



# DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS: HISTÓRIA E AVANÇOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS:  
HISTORIA Y AVANCES DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

DESINSTITUTIONALIZATION OF KNOWLEDGES AND PRACTICES:  
HISTORY AND ADVANCES OF THE PSYCHIATRIC REFORM

Luiz Estevão Moreira Paiva<sup>1</sup>  
Maria Eduarda Cruz Oliveira<sup>2</sup>  
Yara Maria de Campos<sup>3</sup>  
Karina Fideles Filgueiras<sup>4</sup>

**RESUMO:** Este trabalho teve o objetivo de traçar o percurso histórico da reforma psiquiátrica nacional e internacionalmente, identificando elementos sociais, teóricos e institucionais na perspectiva internacional, bem como seus atores e organizações mais marcantes, que influenciaram a reforma psiquiátrica brasileira. Foi realizada uma revisão integrativa de literatura na qual se fez uma busca de artigos nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library (SciELO) e Portal de Periódicos CAPES utilizando os descritores reforma psiquiátrica e história. A partir dos critérios de inclusão e exclusão, selecionou-se dez artigos. Os dados coletados foram submetidos à análise temática, a partir da qual foram discutidos nos resultados três núcleos da reforma psiquiátrica: o panorama internacional, nacional, e a reforma atualmente. Identificou-se a passagem da psiquiatria como o saber competente acerca da loucura para o advento de uma série de críticas sobre tal psiquiatria e suas instituições, dando início à reforma psiquiátrica e ao seu processo de desinstitucionalização. Na perspectiva brasileira, verificou-se o forte caráter político da reforma, dada a conjuntura do processo de redemocratização e da reforma sanitária que ocorriam concomitantemente no país. Em relação à reforma atualmente, o artigo destaca avanços e retrocessos. O trabalho aponta, por fim, para a necessidade da atualização constante do movimento da reforma e da Luta Antimanicomial, bem como a constituição de dispositivos de resistências à lógica neoliberal, sempre tendenciosa à individualização e à retomada da lógica manicomial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psiquiatria; Saúde mental; Psicologia; Serviços de saúde mental.

**RESUMEN:** Este estudio pretende trazar la trayectoria histórica de la reforma psiquiátrica a nivel nacional e internacional, identificando los elementos sociales, teóricos e institucionales desde una perspectiva internacional, así como los actores y organizaciones más significativos que influyeron en la reforma psiquiátrica brasileña. Se realizó una revisión bibliográfica integradora mediante la búsqueda de artículos en las bases de datos Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Biblioteca Científica Electrónica (SciELO) y Portal CAPES de Publicaciones Periódicas, utilizando los términos reforma psiquiátrica e historia. A partir de los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron diez artículos. Los datos recogidos fueron sometidos a un análisis temático, a partir del cual se discutieron tres núcleos de la reforma psiquiátrica en los resultados: el panorama internacional y nacional, y la reforma en la actualidad. Identificamos el paso de la psiquiatria como saber competente sobre la locura al advenimiento de una serie de críticas a dicha psiquiatria y sus instituciones, iniciando la reforma psiquiátrica y su proceso de desinstitucionalización. Desde la perspectiva brasileña, se verificó el fuerte carácter político de la reforma, dada la coyuntura del proceso de redemocratización y de la reforma sanitaria que ocurrían concomitantemente en el país. En relación con la reforma actual, el artículo destaca avances y retrocesos. El trabajo apunta, finalmente, a la necesidad de una actualización constante del movimiento reformista y de la Lucha Anti-

<sup>1</sup> Graduando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Integrante da Frente Mineira de Drogas e Direitos Humanos. Organizador do Grupo de Estudos Pretos. luizestevaomp@gmail.com

<sup>2</sup> Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. mariaeduardacruzoli@hotmail.com

<sup>3</sup> Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Email: yara.mrc@gmail.com

<sup>4</sup> Doutora em Educação pela Faculdade de Educação (FaE/UFMG), psicóloga clínica e educacional, professora no curso de Ciências Biológicas na PUC Minas. Email: kfideles@hotmail.com

Handicom, así como a la constitución de mecanismos de resistencia a la lógica neoliberal, siempre tendente a la individualización y a la reanudación de la lógica asilar.

**PALABRAS CLAVE:** Psiquiatria; Salud mental; Psicología; Servicios de salud mental.

**ABSTRACT:** This study aimed to trace the historical course of psychiatric reform nationally and internationally, identifying social, theoretical and institutional elements from the international perspective, as well as its most striking actors and organizations that influenced Brazilian psychiatric reform. An integrative literature review was carried out by searching for articles in the Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library (SciELO) and CAPES Portal of Periodicals databases using the terms psychiatric reform and history. From the inclusion and exclusion criteria, ten articles were selected. The data collected was submitted to thematic analysis, from which three nuclei of the psychiatric reform were discussed in the results: the international and national panorama, and the reform currently. We identified the transition from psychiatry as the competent knowledge about madness to the advent of a series of criticisms of such psychiatry and its institutions, starting the psychiatric reform and its deinstitutionalization process. From the Brazilian perspective, the strong political character of the reform was verified, given the conjuncture of the redemocratization process and the sanitary reform that were occurring concomitantly in the country. In relation to the current reform, the article highlights advances and setbacks. The work points, finally, to the need for constant updating of the reform movement and the Anti-Handicom Struggle, as well as the constitution of devices of resistance to the neoliberal logic, always tending towards individualization and the resumption of the asylum logic.

**KEYWORDS:** Psychiatry; Mental health; Psychology; Mental health services.

---

## 1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem como proposta adentrar os meandros do processo de desinstitucionalização em Saúde Mental, apresentando a forma com que os serviços neste foram se modificando ao longo da história. Para tanto, o presente trabalho se desdobra em três momentos: primeiro, serão retomados os principais fatos, no contexto internacional, que culminaram no que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica para, posteriormente, ser exposto como estes fatos fomentaram o surgimento de atores e ações no contexto nacional suscitando assim o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em um terceiro momento, o artigo tece algumas questões relativas ao processo atual de desinstitucionalização.

A opção feita por uma retomada histórica, primeiramente, decorre da importância identificada de se estabelecer um recorte temporal e espacial para se entender, em última instância, a disposição dos serviços de saúde mental e de como eles foram se capilarizando. Assim, trata-se de um empreendimento para compreender como forças e dialéticas sociais, históricas e institucionais foram produzindo determinados discursos e verdades que circundam estes serviços e, em última instância, também contribuem para o que se entende hoje como o desmantelamento da Saúde Mental.

Para tanto, é importante que alguns pontos acerca da história do surgimento da loucura e da psiquiatria sejam destacados. Tal história é marcada por uma crescente validação da medicina enquanto ciência detentora do saber sobre o louco e da instituição psiquiátrica enquanto local ora de recolhimento de marginais, como na Idade Clássica, ora de esquadramento e classificação do louco, que passou a ser o representante da periculosidade social, como ocor-

reu a partir da segunda metade do século XVIII (AMARANTE, 1998). Desse modo, torna-se mister compreender como a medicina foi legitimando as instituições psiquiátricas a partir de seu dispositivo de saber (FOUCAULT, 1999), isto é, ao acionar um discurso acerca do louco, produziu-se locais de enclausuramento que foram engendrando, dialeticamente, este mesmo discurso.

A começar pelo contexto da Revolução Francesa, Amarante (2011) descreve um cenário de transformações políticas, sociais e econômicas que repercutiram nos hospitais quando estes deixaram de ser um espaço de caridade das igrejas para se tornarem instituições médicas, a princípio, na busca de controle social e, em seguida, com o objetivo de tratar enfermos.

Assim, cria-se o Hospital Geral, onde se exercia “a prática sistemática e generalizada de isolamento e segregação de significativos segmentos sociais” (AMARANTE, 2011, p. 23). O Hospital Geral se configurou como um lugar onde as pessoas se recolhiam por vontade própria ou determinação real ou judiciária, fazendo com que a ordem geral prevalecesse, acima de tudo, diante de um poder colocado acima de todos: o “Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão” (FOUCAULT, 1978, p. 57).

É nesse momento que hospital e medicina vão se alterando mutuamente em um processo de medicalização que se estabelece com a disciplina como pano de fundo. Caracterizando-se por uma tecnologia política, a disciplina não apenas distribuía os sujeitos, mas levava a uma constante vigilância dos indivíduos, permitindo um controle registrado destes. Assim, a “sociedade destinou um novo papel às instituições: a disciplina dos corpos, a introjeção das normas do pacto social e construído entre pares, a normalização dos cidadãos e da própria noção de cidadania” (AMARANTE, 2011, p. 26).

Nesse processo de mudanças, o espaço do hospital proporcionou o desenvolvimento do saber médico e tratou muitos pacientes, mas também acabou por institucionalizar a doença, ao ponto de se produzir uma doença, segundo Amarante (2011, p. 26), “transformada pela própria intervenção médica”. Vale ressaltar, entretanto, que a doença aqui referida é colocada no centro da atenção e preocupação, sendo tratada como algo abstrato e, portanto, é ela que precisa ser tratada, não o sujeito em sua experiência da doença.

Pinel, considerado o fundador da psiquiatria, é o retrato do saber médico à época que, mais do que a presença, adquiriu poder administrativo dentro dos hospitais em decorrência da influência que teve Pinel de um grupo de pensadores conhecidos como ideólogos, que acreditavam na observação empírica dos fenômenos, bem como da Teoria do Conhecimento, de Locke:

Pinel inscreve-se nesta mesma ordem, ao propor a liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, devem ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo 'isolamento'. Este, no entanto, não significa a perda da liberdade, pois, muito pelo contrário, é o tratamento que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do 'tratamento moral', o princípio do 'isolamento do mundo exterior', é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada na prática psiquiátrica contemporânea (AMARANTE, 2011, p.44).

Tendo esse método filosófico como inspiração é que Pinel lançou as bases da síntese alienista, instaurando o primeiro modelo de terapêutica. A ideia de alienação significou a caracterização do louco – ou, neste caso, do alienado – como um potencial risco ou perigo social. Para este, portanto, Pinel recomendava o isolamento do mundo exterior em detrimento da submissão às regras interiores, ou seja, institucionalizar o sujeito seria tratá-lo adequadamente, uma vez que institucionalizado, ele poderia ser manuseado sem interferências externas, bem como poderia ser observado e estudado objetivando a produção de conhecimentos sobre o louco e a loucura (AMARANTE, 2011; AMARANTE; TORRE, 2018).

Em meio às concepções de alienação, é preciso entender que esta se relacionava, sobretudo, com as paixões descontroladas do alienado, o que levou à ideia de um tratamento moral onde princípios lhes eram impostos visando a reeducação de suas paixões por meio, por exemplo, do trabalho. Pode-se perceber que embora com intenção terapêutica, os loucos permanecem em situação de enclausuramento e institucionalização (AMARANTE, 2011).

Outra questão acerca do modelo terapêutico de Pinel diz da figura deste, para além puramente da de médico e filósofo, como sendo uma representação das características da política que se estabelecia à época. Amarante (2011) aponta essa figura como contraditória, pois do mesmo modo que participou do processo de construção do termo de cidadania, Pinel também contribuiu para a concepção de alienação mental.

Nessa perspectiva, é possível visualizar como a medicina se tornou, a partir de um longo processo de confirmação, o *locus* do saber competente acerca da loucura, sendo os locais de enclausuramento do louco, ambientes de exclusão deste do corpo social, bem como de seu estudo e normalização. Nesse sentido, o que se apresentará no panorama internacional é uma retomada histórica dos questionamentos que surgiram acerca destes locais e, em última instância, da medicina e da psiquiatria.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo se trata de uma revisão integrativa de literatura, que consiste na busca de trabalhos acerca de determinado assunto, possibilitando identificar e preencher lacunas acerca do tema a partir da realização de outras pesquisas. Utilizou-se esta metodologia de revisão bibliográfica, uma vez que ela possibilita uma avaliação crítica a partir de uma síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado, proporcionando, assim, tanto a organização da literatura atual quanto novas reflexões e contribuições (MOWBRAY; WILKINSON; TSE, 2014).

A questão norteadora foi: *qual o percurso, do cenário internacional até a perspectiva brasileira, dos movimentos de desospitalização e, posteriormente, desinstitucionalização, na reforma psiquiátrica?* Para respondê-la, acessou-se as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Scientific Electronic Library Online (SciELO), da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o Portal de Periódicos CAPES. Por meio da busca avançada, utilizou-se o indicador booleano *AND* combinado com os descritores *reforma psiquiátrica* e *história* para o levantamento de dados dos últimos 12 anos. Este recorte temporal se justifica pela importância de tecer discussões mais atuais acerca deste fenômeno.

Como critérios de inclusão delimitaram-se apenas trabalhos que respondem à pergunta norteadora, publicados a partir do ano de 2010, com textos completos disponíveis online no idioma português, e que abordassem a história da reforma psiquiátrica a nível nacional e/ou internacional. Para critérios de exclusão, definiu-se estudos que abordam a história da reforma psiquiátrica apenas a nível municipal e/ou regional, ou seja, particular a um contexto específico.

Inicialmente foram encontrados 147 artigos resultantes das buscas com os descritores, sendo que desses, 23 estavam duplicados por integrarem mais de uma base de dados e, por isso, foram excluídos, totalizando 124 artigos. A seleção dos trabalhos ocorreu a partir da leitura de títulos, resumos e, quando necessário, a leitura completa dos textos para selecioná-los de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Sendo assim, foram excluídos 114 artigos por não se encaixarem nos critérios de inclusão, mas sim no de exclusão, bem como por focar em aspectos que extrapolam o escopo deste trabalho, como: abordagens psicoterapêuticas em serviços da rede de saúde mental, residências terapêuticas, relatos de experiências acerca de vivências muito particulares sobre saúde mental, gestão de dispositivos de saúde mental e vi-

vência de profissionais. Sendo assim, foram selecionados 10 trabalhos que passaram a compor o corpus de análise deste estudo de revisão integrativa.

Utilizou-se também dois livros em interlocução com os artigos selecionados, sendo eles: *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* e *Saúde mental e atenção psicossocial*, ambos de Paulo Amarante (1998; 2011), tendo em vista que o autor é uma referência importante neste assunto, e ambos os livros abordam questões que respondem à pergunta de pesquisa.

A partir dos dados obtidos foi realizada uma análise temática, cujo método se constitui a partir de três etapas principais (MINAYO, 2007). A primeira delas é a pré-análise, na qual ocorre a ordenação dos dados e, nesse sentido, foi feita uma leitura de cada artigo. Posteriormente, na etapa de exploração do material, os artigos foram então catalogados e classificados, objetivando os codificar em núcleos temáticos. Por fim, na terceira etapa, foi feito o tratamento e interpretação dos dados anteriormente categorizados, articulando-os com a pergunta da pesquisa.

Assim, identificou-se três núcleos temáticos acerca da história da reforma psiquiátrica, sendo um deles referente ao panorama internacional, outro acerca do panorama nacional e, finalmente, um terceiro núcleo que aborda questões relativas à reforma psiquiátrica atualmente. Estes núcleos foram abordados nos resultados em um continuum histórico, uma vez que se buscou compreender a trajetória da reforma psiquiátrica.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Panorama internacional: As reformas psiquiátricas

Após a Segunda Guerra Mundial, começaram a surgir em alguns países da Europa e nos Estados Unidos movimentos denominados de “psiquiatria reformada” (AMARANTE, 1998, p. 16), que passaram a questionar o papel e a natureza do saber hegemônico da medicina. Tais movimentos podem ser divididos em três momentos, cada um destes possuindo suas especificidades quanto ao caráter da crítica à psiquiatria.

O primeiro momento é marcado pela comunidade terapêutica, na Inglaterra e pela psicoterapia institucional, na França. Ambos limitaram sua reforma ao espaço asilar, o qual se acreditava que gerava uma cronificação da doença, sendo necessário então resgatar o caráter positivo das instituições a partir de uma reforma. Assim, a comunidade terapêutica, preconizada por Maxwell Jones (1907-1990), que se inspirou nos trabalhos de Bion (1897-1979),

Sullivan (1892-1949) e Menninger (1893-1990), propõe a terapêutica ativa, isto é, o trabalho do interno como uma forma de sociabilidade, além da integração de pacientes em grupos, bem como funcionários, familiares e comunidade. Já a psicoterapia institucional, cujo introdutor foi François Tosquelles (1912-1994), também fez uso da terapêutica ativa, apostando no hospital como um instrumento potencialmente de cura quando nas mãos de um médico habilitado, criticando as relações verticais e de caráter segregacionista presentes nos asilos, ocupando-se, portanto, de uma reforma asilar (AMARANTE, 1998).

De acordo com Amarante (1998), o segundo momento, cujos marcos foram a psiquiatria de setor, na França, e a psiquiatria comunitária ou preventiva, nos Estados Unidos, não limitaram as reformas ao espaço asilar, estendendo então a psiquiatria ao espaço público objetivando prevenir a doença e promover a saúde mental. A psiquiatria de setor objetivava fundamentalmente o tratamento do paciente em seu meio social, o que significou duas mudanças fundamentais: a estadia do paciente no asilo se tornou apenas uma parte do processo terapêutico; e, quando no hospital, os pacientes seriam divididos em setores correspondentes a uma área geográfico/social, na tentativa de adequar culturas e hábitos sociais de uma mesma região no espaço asilar.

Já a psiquiatria preventiva surge em um momento de conturbação social nos Estados Unidos, marcado pela guerra do Vietnã, pelo crescente uso de drogas, formação de gangues entre jovens, e pelo aumento do índice de distúrbios mentais na população. Assim, surge a proposta de mapear as áreas sociais, identificando populações e sujeitos potencialmente propensos à doença mental e, então, promover a prevenção da doença. Nota-se que, embora esse preventivismo tenha gerado uma redução nas hospitalizações e na exclusividade terapêutica anteriormente pertencente apenas ao médico, ele metamorfoseou o dispositivo de controle disciplinar que, se antes se dava pelo confinamento do louco, passou a ocorrer por meio da medicalização social através da promoção da sanidade mental (AMARANTE, 1998).

No entanto, os dois primeiros momentos não questionaram a função e os saberes e práticas que legitimavam a psiquiatria enquanto competência científica, mas se limitaram em tentar recuperar o potencial terapêutico da psiquiatria clássica. A desconstrução do aparato psiquiátrico ocorre a partir de um terceiro momento, caracterizado por dois movimentos que se tornam grandes influenciadores da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1998).

O primeiro deles é a antipsiquiatria, surgido na Inglaterra na década de 1960, cuja visão é a de que

A loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar (...) 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 (AMARANTE, 1998, p. 26).

Vê-se a mudança no conceito de loucura e a incorporação de críticas das ciências sociais, o que foi fomentando uma desautorização do saber psiquiátrico sobre o louco e a loucura.

O segundo movimento que buscou romper com os modelos anteriores foi a tradição iniciada por Franco Basaglia, na Itália, que influenciou a Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) e levou à criação da Lei Basaglia, em 1978, determinante para a progressiva extinção dos manicômios no país (AMARANTE, 1998; SERAPIONI, 2019).

Basaglia passou por duas experiências que marcaram sua crítica relacionada à “correlação e identificação entre punição e terapeutização, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e de equilíbrio” (AMARANTE, 1998, p. 28), bem como seu questionamento acerca da separação entre a sociedade e a loucura como uma tentativa, da psiquiatria, de produzir um saber acerca do louco, o que leva à desconsideração das dimensões sociais e à produção de um discurso moralizante do paciente. A primeira destas experiências marcantes ocorreu no manicômio de Gorizia, na Itália, que revelou a impossibilidade histórica da instituição psiquiátrica em lidar com a diferença, resultando assim em exclusão e controle. A segunda experiência, em Trieste, também na Itália, significou o desmonte do aparato institucional e discursivo da psiquiatria e a criação de um novo circuito de atenção, caracterizado por centros de saúde, grupos-apartamento e cooperativas de trabalho. Assim, é criado o Projeto de Lei, inspirado em Basaglia, e sancionada a Lei Basaglia, de 1978. Esta lei inaugurou a fase da instituição inventada, momento definido pelo surgimento do novo circuito de atenção supracitado que viria a substituir os manicômios, agora extintos em razão da aprovação da lei (HEIDRICH, 2007). Como poderá ser observado a seguir, a reforma psiquiátrica italiana influenciou a brasileira em vários aspectos.

### **3.2 Panorama brasileiro: Movimentos de desinstitucionalização**

A reforma psiquiátrica brasileira se desenvolveu no final de 1970 juntamente a outros movimentos sociais que lutavam contra o autoritarismo da ditadura militar e a favor da democratização do país e da efetivação de direitos populares (FERRAZZA; ROCHA, 2015). O marco inicial da reforma foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) em 1978. Esta crise se caracterizou por um movimento de denúncias e greves de trabalhadores das unidades da DINSAM, órgão do Ministério da Saúde, responsável pela formulação das

políticas de saúde mental, uma vez que as condições de trabalho eram precárias, havendo agressões e ameaças aos trabalhadores e pacientes das instituições, estupro e trabalho escravo, além da contratação ilegal de estudantes de medicina ainda não formados (AMARANTE, 1998).

Nessa perspectiva, e também a partir dos horrores dos hospícios brasileiros, tal como o Hospital Colônia de Barbacena, surge os movimentos de luta antimanicomial da década de 1970, a partir da reivindicação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), cuja participação múltipla de trabalhadores da saúde, integrantes do movimento sanitário e de pessoas com um histórico de internações, familiares, sindicalistas, entre outros, passa a objetivar a criação de um espaço de luta e de debate, bem como encaminhar propostas de transformação tanto da assistência psiquiátrica quanto da organização corporativa (DEL'OLMO; CERVI, 2017). O movimento também criticava a má gestão dos serviços e o favorecimento do setor privado, expondo a violência presente nos manicômios e o sistema de mercantilização da loucura, denunciando o modelo majoritariamente hospitalocêntrico como assistência às pessoas com sofrimento mental (AMARANTE, 1998).

Assim, a partir de 1978, são realizadas conferências e congressos que vão contando com a participação tanto do MTSM quanto de outras entidades, como a Associação Brasileira da Psiquiatria, e atores como Basaglia (1924-1980), Guattari (1930-1992) e Castel (1993-2013), que influenciaram diretamente as propostas elaboradas. O modelo vigente de saúde à época passou a ser visto como reflexo da situação política, também muito criticada (AMARANTE, 1998).

De acordo com Amarante (1998), desde 1973, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) comprava serviços do Ministério da Saúde para os previdenciários, sendo que tais serviços significavam a compra de leitos hospitalares do setor privado. No entanto, essa priorização da compra de serviços privados levou a uma estagnação do setor hospitalar público e a um déficit dos cofres da Previdência Social. A consequente crise financeira, aliada ao mau investimento dos recursos, levou à crise previdenciária, caracterizada pela insatisfação com o sistema de saúde e com o sucateamento do serviço público, enquanto o setor privado captava os recursos recebidos com a prestação de serviços para financiar a ampliação dos hospitais.

É nessa perspectiva que surge a cogestão entre o MPAS e o Ministério da Saúde que, orientados pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das ações de Saúde (CIPLAN), criam metas a serem alcançadas, como o atendimento universalizado da clientela, independente de esta ser ou não previdenciária, e a contribuição comum de ambos para a ma-

nutrição dos hospitais, ou seja, a colaboração do MPAS no planejamento, custeio, administração e na avaliação dos hospitais do Ministério da Saúde (AMARANTE, 1998).

Ainda, o autor enfatiza a orientação para o uso prioritário da capacidade do setor público como outra importante diretriz criada, levando as entidades beneficentes e o setor privado a ficarem em segundo plano. Com isso, surgiu a necessidade de maior contratação de mão de obra para o setor público, gerando o conseqüente aumento da capacidade de operação dos hospitais e a transferência dos recursos destinados à compra de serviços do setor privado para o setor público. A cogestão possibilitou também a integração do hospital público com a comunidade, uma vez que os hospitais da DINSAM, por exemplo, passaram a promover encontros com esta para discutirem questões relacionadas com a saúde mental, prática que não acontecia nos hospitais privados.

Uma vez que a cogestão passou a se constituir como uma experiência de sucesso para a viabilidade dos hospitais públicos, os proprietários dos hospitais psiquiátricos, preocupados em ter sua parcela de lucros, e conseqüentemente de poder, reduzidas, criaram o Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Esta entidade teceu duras críticas acerca dos hospitais públicos, declarando que nestes o tempo de internação era muito maior do que nos hospitais privados, bem como o gasto superior e a qualidade dos serviços reduzida (AMARANTE, 1998).

Devido à crise financeira da Previdência Social, foi criado, em 1981, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), ligado ao MPAS. De modo geral, ele apresentou propostas de descentralização do planejamento e execução das ações de saúde, universalização da assistência, regionalização do sistema, hierarquização dos serviços de acordo com o nível de complexidade e a valorização dos recursos humanos do setor público, bem como o controle deste, e do setor privado, por meio do sistema de auditoria médico-assistencial. Em relação à assistência psiquiátrica, além destas propostas gerais, o plano CONASP determinou a redução do número de internações e do tempo médio de cada internação, além de determinar o ambulatório como elemento central do atendimento, tornando, portanto, o hospital um elemento secundário (AMARANTE, 1998).

A partir de 1985, a maioria dos cargos de chefia de programas estaduais e municipais, bem como a direção de várias unidades hospitalares públicas, estava sob a direção de ativistas do MTSM que, como exposto anteriormente, operava a partir de uma crítica à psiquiatria conservadora e aos interesses privados, pautando-se, desse modo, em uma psiquiatria enquanto prática social e política. Por outro lado, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que possuía inclinações para setores universitários mais tradicionais, se aproxima da DINSAM

que, por sua vez, passa a ser dirigida por setores contrários ao projeto do MTSM. Ambas as entidades objetivavam, com essa aliança, ocupar o lugar de liderança na formulação de políticas de saúde mental, até então ocupado pelo MTSM (AMARANTE, 1998).

Em meio a este embate, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, inovadora ao contar com a participação não apenas de burocratas e políticos, mas também de usuários dos serviços de saúde mental, sindicatos, associações de moradores, etc. Como desdobramentos, surgem conferências com temas específicos, como a I Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, marcada pelo embate entre a ABP/DINSAM e o MTSM, sendo que as duas primeiras acabaram recuando, deixando a direção a cargo do MTSM. Assim, o relatório final da I CNSM denota princípios progressistas em relação à saúde mental e aos problemas políticos e sociais (AMARANTE, 1998).

Com a força de eventos que cederam espaço para discussões e manifestações artísticas e culturais sobre a concepção de saúde mental é que chega a desinstitucionalização no Brasil, eclodindo no âmbito psicossocial. Nessa perspectiva, a reforma passa a ser tomada não apenas por reformulação de serviços, mas também pela mudança da mentalidade social, mostrando que o sujeito deve ser entendido em sua subjetividade, para além da concepção de doença (BRAGA, 2019).

Essas mudanças sociais foram realizadas a partir de alguns marcos culturais, tais como a criação da “Ala Maluco Beleza”, a disseminação de trechos e músicas sobre a aceitação diferente no Fórum Gaúcho de Saúde Mental, a criação e circulação de canais de rádio e TV voltados para a discussão sobre a inclusão, bem como a instituição do Dia da Luta Antimanicômial, 18 de maio, marcando as conquistas da luta por um país sem manicômios.

Após uma série de encontros e movimentos onde os atores sociais foram se inserindo na participação de formulações e estratégias na dimensão da saúde mental, uma conquista importante ocorre em 6 de abril de 2001, com a Lei n.10.216 que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira ou Lei Paulo Delgado que, embora não tenha extinguido os manicômios, significou um grande avanço, uma vez que dispõe acerca dos direitos e da proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, assim como redireciona o modelo de assistência em saúde mental, como é descrito no artigo 4º da referida lei:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001)

De acordo com Del’Olmo e Cervi (2017), a lei atribui um novo lugar social para o sofrimento mental a partir do modelo de atenção psicossocial, que pressupõe a compreensão de fatores biopsíquicos, políticos e socioculturais para a determinação do transtorno mental, ao contrário de alocar o sofrimento unicamente no indivíduo a partir de um paradigma médico. Como resultado disso, surgem os princípios de participação social, integralidade, interdisciplinaridade no cuidado e descentralização preconizados pelo modelo psicossocial de cuidado. Iniciativas como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das residências terapêuticas, portanto, surgiram para atender os princípios supracitados, bem como para que a internação nos hospitais seja a última medida, fomentando, ainda, o processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizada em 2010, é a mais recente e contou com a participação de diversas áreas, incluindo cultura, direitos humanos e movimentos sociais (BRASIL, 2010). De acordo com o relatório final da IV CNSM (BRASIL, 2010), o fortalecimento da articulação entre a rede de atenção psicossocial e os movimentos sociais se trata de um dos eixos descritos em uma das etapas para a consolidação das ações discutidas na Conferência. Nesse sentido, além da implementação dos CAPS e das residências terapêuticas, a interface com os movimentos sociais foi e continua sendo de grande importância para a luta antimanicomial. Ressalta-se, ainda, que não apenas a inserção dos movimentos sociais foi compreendida como necessária e fomentada no relatório para efetivar as políticas de saúde mental, mas a necessidade da responsabilização dos gestores nos três níveis de governo também foi destacada, juntamente ao controle social nos espaços de conferências e conselhos de saúde (NUNES; LIMA JÚNIOR; PORTUGAL; TORRENTÉ, 2019).

De acordo com Vieira e Marcolan (2016), os embates políticos e as relações de poder estão fortemente envolvidas na história da Reforma Psiquiátrica, visto que “as modificações na área de SM [Saúde Mental] tiveram forte ligação com o contexto da política pública e como ela é desenvolvida no Brasil” (p. 8). Dessa forma, tanto as influências italianas quanto as figuras de poder presentes em cada região do Brasil influenciaram na instauração das políticas de saúde mental no país.

### 3.3 Panorama atual: como está a reforma psiquiátrica hoje?

Segundo Goulart e Durães (2010), o processo de Reforma na Psiquiatria ainda está em processo de mudanças socioculturais que requerem comprometimento e resgate crítico. Ao apresentar a história dos hospitais psiquiátricos durante o processo de desinstitucionalização em Minas Gerais, os autores demonstram como idas e vindas teceram possibilidades ao mesmo tempo que retrocessos na busca pela afirmação de direitos e respeito ao portador de distúrbios e sofrimento mental.

Entre os avanços fomentados pela reforma psiquiátrica, se apresenta a busca pela corresponsabilização da família, da comunidade e do próprio paciente no tratamento (Goulart; Durães, 2010). Nesta perspectiva, Ramos, Paiva e Guimarães (2017) apontam que, atualmente, a forma de se conceber o cuidado em saúde mental se revela não apenas por meio da implementação das práticas de assistência psicossocial e do trabalho em rede, mas também na forma diferenciada com a qual os sujeitos se expressam, evidenciando um vocabulário cunhado que simboliza os processos de luta antimanicomial e de avanços no campo psicossocial. Esta reorientação do uso de determinados termos é muito significativa, pois não utilizar o arcabouço teórico da psiquiatria clássica “favorece o redirecionamento da postura científica da área para novas formas de se perceber e experienciar o sofrimento psíquico” (Ramos; Paiva; Guimarães, 2017, p. 845). Ou seja, os processos de desinstitucionalização e de criação de dispositivos de atenção psicossocial fomentados pela luta antimanicomial e pela reforma psiquiátrica passaram a orientar a construção de um novo vocabulário acerca deste tema, possibilitando outras formas de viver o sofrimento psíquico para além do discurso psiquiátrico.

Entretanto, apesar da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial terem avançado muito, chegando até mesmo a reverberar na construção de novos termos e na reformulação do vocabulário em saúde mental, é necessário apontar, tal como faz Santos, Fonseca e Kyrillos Neto (2020), que circulam no cenário político do Brasil diversas propostas que visam a retomada das internações psiquiátricas. “Na esfera da administração federal, percebe-se a indisposição para tratar de qualquer assunto que contemple a cidadania do portador de sofrimento mental” (Santos; Fonseca; Kyrillos Neto, 2020, p. 13).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou uma análise histórica da Reforma Psiquiátrica em âmbito internacional e nacional acerca da temática. Para Amarante (1999), o princípio norteador dessa luta é o de ruptura com a ciência tradicional, pois rompe com a objetivização da loucura e do louco, bem como com a patologização difundida pela ciência positivista. Assim, a Reforma objetiva a construção de um outro lugar social, onde os fundamentos orientadores devem ser a solidariedade, inclusão e cidadania. O autor diz que "manicômio é sinônimo de um certo olhar, de um certo conceito, de um certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmerecendo, que vê sem olhar" (AMARANTE, 1999, p. 49).

Nesta perspectiva, a desinstitucionalização em psiquiatria enquanto criação de dispositivos para além apenas da desospitalização entende o manicômio não apenas como um muro físico que segrega os de dentro em relação aos de fora, mas essencialmente o compreende enquanto um muro social que fomenta ações de exclusão e estigmatização presentes na sociedade. Desse modo, o estabelecimento dos muros físicos se torna apenas a materialização dos muros sociais previamente existentes e, portanto, a luta deve se dar por vários meios e caminhos, tanto nas perspectivas teórica, jurídica e política, quanto sociais e culturais.

Por fim, destaca-se também alguns desafios que o cenário atual da saúde mental enfrenta, que foge do objetivo do presente trabalho, sendo necessária a realização de pesquisas sobre a temática. Diante disso, são diversas as dimensões da Reforma Psiquiátrica e do Movimento de Luta Antimanicomial, que devem ser fortalecidas através da participação social e dos movimentos sociais.

#### REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, Maria Inês (org.) **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47-56.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Rev. de adm. pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/?format=pdf&lang=pt>

BRAGA, Cláudia Pellegrini. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 198-213, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pnKZnGdZWfWYm56pc8WcdVt/?lang=pt>

BRASIL. **Lei n.10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

[https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)

DEL'OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto. Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência**, Florianópolis, n. 77, p. 197-220, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/seq/a/ZWCmZY7Mby855yPqRVzwcwYD/?format=pdf&lang=pt>

FERRAZZA, Daniel Andrade; ROCHA, Luiz Carlos da. Sobre a reforma psiquiátrica brasileira: história e âmbitos atuais de luta. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 45, p. 274-292, 205. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/5690/5250>

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura**. São Paulo: Editora Perspectivas, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 20<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Editora VOZES, 1999.

GOULART, Maria Stella Brandão; DURÃES, Flávio. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 22, n. 1, p. 112-120, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/6wyYr8yTn8HCCcs3dL9dwdd/?format=pdf&lang=pt>

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. Tese de doutorado: Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MOWBRAY, Paula; WILKINSON, Adrian; TSE, Herman. An integrative review of employee voice: Identifying a common conceptualization and research agenda. **Rev International Journal of Management Reviews**, v. 17, n. 3, p. 382-400, 2014. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijmr.12045>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

NUNES, Mônica de Oliveira; LIMA JÚNIOR, João Mendes de; PORTUGAL, Clarice Moreira; TORRENTÉ, Maurice de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/GtLPLYmY8tsPLWjNk9nhQKw/?format=pdf&lang=pt>.

RAMOS, Déborah Karollyne; PAIVA, Irismar Karla; GUIMARÃES, Jacileide. Pesquisa qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 839-852, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/pFpSsnLxwBfnTYJ57V3g3jn/?format=pdf&lang=pt>

SANTOS, Rodrigo Afonso Nogueira; FONSECA, Thales; KYRILLOS NETO, Faud. Reforma psiquiátrica e lógica diagnóstica psicanalítica: discussões acerca de uma possível tecitura. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 12-20, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/agora/a/kqsZNHFjxMNjRbymb7Mngzv/?format=pdf&lang=pt>

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **Hist. Ciênc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169-1187, 2019. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702019000401169&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702019000401169&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).

VIEIRA, Marcia do Nascimento; MARCOLAN, João Fernando. Fatores político-ideológicos associados à escolha do modelo de assistência da reforma psiquiátrica brasileira. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, n. 20, p. 1-10, 2016. Disponível em:

<https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/e985.pdf>.