nessa relação, entretanto, há que se considerar que o conjunto de novas classificações produz e responde a uma demanda não apenas de medicamento e alívio, mas de *sentido*. A autoridade outorgada à medicina e suas especialidades para nomear e dar sentido a diversos tipos de sofrimento e perturbação é inegável. (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 475).

Ademais, sua progressiva aplicação por um maior número de profissionais contribuiu em muito para uma ampliação da tolerância social e aceitação em relação à crescente medicalização como regulação biotecnológica. O modelo DSM, ao fazer de qualquer diversidade um possível transtorno, multiplica os aspectos da vida humana a serem tomados como objeto de intervenção médica e farmacêutica, favorecendo uma penetração intensa da lógica psiquiátrica no dia a dia das pessoas (BEZERRA JR., 2010).

Nessa perspectiva, na qual há pouca ou nenhuma sensibilidade frente às diferenças e ao contexto social, a loucura é entendida como um problema do indivíduo, uma tragédia pessoal a ser eliminada. A sobreposição entre loucura e doença mental permite um amplo processo de intervenções no campo da medicalização. Logo, no modelo da psiquiatria biológica, diferentemente das propostas reformistas, o foco de mudança é o indivíduo e não as estruturas sociais que mantém a desigualdade e a opressão dos loucos. O diagnóstico trata da doença, não levando em consideração o indivíduo em seu contexto sociocultural mais amplo.

## 5 METODOLOGIA

Este trabalho pretende analisar portarias e leis sobre os temas do cuidado e atenção psicossocial no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental implementadas no país no período de 2001 a 2018, acompanhando as mudanças na política, considerando os documentos que abordam o cuidado e a atenção psicossocial.

A análise das narrativas das resoluções normativas brasileiras sobre cuidado e atenção psicossocial se realizará a partir de abordagem qualitativa, através do método da pesquisa documental. Este tipo de metodologia se caracteriza por trabalhar com “materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias” (SÁ SILVA; JACKSON *et al.*, 2009, p. 6).

As fontes documentais que serão utilizadas neste trabalho são documentos oficiais, públicos e de natureza jurídica: leis, portarias e regulamentos que compõem a política nacional de saúde mental que tratam da atenção e cuidado psicossocial, implementadas entre 2001 e 2018.

A política pública expressa um determinado momento da história. Para compreendê-la é fundamental conhecer seu contexto histórico, as circunstâncias políticas, econômicas e sociais em que ela foi elaborada. Dessa forma, neste tipo de pesquisa, é indispensável atentar para o contexto de emergência dos documentos analisados: quem são os envolvidos, qual o lugar da sociedade civil na construção do mesmo, as mudanças de gestão e a implicação dos governos em relação à saúde mental, expressa em programas governamentais.

É importante mencionar o entendimento das limitações referentes à utilização de documentos oficiais na análise documental. As normativas governamentais expressam projetos de poder associados à lógica política e ideológica do governo específico em exercício. Assim, manifesta apenas uma das diversas facetas de um campo complexo, apresentando uma falsa noção de consensualidade em seus textos, podendo falhar em expressar as controvérsias e contradições presentes na discussão do tema a que estes documentos se propõem.

A escolha de trabalhar a partir do ano de 2001 se deve à importância da Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, como marco no que diz respeito à garantia e reconhecimento dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Seu texto reflete “o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil” (BRASIL, 2004, p. 20) e tem como base o PL 3.657 de 1989, projeto original do deputado Paulo Delgado (PT/MG). Ao longo dos 12 anos entre o PL e a sua aprovação, algumas normas, com importantes impactos e

eficácia de orientação da reforma psiquiátrica foram sendo implementadas por diversos estados brasileiros.

O fechamento do recorte temporal no ano de 2018 está associado ao fato de que o presente estudo foi iniciado em 2019 e que a fase de seleção dos documentos foi o primeiro passo da pesquisa. Dessa forma, para a viabilidade de conclusão do trabalho, com um distanciamento temporal necessário para reflexão acerca dos impactos produzidos pelas normativas, foi estabelecido o período de 2001 a 2018 a ser analisado.

Para um primeiro mapeamento dos documentos legais que compõem a Política, foi realizada busca no Sistema de Legislação de Saúde do Ministério da Saúde - SAUDELEGIS em 18.09.2019 com o assunto “Atenção Psicossocial”. O sistema permite pesquisas somente a partir do ano de 2009, portanto foi aplicado como filtro de data o período entre 2009 e 2018. Neste primeiro resultado, apareceram 407 registros. Ao aplicar um segundo filtro, para as normas apenas em situação “Vigente” no momento da pesquisa, o número diminuiu para 390 registros. Deste montante, tendo em vista os objetivos desta pesquisa, foram excluídos os documentos que: tratam de estabelecimento de recurso e repasse financeiro para os Estados; habilitação de CAPS; requisitos de vigilância sanitária; entre outros.

Com base na busca realizada no SAUDELEGIS, os documentos aproveitados para o fim dessa pesquisa foram: as portarias 106 de 11 de fevereiro de 2000<sup>6</sup>; 3.658 de 14 de novembro de 2018; 3.588 de 21 de dezembro de 2017; e a resolução 32 de 14 de dezembro de 2017.

Os demais documentos incorporados nesta análise foram selecionados a partir do que eu pude observar, ao longo da minha experiência profissional e do meu contato com a discussão na área, do que vem sendo aplicado, discutido e utilizado como diretrizes para as equipes técnicas, gestores e serviços da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro.

Além disso, também se utilizou como referência a publicação do Ministério da Saúde (2004), que reúne a Legislação de Saúde Mental do país de 1990 a 2004. A coletânea reúne e organiza o conjunto de atos normativos do período supracitado que tratam da reestruturação da assistência em Saúde Mental no Brasil. Foram escolhidos e analisados os documentos que faziam sentido para os fins desta pesquisa, que tratam especificamente do cuidado em atenção psicossocial e da organização da Rede.

---

<sup>6</sup> Apesar desta portaria escapar da delimitação temporal aqui proposta, se decidiu por incluí-la na análise pelo seu papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo do hospital psiquiátrico. Além disso, este documento é uma das importantes normas que foram aprovadas no período entre o projeto de lei que veio a se transformar na Lei da Reforma Psiquiátrica e sua implementação em 2001.

A partir disso, foi feita a seleção de um total de dez documentos normativos oficiais, entre eles: leis, portarias e resoluções. O levantamento realizado neste trabalho aponta para o estudo das resoluções que causam maior impacto ao modelo de proteção e cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais e com necessidades de atenção decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, passando pela implementação e alterações nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Incluindo análise das responsabilidades e deveres do Estado, que controla os repasses financeiros que custeiam o trabalho de instituições voltadas para atenção psicossocial, afetando os tratamentos. **A relação final de documentos normativos a serem analisados está apresentada no quadro em anexo.**

A partir da seleção dos documentos, a análise se deu da seguinte forma: 1) leitura geral de todos os documentos; 2) seleção das categorias de análise; 3) organização dos extratos segundo as categorias de análise.

As próximas sessões do trabalho estão divididas a partir da análise das categorias que emergiram do material selecionado. Começando pela discussão acerca da *Concepção da Loucura*, onde serão investigados os termos utilizados para nomear o louco e a loucura nos diferentes documentos escolhidos, articulando-os às mudanças de composição da assistência em saúde mental e atenção psicossocial; seguido por estudo sobre a *Rede de Atenção Psicossocial*, observando como esta surge, seus principais pontos integrantes e transformações ao longo do período analisado. Posteriormente, será trabalhado tópico acerca das *Estratégias de Desinstitucionalização*, compreendendo do que se tratam estas estratégias e desenvolvendo cada aspecto dessa discussão; finalmente, será desenvolvido importante debate acerca do *Incentivo às Comunidades Terapêuticas*, assim como os seus impactos e sua construção histórica mais recente.

Para a realização deste estudo, foi compreendido, tal qual Minayo (2004), que o objeto Saúde, dentro das Ciências Sociais, é histórico, ou seja:

significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que a constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado. (MINAYO, 2004, p. 20).

Portanto, se faz necessário o constante processo de pesquisa e produção de conhecimento, com vistas a construção de dados que se constituam como referência para o



contínuo processo de avaliação das práticas e das políticas públicas em direção à uma sociedade mais equitativa. Este trabalho busca, portanto, contribuir com este processo.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme apresentado acima, nesta seção do trabalho, será apresentada discussão acerca de cada uma das categorias analíticas elaboradas a partir dos documentos selecionados nesta pesquisa.

### 6.1 A CONCEPÇÃO DA LOUCURA

Como já apresentado, à luz da obra de Foucault, as concepções de loucura mudaram bastante ao longo da história, tendo variado na forma de ser compreendida e tratada pela sociedade. Sendo os atos legais e normativos expressão de determinado momento histórico de um país, foi interessante observar, entre os documentos analisados, os termos utilizados para nomear a loucura e os loucos durante o período pesquisado.

Os documentos vistos entre 2000 e 2011 utilizaram o termo *pessoa portadora de transtornos mentais* para se referir aos loucos. A lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, considerada um marco para a política de saúde mental do país, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais [...]” Ainda, em seu primeiro artigo, fala sobre “os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental”.

A portaria 106, de 2000, resolve: “Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais” Já na portaria 336, de 2002, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial, o público alvo, para quem estes serviços são voltados, é nomeado como *paciente com transtornos mentais severos e persistentes*, como podemos observar no primeiro inciso do primeiro artigo do documento:

§ 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. (BRASIL, 2002, p. 1).

Seguindo na mesma perspectiva, a Lei 10.708, de 2003, lei do Programa Volta para a Casa, documento que será melhor desenvolvido em próxima categoria de análise, “institui o

auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”. (BRASIL, 2003, p. 1).

Apesar de este conjunto de leis e portarias incorporarem avanços significativos na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, persiste em seus textos uma visão reducionista do sujeito considerado louco, associada diretamente à noção de doença mental, deixando de conceber o sujeito em sua múltipla dimensionalidade como propõem as reformas, revelando um caminho ainda a ser superado, no que diz respeito à submissão ao saber médico e ao diagnóstico psiquiátrico.

Nos documentos selecionados, a primeira mudança observada nesse sentido foi na portaria 3.088 de 2011, na qual se fala de um modelo de cuidado voltado para *pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas*. Compreende-se que foi a partir da construção de uma noção ampliada de saúde e do entendimento de que as ações em saúde não devem focar no sujeito, mas também nas condições de adoecimento, que a compreensão sobre o público alvo das políticas em saúde mental se transforma. Não se está falando mais apenas dos loucos, doentes mentais, mas também do humano em sofrimento mental.

A Reforma Psiquiátrica, como já mencionado, busca questionar, superar e transformar a Instituição Psiquiátrica e os saberes que a sustentam, retirando a loucura de um lugar reduzido ao determinismo biológico, como algo a ser eliminado e curado. No Brasil, ela vem atrelada à concepção dos processos saúde-doença proposta pela Reforma Sanitária e pelo o que na Constituição está descrito como um dos princípios norteadores do SUS: o da integralidade do ser humano. Nesse sentido, o objeto de intervenção é a existência global, complexa e concreta do sujeito e do corpo social como um todo, sendo o foco de transformação a sociedade, suas relações e os lugares em que os sujeitos considerados loucos possam existir (ROSA, 2016). Portanto, na perspectiva reformista, se visa alterar as estruturas sociais que produzem o adoecimento, e não a doença em si.

Desta forma, é colocado em questionamento mais do que a instituição *manicômio*, mas também a instituição *loucura*. Ou seja, não se trata apenas de humanizar o hospital psiquiátrico propondo meios de tratamento menos violentos e invasivos, mas sim, de romper com o paradigma clínico que suspende o sujeito por trás do sofrimento psíquico, justificando sua tutela pelo saber médico e anulando sua cidadania.

Cabe apontar que, em paralelo à publicação de leis e portarias analisadas no trabalho, estava sendo elaborada a Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (2003). A temática humanização é um imperativo ético institucional e um princípio instituinte do SUS. A

definição de humanização atualmente adotada no campo de saúde inclui os parâmetros definidos pelo HumanizaSUS. Entende-se a proposta de humanização como um conjunto de princípios e diretrizes que afirma a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com o fomento da autonomia, do protagonismo e do grau de corresponsabilidade desses sujeitos, tendo como perspectiva a clínica ampliada e compartilhada, cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença (BRASIL, 2008).

No seio desta discussão, um outro entendimento sobre a loucura se fez necessário, uma mudança de cultura, a começar pelos serviços onde as pessoas são cuidadas, para que eles realizem não só o acompanhamento clínico, mas também façam a (re)inserção social dos usuários através do acesso ao trabalho, lazer, renda, cultura, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços sociais e comunitários, entendendo que o sofrimento mental não é “uma doença” e que, tal qual, precisa ser identificada, isolada, tratada e curada. É preciso ter uma visão integral sobre o sujeito, podendo acolhê-lo e cuidá-lo em sua complexidade existencial (ALVES, 2009). É, portanto, necessário entender o louco antes de tudo como pessoa e não como doente.<sup>7</sup>

Seguindo em sentido contrário e representando um retrocesso em relação ao que vinha sendo apresentado e elaborado nas políticas de saúde mental e atenção psicossocial, o texto da resolução 32, de 2017, volta a novamente nomear o louco a partir de seu diagnóstico. O artigo nono deste documento fala em “ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2017a). O mesmo pôde ser observado na portaria 3.588, ainda em 2017, que altera a RAPS, e também volta a utilizar o termo *pessoa portadora de transtorno mental*.

Esta mudança na forma de nomeação da loucura, em conjunto com o conteúdo presente nas normativas analisadas, apontam para a reafirmação do cuidado focado na doença e não do sujeito. Ao mesmo tempo que os loucos voltam a ser entendidos a partir da sua condição

---

<sup>7</sup> Nesse ponto, considerando a necessidade de um olhar ampliado para a produção do cuidado em saúde, vale mencionar e ressaltar a importância da articulação intersetorial com outras políticas brasileiras, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) estabelece ações e serviços cuja operacionalização ocorre por meio do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), aparelhos estatais de prestação de serviços e de articulação da rede socioassistencial destinada à cidadãos em situação de vulnerabilidade e/ou risco social, visando o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assim como proteção à situações de violações de direitos individuais e familiares (BRASIL, 2004c).

psiquiátrica, as práticas terapêuticas voltadas para essas pessoas são associadas ao lugar do manicômio, se traduzindo em necessidade de ampliação de leitos e maior investimento de recursos com a área hospitalar. Ou seja, a desconstrução da Reforma Psiquiátrica.

Ao mesmo tempo em que eram fechados os manicômios e decaía a escuta no campo biopsicossocial, a redução biológica ganhava terreno, amparada no suposto avanço da psicofarmacologia e das neurociências, embora na realidade esse avanço científico não era outro que o triunfo dos mercados sobre o bem público, sobre a cultura e a ciência. (DESVIAT, 2018, p. 16).

Portanto, conforme visto, a nomenclatura usada para se referir ao louco, reproduz uma narrativa e um projeto específicos voltado à loucura, que se traduz em formas de assistência no campo da saúde mental. Assim, apesar das muitas conquistas adquiridas pelos processos de reforma, uma imensa parte da ação é deixada de lado: a recomposição dos saberes e técnicas psi e a transformação da clínica.

## 6.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMO SURGE E O QUE MUDA

Nesta seção do trabalho, me interessa discutir o surgimento da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, assim como as mudanças propostas e realizadas durante o período de análise dos documentos selecionados nesta pesquisa.

Desde que a Reforma tornou-se política pública no Brasil, as orientações caminhavam em uma perspectiva antimanicomial (PASSOS, 2017). Nesse sentido, muito se avançou no campo da saúde mental: seja com a composição de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, seja com mecanismos de proteção legal como, por exemplo, a Lei 10.216.

A referida lei trata da proteção dos direitos das “pessoas acometidas de transtorno mental” e redireciona o modelo assistencial em saúde mental ao apontar que a pessoa portadora de transtorno deverá ser tratada em ambiente terapêutico o menos invasivo possível e, de preferência, em serviços comunitários. Além disso, estabelece que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes (art. 4º), apresentando um marco rumo à desinstitucionalização e à substituição progressiva do manicômio.

Apesar de ter sido aprovada ainda prevendo a internação psiquiátrica para os casos em que se esgotem os recursos extra-hospitalares, o objetivo maior era diminuir gradativamente a

internação em hospitais psiquiátricos (CONASEMS *et al.*, 2019). Embora não explicitamente onde a internação pode ser realizada, a direção é clara, no sentido de privilegiar os recursos extra-hospitalares, visando a reinserção social.

Considerando o Pacto pela Saúde e a regionalização<sup>8</sup> das ações em saúde, é estabelecido o processo de reestruturação do SUS em Redes de Atenção à Saúde (portaria 4.279, de 2010). Assim, a política nacional de saúde mental passa a se dirigir para constituição das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. A portaria define as diretrizes da RAPS, seus objetivos gerais, objetivos específicos e os pontos que compõem a Rede, caracterizando cada um deles.

Destaca-se, entre os objetivos da RAPS, o de “garantir a articulação e 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” (BRASIL, 2011a, p. 2). Desta forma, espera-se ampliar o acesso à atenção psicossocial da população geral por meio da organização regionalizada dos serviços de saúde com o estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.

Compõem essa rede: atenção básica, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013). Vejamos nas palavras do legislador:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011<sup>a</sup>, p. 1).

---

<sup>8</sup> A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Dessa forma, os serviços da atenção básica passam a ser pontos da RAPS. Como visto acima, são eles: as Unidades Básicas de Saúde; Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas<sup>9</sup>; e os Centros de Convivência. Com a inclusão da atenção básica na Rede, o cuidado em saúde mental passa a ser também responsabilidade das equipes multiprofissionais inseridas nesses serviços, as quais devem:

Desenvolver ações e promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. (BRASIL, 2011a, p. 1).

A partir disso, toda a equipe básica de profissionais - médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde - passa a fazer parte da atenção psicossocial. A portaria ainda faz referência às equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por dar apoio às equipes de Saúde da Família, equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde.

O ponto de atenção da RAPS na atenção psicossocial especializada<sup>10</sup> é o CAPS. A portaria 3.088 define o que são esses serviços e as diferentes modalidades em que estão organizados, considerando a portaria anterior que os regulamenta. Aponta também que as atividades no CAPS devem ser realizadas prioritariamente em espaços coletivos e de maneira articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Afirma ainda que:

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. (BRASIL, 2011<sup>a</sup>, p. 1).

Dessa forma, o cuidado em saúde mental passa a ser compartilhado de maneira integrada, articulada e efetiva entre os diferentes pontos de atenção, considerando as especificidades regionais e a perspectiva territorial, estando a ordenação desse cuidado sob responsabilidade da Atenção Primária ou do CAPS, garantindo o vínculo e a longitudinalidade

---

<sup>9</sup> A portaria se refere à pessoas em situação de rua; pessoas com transtornos mentais; e usuários de crack, álcool e outras drogas.

<sup>10</sup> A portaria 3.088/2011 localiza o CAPS como um serviço da Atenção Psicossocial Especializada. Em 2013, foram identificadas mudanças nesse sentido em *folder* do Ministério da Saúde, “Conheça a RAPS”, no qual os CAPS passam a fazer parte de uma Atenção Psicossocial Estratégica.

do cuidado, ou seja, o acompanhamento do usuário ao longo do tempo, com estabelecimento de uma relação terapêutica duradoura.

É interessante pontuar que, embora os CAPS atendam a um recorte da população com agravos específicos de saúde mental, esses serviços compartilham dos mesmos princípios da Atenção Primária em Saúde: trabalham pela lógica territorial, com população adscrita a partir de atributos como a continuidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado; a competência cultural e a orientação familiar; com as portas abertas ao território sem restrição ao agendamento prévio de consultas; atendimento à crise ou ao sofrimento agudo; atenção à equidade e integração plena à rede local de saúde e às redes comunitária e intersetorial (BRASIL, 2002).

O texto da portaria pontua e desenvolve quais são os demais pontos da RAPS, definindo suas responsabilidades e formatos de atuação, estabelecendo que todos devem estar articulados com a Atenção Básica, principal porta de entrada e coordenadora do cuidado em saúde, e com os CAPS, principal articulador das ações de cuidado em saúde mental. Entre eles, está também a reabilitação psicossocial, um dos eixos da RAPS, que é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais as quais devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Ainda em 2011, a portaria 3.090, considerando a necessidade de acelerar a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental, resolve dispor sobre os repasses de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), considerando estes como pontos estratégicos da RAPS no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internados nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia.

Nesse sentido, o cuidado em saúde mental caminhava para o estabelecimento de uma mudança paradigmática, onde os serviços de base comunitária passam a ser expandidos em substituição dos leitos de hospitais psiquiátricos, possibilitando que as pessoas com sofrimento psíquico sejam atendidas na sua comunidade, por equipes que conhecem a realidade e o contexto que as envolvem, e em articulação com a atenção básica, podendo acessar suas famílias, ampliando o escopo de atuação, dando a essas pessoas um novo lugar social, diferente da exclusão a qual eram submetidas anteriormente.



Entretanto, a análise dos documentos permitiu observar certas mudanças mais recentes no rumo e nas perspectivas da RAPS. Menos de três meses após a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com críticas de diversos pesquisadores, instituições e entidades do movimento de Reforma Sanitária, em 21 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde do governo do presidente interino Michel Temer (PMDB), lança a portaria 3.588, que dispõe sobre alterações na RAPS e mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. Tal portaria aponta para o enfraquecimento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e da rede de base territorial, fomentando a implantação de dispositivos de cunho manicomial e restritivos de autonomia e liberdade.

Um primeiro ponto a ser destacado referente à elaboração desta portaria, diz respeito ao fato de que ela foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sem consulta ou debate com a sociedade civil ou com as instâncias de saúde mental e do Controle Social, rompendo com um dos traços constitutivos da Reforma Psiquiátrica: o da necessidade de diálogo com a sociedade. Apesar das muitas declarações de repúdio acerca das alterações manifestadas neste documento, ela se manteve aprovada. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Direitos Humanos divulgaram recomendações, ambas em 31 de janeiro de 2018, solicitando a revogação da portaria, indicando que esta “apresenta retrocessos à Política Nacional de Saúde Mental e propõe a desestruturação da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial[...]” (CNS, Recomendação nº 001, de 31 de janeiro de 2018, p. 1), porém, não obtiveram sucesso.

Em relação às mudanças na composição da RAPS, o Ministério da Saúde incluiu as Unidades Ambulatoriais Especializadas e o Hospital-dia como pontos da Rede. Estes serviços se constituem a partir da lógica manicomial e vinham sendo desconstruídos e substituídos por uma rede de lógica territorial, pautada no respeito à cidadania e liberdade dos indivíduos. Em vez de incrementar e ampliar equipes, como o NASF, Saúde da Família ou dos CAPS, para atender a esta demanda, a portaria incentiva o retorno de serviços que atuam em lógica oposta ao que se vinha construindo na composição da Rede.

Além disso, o hospital psiquiátrico, dispositivo central a ser substituído e superado pela Reforma, passa também a integrar a RAPS. É importante salientar que, na portaria 3.088/2011, os hospitais psiquiátricos existentes são considerados, porém não como ponto da Rede, mas como serviços em desconstrução e superação, a ver:

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo

estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2011a, p. 1).

A portaria 3.588/2017 traz um aumento do número mínimo de 4 para 8 leitos de saúde mental, não podendo corresponder a mais de 20% da capacidade do hospital, porcentagem que antes era de 15%. Fala ainda de exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral para recebimento de recursos de custeio:

Art. 1034. O repasse do incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1033 fica condicionado a:

I - habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral); e  
II - taxa de ocupação mínima de 80%. (NR) (BRASIL, 2017b, p. 1).

A exigência da ocupação mínima inverte a proposta original de leito de retaguarda, que deve estar à disposição apenas para situações extremas e com indicações precisas prescritas pelo CAPS. Todos os pontos destacados até aqui representam uma retomada à lógica de internação, desconsiderando a vinculação territorial, assim como as possibilidades de articulações em rede.

No trecho destacado acima, vale também reparar na utilização do termo Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral para se referir ao Serviço Hospitalar de Referência<sup>11</sup>. Este termo foi identificado também na Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, que precede a publicação da portaria discutida, estando alinhadas em conteúdo. A citada resolução se propõe a estabelecer diretrizes para o fortalecimento da RAPS e passa a considerar como componentes da Rede os seguintes pontos de atenção:

Art. 1º - Estabelecer as diretrizes para o fortalecimento da RAPS. Considera-se como componentes da RAPS os seguintes pontos de atenção:

1. Atenção Básica; 2. Consultório na Rua; 3. Centros de Convivência; 4. Unidades de Acolhimento (Adulto e Infante-Juvenil); 5. Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II; 6. Hospital Dia; 7. Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; 8. Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades; 9. Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; 10. Hospitais Psiquiátricos Especializados. (BRASIL, 2017<sup>a</sup>, p. 1).

---

<sup>11</sup> Na portaria 3.088/2011 o Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas consiste em um dos pontos de atenção na RAPS na atenção hospitalar, sendo indicado em situações assistenciais com indicativos de ocorrências de comorbidades clínicas ou psíquicas, com acolhimento em regime de curtíssima ou curta permanência, até a estabilidade clínica do usuário.

Nota-se, também, no texto da resolução, uma orientação confusa com relação à ampliação ou não da rede hospitalar. O art. 5º proíbe a ampliação da capacidade já instalada e inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mas não menciona a política de fechamento dos leitos, ao contrário, afirma a existência de reajuste do valor da diária para as internações. Fala ainda, em seu art. 9º em ampliar a oferta de leitos hospitalares para pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

À vista disso, é possível constatar que a resolução 32 e a portaria 3.588/2017 anunciam um triste cenário ao promover o retorno do modelo hospitalocêntrico, ou seja, aquele que tem atuação centrada no hospital como local de tratamento e as ações centradas nas especialidades médicas, na doença e na cura desta. Nestes documentos, o Ministério da Saúde anuncia um aumento significativo no valor de procedimentos realizados pelos hospitais psiquiátricos e interrompe o fechamento de leitos com a desinstitucionalização do paciente crônico, ferindo o disposto em portarias anteriores.

### 6.3 ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A desinstitucionalização das pessoas em situação asilar - pacientes internados em hospitais psiquiátricos ou de custódia e em tratamento psiquiátrico por período maior que um ano -, é uma das prioridades da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial. Por se tratar de processo profundamente complexo, que não se encerra com a alta hospitalar, foi primordial a construção de estratégias para que a reinserção social do usuário fosse realizada de maneira eficiente.

As ações de desinstitucionalização no Brasil tiveram que se deparar com a questão sobre o que fazer com as pessoas que estavam saindo dos hospitais psiquiátricos e que não contavam com nenhum tipo de suporte familiar ou social. Dessa forma, foi necessária uma articulação de leis e portarias no sentido de direcionar recursos e atenção para ações no território, estimulando a inserção e a realização de cuidados aos pacientes egressos do manicômio.

Enquanto a PL 3.657/89 tramitava, foram aprovadas portarias e leis importantes para mudanças significativas na política, como a portaria 106 de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos; a portaria 336 de 2002, que cria e regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial; e a Lei 10.708 de 2003, que cria o Programa Volta para Casa. Os SRTs, junto aos CAPS e o PVC constituem o tripé da desinstitucionalização no Brasil, e o resgate da

cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são casas ou apartamentos existentes em espaço urbano, constituídos na perspectiva de criação de uma rede de proteção social, comunitária, de saúde, trabalho e lazer, para a reabilitação e integração social do paciente. A residência terapêutica se apresenta como possibilidade de desinstitucionalização e não opera na lógica de abrigamento, sendo a reinserção social através da moradia sua principal função. (BRASIL, 2004b).

A portaria 106 de fevereiro de 2000 cria e regulamenta o funcionamento desses serviços, definindo o que são, suas atribuições, sua tipologia e suas diretrizes de funcionamento. Caracteriza as RTs como as casas ou moradias inseridas na comunidade e que, ao mesmo tempo, estariam interligadas à rede de serviços do SUS. Essa interligação é fundamental, pois a RT é um espaço de morada que necessita do suporte da rede de serviços para que seus propósitos sejam alcançados. Estipula que os SRTs podem ser constituídos nas modalidades tipo I e tipo II, de acordo com as necessidades específicas de cuidado do morador e quantidade máxima de moradores acolhidos.

Art. 2º-B - Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, conforme descrito no Anexo I desta Portaria.

§ 1º - São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.

§ 2º - São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores. (BRASIL, 2000, p. 1).

Trata da realocação de recursos, liberando recursos dos leitos nos hospitais psiquiátricos para outros dispositivos substitutivos ao manicômio, com o objetivo de reduzir as internações em hospitais psiquiátricos e melhorar a assistência extra hospitalar, tendo, portanto, papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, centrado nos hospitais.

Art. 2º - Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. (BRASIL, 2000, p. 1).

Trata ainda sobre a responsabilidade dos SRT de garantir a assistência para pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos, sem suporte familiar ou de qualquer outra natureza, atuando como moradia e unidade de suporte especialmente para aqueles que estiveram em longo período de internação.

Art. 3º - Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe: a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. (BRASIL, 2000, p. 1).

Posteriormente, na portaria 3.090/2011, é realizada alteração da portaria 106/2000 para dispor sobre os repasses de incentivo financeiro para implantação e/ou implementação dos SRTs tipo I e II, estabelecendo o tipo de repasse financeiro destinados a cada um. Dessa forma, acelera a construção e estabelecimento da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, reconhecendo a importância das RTs como estratégia de desinstitucionalização e reinserção social e comunitária dos pacientes egressos de longa internação.

A portaria 3.088/2011 inclui os SRT como pontos de atenção na RAPS nas Estratégias de Desinstitucionalização. Ainda de acordo com esta portaria, o componente Estratégias de Desinstitucionalização é:

Constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. (BRASIL, 2011a, p. 1).

A portaria GM/MS 336/02, que regulamenta os CAPS, é resultado de um longo e coletivo processo de revisão da portaria SNAS 224. Nela, os CAPS são definidos como unidades estratégicas na rede de cuidados substitutivo ao hospital psiquiátrico. A portaria ainda estabelece a tipologia dos CAPS, os distinguindo pelo porte e abrangência populacional - I, II e III - e pela finalidade de cuidado - infanto-juvenis e álcool e drogas. (BRASIL, 2002)

As diferentes tipologias de CAPS são definidas de acordo com características como densidade populacional do território, horário de funcionamento, composição da equipe multiprofissional e população atendida. Estes serviços se caracterizam por realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em

sua área territorial. Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: os CAPS I, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; os CAPS II, com capacidade operacional para atender uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes; os CAPS III, que funcionam todos os dias da semana, 24h, com oferta de hospitalidade noturna para os usuários já acompanhados; os CAPS Álcool e Drogas - CAPSad - (também podem funcionar em período integral, como CAPSad III), que atendem às especificidades da população com problemas relacionados ao uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas; e os CAPS Infantojuvenil - CAPSi -, que se responsabilizam pela atenção à população de crianças e adolescentes, até 18 anos incompletos (BRASIL, 2002).

O CAPS III, com funcionamento 24 horas, não se distingue apenas pela maior complexidade, mas sobretudo pelo seu potencial estratégico de substituição do modelo hospitalar. Já os CAPSi e AD constituem novas tecnologias importantes para inclusão e atenção a crianças, adolescentes e adultos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Vale ressaltar também a criação da tipologia “intensivo”, “semi-intensivo” e “não intensivo”, como um esforço para introduzir um pouco da variável clínica na rigidez característica de uma portaria ministerial.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. [...]. (BRASIL, 2002, p. 1).

Os CAPS cumprem as funções de: acompanhamento dos usuários em sofrimento mental em situação de vulnerabilidade/risco; acolhimento às crises em seu território de referência, incluindo as tentativas de suicídio - em articulação com os demais serviços do território; suporte à atenção primária através do matriciamento; articulação com os hospitais e serviços de emergência; a articulação intersetorial para a garantia dos direitos civis e de cidadania; e o fortalecimento dos laços comunitários. Além disso, devem manter articulação com os Centros de Convivência e Cultura, com vistas à reabilitação psicossocial, à ampliação da circulação e da participação social e ao acesso ao lazer, ao trabalho e aos bens culturais. Os Centros de Convivência e Cultura foram definidos em 2005 pelo Ministério da Saúde, em cartilha intitulada “Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil”, da seguinte forma:

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais. O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde. [...] São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura. (BRASIL, 2005, p. 1).

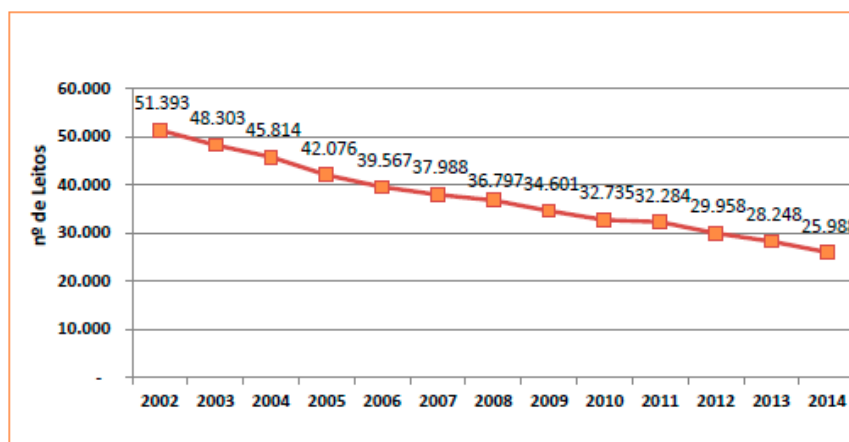
A importância dada a serviços de atenção psicossocial territorializados, de extensão familiar e comunitária, pauta-se no entendimento de que o isolamento consequente às internações hospitalares não produz cuidado para as pessoas com problemas mentais. Além disso, são constantes os relatos de violações de direitos humanos identificados nestes espaços (OPAS; OMS, 1990; FIOCRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBEKIAN, 2015). Em sua constituição, a reforma brasileira foi capaz de transferir recursos - não apenas financeiros - das instituições asilares à rede alternativa, por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os quais são basilares no projeto de desinstitucionalização colocado. Nesse sentido, observa-se, a partir do ano 1996, progressiva redução do número de leitos psiquiátricos no Brasil (BRASIL, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2016) e progressiva ampliação da rede de serviços extra-hospitalares. Porém, é possível perceber na Figura 3, uma desaceleração da redução do número de leitos psiquiátricos, a partir de 2017.

**Figura 1 - Comparação entre sistema hospitalar (número de leitos em hospitais psiquiátricos) e serviços substitutivos (CAPS), Brasil, 1990-2003**

LeitosCAPS	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003*
Leitos HP	72.514	71.041	70.323	66.393	60.868	56.675	55.080	52.765
CAPS	154	176	231	237	253	295	424	502

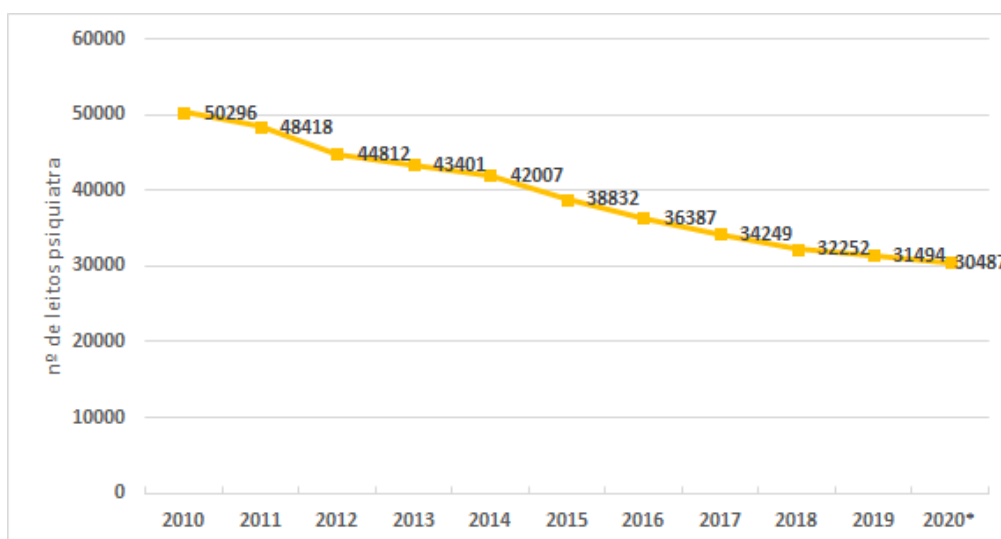
Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Mental; 2014/ \* dados de dezembro de 2003.

**Figura 2 - Distribuição de leitos SUS em hospitais psiquiátricos por ano, Brasil, 2002-2014**



Fonte: Saúde Mental em Dados 12, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2015.

**Figura 3 - Distribuição de leitos SUS em hospitais psiquiátricos por ano, Brasil, 2010-2020**



Fonte: TABNET/DATASUS; \*dados disponíveis até abril de 2020.

A Lei do Programa Volta Para Casa “institui o auxílio-reabilitação para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações” (Lei 10.708, de 31 de julho de 2003). Esta lei estabelece um novo patamar no processo de reforma, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico ou de custódia, pela concessão de auxílio e inclusão em programas extra hospitalares de atenção em saúde mental.



O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Além disso, o PVC atende ao disposto na Lei 10.216, que determina que os pacientes longamente internados ou para os quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional. (BRASIL, 2003, p. 1).

Interessante ressaltar que o estabelecimento de estratégias/programas que garantem a inserção social de pessoas em grande vulnerabilidade, sem vínculos sociais e familiares e sem fonte de renda, como os SRTs e PVC, assim como iniciativas de geração de trabalho e renda, cooperativas e empreendimentos solidários que trabalham sob a ótica do respeito às capacidades e limitações das pessoas, diferem de uma lógica de mercado que escolhe apenas aqueles que possam apresentar melhor desempenho.

#### 6.4 INCENTIVO ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Em paralelo à constituição e expansão da RAPS, foram elaboradas outras ações de governo e políticas públicas que divergem da perspectiva da RPB, apontando para uma disputa e mudando o rumo que a política estava tomando desde a sua criação. Em 2011, o plano Crack: é possível vencer<sup>12</sup> determina repasse do Governo Federal, através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), para vagas em Comunidades Terapêuticas (CTs) para pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A portaria 131 de 26 de janeiro de 2012 insere as CTs na RAPS.

---

<sup>12</sup> Decreto nº 7.179/2010 “Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências” (Brasil, 2010). Decreto nº 7.637/2011 “Altera o Decreto nº 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” (BRASIL, 2011).

Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. (BRASIL, 2012, p. 1).

Art. 6º Os projetos técnicos elaborados pelas entidades prestadoras de serviços de atenção em regime residencial estarão embasados nas seguintes diretrizes: [...] VII - inserção da entidade na Rede de Atenção Psicossocial, em estreita articulação com os CAPS, a Atenção Básica e outros serviços pertinentes. (BRASIL, 2012, p. 1).

As denominadas comunidades terapêuticas são instituições majoritariamente vinculadas à alguma instituição religiosa evangélica, oferecem tratamento a dependentes químicos baseado no isolamento do meio social e na manutenção da abstinência às drogas. São iniciativas da sociedade civil (entidades privadas e/ou filantrópicas, pessoas jurídicas e sem fins lucrativos), sob as quais praticamente não incidem regulamentações e controles específicos e detalhados por parte de setores do Estado capacitados para tal, mesmo sendo estas, frequentemente, financiadas por verba pública. É importante destacar que tais instituições funcionam de maneira desintegrada - e não articulada - aos equipamentos de saúde e de assistência social. De acordo com textos oficiais:

[...] consideram-se comunidades terapêuticas as entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário. (BRASIL, 2017b, p. 1).

Segundo Guimarães e Rosa (2019), as CTs não atendem às exigências de um serviço de saúde, pois trabalham na perspectiva manicomial e de cunho religioso, além de não contar com equipe técnica para compor a rede de saúde mental. Em 2017, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) publicou nota técnica sobre os principais achados de estudo realizado sobre as Comunidades Terapêuticas. De acordo com o estudo, as CTs se organizam como residências temporárias, onde permanecem pessoas que fazem uso problemático de drogas, abstinentes e isolados de suas relações sociais prévias, com o objetivo de renunciar definitivamente ao uso de drogas.

Durante sua permanência nas CTs, estas pessoas submetem-se a uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT. O modelo de cuidado proposto pelas CTs ancora-se em três pilares – a saber, trabalho, disciplina e espiritualidade –, combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas espirituais. (IPEA, 2017, p. 10).

Além disso, as CTs têm sido alvo de inúmeras denúncias, inclusive de violações de direitos no Brasil. (CFP, 2011; CEPCT/RJ, 2013; CRP-SP, 2016; MPF, 2018). De acordo com o relatório do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo - CRP-SP (2016, p. 4): “alguns desafios são vistos tanto em relação à garantia de saúde e cuidado dos sujeitos, quanto à sua própria segurança e dignidade”. Em relatório elaborado pelo Comitê e Mecanismo de Prevenção e Combate à Tortura (CEPCT/RJ), vinculados à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, com base em inspeções realizadas no ano de 2013 às denominadas comunidades terapêuticas, são divulgadas as seguintes denúncias:

[...] o mesmo padrão de violações nas três instituições inspecionadas: a internação como medida indiscriminada de tratamento; [...] a desvinculação dos usuários de sua base territorial, de seus vínculos afetivos, do convívio familiar e da relação com a rede de apoio comunitária; a distância do local de origem dos usuários, o difícil acesso às instituições, somadas às regras rígidas estipuladas pelas entidades para a entrada dos familiares. Um segundo aspecto similar [...] e que se relaciona intimamente com os anteriores na construção de um tratamento asilar é a restrição aos meios de comunicação e a não garantia da privacidade no contato dos pacientes com seus familiares [...] Outros aspectos que remetem para características asilares são a massificação das atividades e ausência de planos terapêuticos singularizados. A participação compulsória dos internos em atividades laborativas da rotina das instituições remete a práticas tradicionais dos velhos manicômios, em que o trabalho era parte substancial do chamado tratamento moral. O viés moral está presente ainda em outros aspectos das instituições, como na presença de normas disciplinares, regras e rotinas rígidas, que são acentuadamente valorizadas e cujo descumprimento pode ocasionar em alguns casos, inclusive, punições como a alta administrativa. [...] (CEPCT/RJ, 2013, p. 36-37).

Não obstante, em 2017, a resolução nº 32 aponta para o fortalecimento das CTs, com a proposta de ampliação de credenciamento das mesmas. A Portaria Interministerial nº 2, de 21/12/2017, que instituiu o Comitê Gestor Interministerial para atuar na área de drogas, destinou 120 milhões para o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), cuja principal destinação foi criar 12.000 vagas em comunidades terapêuticas.

Em abril de 2019, o presidente Jair Bolsonaro (PSL) assinou decreto que estabelece uma nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), revogando documento anterior de 2002. Entre outras medidas, prevê a adoção de um modelo de tratamento de usuários de drogas cujo objetivo é mantê-los em abstinência, ditando também aumento de transferência de mais recursos públicos para as CTs.

Em contrapartida, não há aumento do repasse para os CAPS em suas diferentes modalidades desde 2011, revelando o subfinanciamento destes serviços, o que intensifica a sua precarização e gera dificuldades operacionais no cotidiano. Ou seja, há um claro desinvestimento na RAPS e, portanto, na saúde pública, em prol de instituições não públicas

que tendem a violar direitos humanos. A transferência de responsabilidade do Estado para instituições privadas, de base caritativa, representa uma característica do chamado modelo neoliberal. Porém, o que torna o incentivo às CTs ainda mais grave são as violações de direitos humanos reproduzidas nestes locais, divulgadas por diversas entidades com poder de fala institucionais, como observado a partir dos trechos destacados acima.

Além disso, em 14 de novembro de 2018, através da portaria nº 3.659, é suspenso repasse referente ao recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por suposta ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS, impondo que a não regularização no prazo de até 06 (seis) meses, acarretará na revogação das Portarias de habilitação e qualificação.

É nítido que a internação em comunidades terapêuticas e no modelo manicomial é o grande foco central do cuidado, evidenciado no crescente financiamento de dispositivos antirreformistas de saúde mental, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa para a indústria da doença e da loucura. Isso tudo camufla os reais interesses representados pelos empresários dos hospitais psiquiátricos e da indústria farmacêutica que perderam 60 mil leitos no país para os serviços substitutivos. (AMARANTE, 2018, p. 5-6).

Portanto, é necessário mencionar o fato de que o direcionamento de verba pública para essas instituições pode reeditar a já defrontada “indústria da loucura”, que a Reforma Psiquiátrica fez grande esforço para problematizar e encaminhar a sua progressiva extinção da realidade brasileira.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para entender a política pública, é fundamental conhecer o contexto histórico, as circunstâncias políticas, econômicas e sociais que produziram os marcos legais. As leis e as normativas públicas expressam um determinado momento da história, portanto, é importante compreender as forças políticas em jogo, assim como os atores e os jogos de interesses que estão em cena.

A partir da análise dos documentos oficiais que tratam da Política Nacional de Saúde Mental, foi possível observar uma tendência de remanicomialização do cuidado em saúde mental sobretudo a partir de 2017, no governo de Michel Temer (PMDB), e aprofundada nos primeiros meses do governo Bolsonaro (PSL). As significativas mudanças na Política apontam para o fortalecimento da lógica de mercado e ameaça dos direitos conquistados e garantidos constitucionalmente, desconsiderando o processo construído ao longo de décadas no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Foi observado que, as mudanças na terminologia voltada para os loucos nos documentos oficiais analisados estão articuladas às diferentes formas de entender e tratar a loucura na sociedade, impactando na organização da assistência em saúde mental e atenção psicossocial no Brasil ao longo desses 20 anos. Em um primeiro momento da análise, entre as primeiras normativas que incorporaram avanços significativos na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira e na garantia de direitos deste público, pôde-se verificar um caminho ainda a ser superado, e que diz respeito à uma visão reducionista do sujeito considerado louco, associada diretamente à noção de doença mental.

Posteriormente, a partir de documentos que datam de 2011, com a organização da rede de serviços substitutivos ao manicômio e a constituição da RAPS, foi possível observar uma concepção menos estigmatizante da loucura, articulada à construção de uma noção ampliada de saúde e do entendimento de que as ações em saúde não devem focar no sujeito, mas também nas condições de adoecimento deste. Deste período, são promovidas importantes estratégias de desinstitucionalização, reordenação dos serviços no território e progressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

Entretanto, notou-se que, a partir de 2017, os documentos selecionados nesta análise voltam a nomear o louco a partir de seu diagnóstico, revelando a reafirmação do cuidado focado na doença e não do sujeito e de práticas terapêuticas associadas ao lugar do manicômio, se traduzindo em necessidade de ampliação de leitos e maior investimento de recursos com a

área hospitalar. Além disso, a falta de debate público acerca das mudanças propostas, revelam uma gestão autoritária e sem legitimidade popular.

É necessário pontuar que, apesar da mudança de direcionamento na política e seu respectivo desmonte terem ficado mais evidentes a partir de 2017, a análise dos documentos pode demonstrar que, antes disso, não estava estabelecido um consenso acerca das ações em saúde mental no SUS. Em paralelo a avanços significativos na política, como a constituição da RAPS em 2011, foram aprovadas normativas que apresentam retrocessos, como, por exemplo, a ampliação de vagas nas Comunidades Terapêuticas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A partir de 2017, se observou um fortalecimento das CTs pelos governos federais e um enfraquecimento da RAPS e, portanto, da saúde pública, em prol de instituições não públicas que tendem a violar direitos humanos. A transferência de responsabilidade do Estado para instituições privadas, de base caritativa, representa uma característica do chamado modelo neoliberal. Desse modo, revela-se também um contexto de inserção do fundamentalismo religioso na política e de conservadorismo a nível local e mundial, apontando para como discursos de cunho moralizante se articulam com a perspectiva liberal na economia na atualidade.

De acordo com Dagnino (2014), a chamada crise latino americana assume hoje várias dimensões. Entre elas, uma *crise discursiva*, que parece atravessar as experiências democráticas em grande parte do continente. Essa crise resulta do que ela chama de *confluência perversa* entre dois modelos - de um lado, o projeto neoliberal e de outro, um projeto democratizante participatório. De um lado, um processo de alargamento da democracia, que emerge da luta contra o regime militar e tem como marco a Constituição de 1988, possibilitando a criação de espaços públicos e a participação da sociedade civil nos processos de discussão e tomada de decisão das políticas públicas. De outro, a partir da eleição de Collor e da estratégia de implementação de um projeto neoliberal, a emergência de um projeto de Estado mínimo que se isenta de seu papel de garantidor de direitos. (DAGNINO, 2014).

Portanto, no contexto político-econômico atual, com a adoção de projeto neoliberal de desmonte do SUS e de sucateamento das políticas públicas, as políticas de saúde mental revelam-se pouco sólidas e frágeis ao serem desafiadas por uma conjuntura política de crise e desinvestimento, apresentando dificuldades de fazer valer a lógica do cuidado territorial, intersetorial e de reinserção social daqueles que foram desinstitucionalizados. Fica explícito, assim, a existência de uma confluência entre dois projetos distintos, exemplificado ao longo de

toda a análise realizada nesta pesquisa: o da indústria da loucura e o do movimento da Reforma Psiquiátrica.

Conclui-se, dessa forma, que os desafios atuais do SUS e das políticas de saúde mental são sobretudo políticos. Esses desafios dizem respeito, entre outras coisas, à: renegociação dos papéis público e privado na saúde; ao enfrentamento dos interesses de mercado, que funciona sem referências éticas, colocando o lucro frente à vida das pessoas; à transformação das estruturas que sustentam o estigma e a exclusão dos sujeitos loucos; ao estabelecimento de uma crítica sobre a exclusão pelo diagnóstico. O debate gira em torno de um modelo médico reducionista frente a um modelo orientado pela saúde pública coletiva, universal, acessível e equitativa. É preciso reivindicar o cuidado ético na forma de lidar com a diferença, a defesa dos direitos humanos e o respeito aos mais vulneráveis.

Finalmente, este trabalho pretendeu contribuir para uma melhor compreensão sobre os fundamentos e a direção estratégica da implementação e das mudanças da Política Nacional de Saúde Mental, pretendendo ampliar o debate sobre as formas de resistência ao seu respectivo desmonte, com apontamentos para futuras reflexões, sem a pretensão de assim encerrar as discussões que giram em torno deste tema e campo de estudo tão complexos.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: participação social atropelada, de novo. Boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV), Salvador, n. 15, p. 5-6, jan./fev. 2018.
- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. 1. reimpr. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.
- AMARANTE, P.; NUNES, M O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 02 jun. 2020.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.617/89**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, 1989.
- BRASIL. Ministério Público Federal - MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), 2018. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/inspecao-nacional-aponta-graves-violacoes-de-direitos-humanos-emcomunidades-terapeuticas>. Acesso em: 02 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. 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. Disponível em: <http://bvsmms>.



saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\_anos\_Caracas.pdf. Acesso em: 02 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, v. 10, n. 12, 2015.

BRASIL. Ministério do Estado de Justiça e Segurança Pública. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017b.

BUKOWSKI, C. **Vida desalmada**. Tradução: Fabio Soares e Gerciana Espíndola. Florianópolis: Spectro, 2006.

COMITÊ DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (org.). **Relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas Financiadas pelo Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: CEPCT/RJ, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.). **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação de usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 6a. região (org.). **Dossiê Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo**. Mapeamento das violações de direitos humanos. São Paulo: CRP-SP, 2016.

CONASEMS COSEMS-RJ; LAPPIS/IMS/UERJ. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS**: “Diálogos no Cotidiano” 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. p. 314-331.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBEKIAN. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2015. **Documento Técnico** [...]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015.

GULJOR, A. P. *et al.* **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019**: “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”, emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 04/02/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Junior. Disponível em: <http://www.cprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Nota Técnica nº 21**. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília: IPEA, 2017.

MINAYO, M. C. S. (org.). **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, v. 24, supl.1, p. 205-218, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Declaração de Caracas. *In*: CONFERÊNCIA REGIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA NA AMÉRICA LATINA DENTRO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE. Caracas, 1990.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 9 May, 2011.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan./mar. 2014.

PASSOS, R. G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 23, n. 2, p. 55-75, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1678/1043>. Acesso em 19 mar. 2020.

SÁ-SILVA, J. *et al.* Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, jul. 2009.

VICTORA, C. G. *et al.* Construção do objeto. *In*: VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. cap 4.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

### Fontes consultadas

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Lei da Reforma Psiquiátrica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 2002. Regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o Programa Volta para Casa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090 de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.659 de 14 de novembro de 2018. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2018.

**ANEXO**

## ANEXO A - QUADRO 1: DOCUMENTOS NORMATIVOS ANALISADOS NA PESQUISA

<b>Documentos Normativos</b>			
<b>Tipo de documento</b>	<b>Identificação</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Objetivo</b>
Portaria	106	2000	Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.
Lei	10.216	2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Determina as responsabilidades e deveres do Estado no cuidado e tratamento.
Portaria	336	2002	Regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Lei	10.708	2003	Lei do Programa Volta para Casa. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos.
Portaria	3.088	2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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).
Portaria	3.090	2011	Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Portaria	131	2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
Resolução	32	2017	Inclui os Hospitais Psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial.
Portaria	3.588	2017	Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
Portaria	3.659	2018	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.