

A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação

The mental health policy in Minas Gerais: towards consolidation

Maria Stella Brandão Goulart¹

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

Resumo

O artigo que ora apresentamos aborda a política de saúde mental mineira, explorando aspectos históricos, éticos e de atualidade, onde são destacados alguns dos diversos desafios que se colocam para nossa realidade, uma vez considerados os processos de consolidação e construção de dispositivos alternativos aos hospitais psiquiátricos. O objetivo é o de sistematizar a discussão, de modo a sustentar a reflexão sobre o tema da saúde mental. Exploramos, assim, terminologias, atores e instituições, numa perspectiva descritiva e panorâmica acerca do tema, tomando a prática de Belo Horizonte como referência.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Movimentos Sociais.

Abstract

This article deals with mental health policy in Minas Gerais, exploring historical ethical and present aspects, highlighting some of the many challenges that arise for our reality, once considering the deinstitutionalization process and construction of alternative devices for psychiatric hospitals. The principal objective is to systematize the discussion in order to sustain the reflection on the theme of mental health. Terminology, actors and institutions are explored in a descriptive and panoramic perspective on the subject, taking that which takes place in the city of Belo Horizonte as a reference.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Reform, Social Movements.

¹ Contato: goulartstella2011@gmail.com

Dentre os diversos desenhos de identidades e grupamentos que são, atualmente, alvo de política social específica no Brasil, encontram-se as chamadas “pessoas com sofrimento mental”, os “cidadãos com distúrbios mentais severos”, ou, se preferirmos uma linguagem mais formal, como a da Organização Mundial de Saúde, os “doentes mentais”. Se preferirmos, ainda, poderíamos nomeá-los como “sujeitos em recuperação” ou “pessoas com experiência de transtorno mental”, “sobreviventes” dos manicômios e da psiquiatria (Vasconcelos, 2000), alinhando-nos na perspectiva dos teóricos do “*recovery*”. (Marin; Silva, 2012).

Todas estas terminologias remetem a um heterogêneo e rico conjunto de sujeitos sociais em situação ou sob risco insidioso de exclusão, como: mulheres, prostitutas, negros, deficientes, homossexuais e transexuais, idosos, crianças e adolescentes, povos indígenas, portadores de HIV, usuários de drogas, estrangeiros e população carcerária, e tantos outros classicamente entendidos como “marginais”. Estes sujeitos, ou identidades, foram se destacando, ou se formatando, especialmente ao longo das últimas décadas, não apenas expressão de heterogeneidade, de diferenças sociais. Eles nos remetem também às lutas que são travadas, silenciosa ou ruidosamente, em nossa sociedade por reconhecimento e espaço vital, social e político. Em sua maioria, tomaram a forma de movimentos sociais que emergiram destacadamente no século XX, com temáticas como as descritas por Gohn

(2010): questão urbana, meio ambiente urbano e rural, questões identitárias (gênero, etnia e gerações), direitos humanos e sociais, fome, trabalho, religião, etc.

Nos remetemos ao processo de construção da democratização das instituições sociais brasileiras, que, numa dinâmica fragmentada e descontínua, configuram nossa história em rotas que parecem abismais, cheias rotas de colisão, mas também de surpreendentes atalhos (Gerschman, 1995). Muitos atores entram em cena e ultrapassam os limites das instituições psiquiátricas, estrito senso, e da desinstitucionalização (Goulart, 2006). Trata-se da construção de direitos humanos e afirmação do direito à saúde e cidadania que sustentou a superação da ditadura militar brasileira e a formatação dos múltiplos projetos societários que sustentam a atual configuração, nacional e regional, das instituições que respondem pela atenção em saúde mental.

Abordaremos as respostas disponíveis para as pessoas que se tornam usuárias dos serviços de saúde mental: população alvo das políticas de assistência psiquiátrica brasileira. São, na realidade, cidadãos invisíveis na literatura de movimentos sociais, apesar de serem objeto privilegiado das intervenções públicas estatais e filantrópicas desde o século XIX que, em meados do século XX, darão substância ao Movimento Antimanicomial. Procuraremos delinear o processo que lhes conferiu visibilidade histórica, especialmente em Minas Gerais, e a possibilidade de participação na construção da atual política

de saúde mental. O que está em questão é um resgate ético, social e cultural, na medida em que se coloca a necessidade de convívio plural e interação plena, em uma sociedade que se pretenda justa, inclusiva e democrática. Mas vamos tratar este assunto a partir de referências de uma história local, fundamental para o fortalecimento da cultura e da sociedade antimanicomiais.

O atual cenário normativo e assistencial brasileiro nessa área enfocada pode ser caracterizado como em franco processo de transição ou transformação. Este, não deve ser entendido como um fenômeno apenas local, brasileiro ou mineiro. O ano de 2001 foi indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como ano de luta por saúde mental e pelos doentes mentais, que se colocam como um grande desafio de reversão de processos de segregação que imperaram desde o final do século XV – especialmente ao longo dos séculos XIX e XX –, em praticamente todo o mundo. A Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou, em 1991, carta de direitos bastante detalhada e propositiva, onde, entre diversos princípios, consta, segundo versão adaptada, que: “Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais”² (Vasconcelos, 1992, p. 117)

Este processo concretiza mudanças e reorientações no âmbito dos direitos humanos e das políticas sociais, na forma de diversas iniciativas.

Em sua generalidade, a transformação a qual nos referimos se expressa igualmente em mudanças terminológicas. A opção por referir-se aos doentes mentais como pessoas com sofrimento mental expressa já todo um esforço de distinção entre sujeito e mal-estar, entre a existência e a doença. Assim, procura-se por uma espécie de preservação do sujeito diante do preconceito inerente ao enlouquecimento e sua institucionalização na forma de tradução em uma ocorrência médica ou psiquiátrica (Foucault, 1978). Onde, antes, havia loucos e alienados de todos os tipos, passam a existir psicóticos, esquizofrênicos, paranóicos, histéricos e outros como figuras de linguagem que brotam, e se multiplicam, do discurso médico, psiquiátrico, do empenho científico de classificação e compreensão reducionista da sociedade. Esta linguagem não nos aproxima, no entanto, da condição vital e da própria pessoa em sua especificidade. Muitas vezes, são os processos de estigmatização e patologização que se impõem reduzindo o sujeito à situação de crise, desconsiderando, inclusive, a sua capacidade de superação.

Os textos normativos brasileiros recentes³ trabalham também com uma terminologia que traduz os doentes mentais como “usuários” dos serviços de saúde mental, valorizando sua condição de consumidores (com direito à qualidade) e protagonistas (propositivos e capazes de avaliação crítica). Assim, se tínhamos anteriormente “pacientes” que eram objeto,

² No original: “*All persons have the right to the best available mental health care, which shall be part of the health and social care system*”.

³ Tomamos como referência, aqui, as legislações e programas de ação em saúde mental, assim como as cartas de declaração de direitos dos que sofrem por problemas mentais.

passivo, de ações técnicas ou terapêuticas, agora, a pretensão é de que esses sujeitos existam na condição de cidadãos, que demandam e usufruem serviços ofertados por agências públicas e privadas.

Nos concentraremos, pois, no caso mineiro, cientes de estarmos tratando de cenários paradigmáticos e, em certa medida, exemplares, mesmo que consideradas todas as limitações e desafios ainda gritantes. Paradigmáticos, porque comportam tipificações relevantes, e exemplares, dada a qualidade da resposta que se tem conseguido implementar em situação marcada pela carência de recursos públicos, ausência de vontade política e onipresença de interesses privados pressionando numa perspectiva conservadora. As conquistas da caminhada são indiscutíveis, deixando para trás a lógica da mortificação e do mais árido abandono. Enfatizamos, porém, as especificidades da história local, indicando a necessidade de superação de identidades genéricas, anacronismos e falseamentos históricos.

Da exclusão à luta por reconhecimento e participação

Não é nossa intenção repassar toda a complexa história da política de saúde mental no Brasil e Minas Gerais, nos reportando a meados do século XIX, ocasião de inauguração dos primeiros manicômios brasileiros⁴, ou mesmo a estruturas que o antecederam⁵. Basta focar

os últimos cinquenta anos para localizar tanto os modelos tradicionais, como os que se apresentam como inovadores, substitutivos, caracterizando o que entendemos como transição rumo a uma política não excludente. Ambos ainda coexistem, apesar dos reiterados esforços de transformação. É um cenário paradoxal este que sustenta tanto o tratamento em liberdade quanto a mais radical prática de violação de direitos em situações de asilamento e exclusão.

Jurandir F. Costa sintetiza bem a situação que qualificamos como “tradicional” quando se refere à estrutura assistencial psiquiátrica dos anos 80 como uma “rede de desumanidade, de ignomínia”, especialmente quando se tratava da rede hospitalar privada. Segundo ele, “situação absolutamente abastarda e sórdida é a situação do brasileiro que teve a infelicidade de ser portador dos três ‘pês’: pobre, preto e psicótico” (Costa, 1987, p.48). Poderíamos agregar a esta citação todas as inflexões de gênero, sem perder a potência da expressão.

A rede assistencial a qual Costa se fazia referência, neste trecho, passa a ser ofertada, no Brasil, de forma massiva, nos anos sessenta e cresce até meados da década de oitenta, sustentada por recursos da Previdência Social. Ela operava com um modelo assistencial precário, que se apoiavam no uso indiscriminado de

organizado por Tundis e Costa (1987). Na literatura mais recente, destacam-se os nomes de Paulo Amarante e Eduardo Mourão Vasconcelos. No que concerne à história mineira, os livros *A tradição da loucura – Minas Gerais – 1870/1964*, de João Batista Magro Filho (1992) e *História da psiquiatria mineira*, de Joaquim Affonso Moretzon (1989), são indicações relevantes.

⁴ No Rio de Janeiro e em São Paulo, em 1852 (Resende, 1987).

⁵ Referimo-nos, particularmente às Santas Casas de Misericórdia. Aqui recomendamos a leitura do livro *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*,

psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais, sem projeto clínico ou terapêutico real. Seus resultados mais palpáveis eram: superlotação dos hospitais psiquiátricos, iatrogenia⁶, altos índices de mortalidade e segregação.

Esta situação se respaldava numa legislação datada de 1934 (Decreto n.º. 24.559) – em vigor no Brasil até o ano de 2001 – que tratava os doentes mentais como sujeitos desprovidos de direitos. As internações se processavam de forma automática e arbitrária, convertendo-se em verdadeiras autorizações de sequestro e condenações a encarceramento - alguns perpétuos - que se processavam, apoiadas em dispositivos superficiais e facilmente manipuláveis. Nos artigos 9º, 10º e 11º dessa legislação fica bem ilustrada a situação:

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, *for inconveniente a conservação* do psicopata [doente mental] em domicílio, será o mesmo *removido* para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10º O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, *perturbar ou ofender a moral pública*, deverá ser *recolhido* a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11º A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou

particulares, será feita:

- a) Por ordem judicial ou requisição de autoridade policial;
- b) A pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até *quarto grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por alguns interessados*, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões que determinantes da sua solicitação [grifos nossos] (Figueiredo, 1988, p.131).

Não é difícil entender o “como” e o “porquê” se dava o fenômeno de superlotação dos estabelecimentos psiquiátricos hospitalares. Qualquer um poderia, literalmente, internar qualquer um. A indefinição na qualificação do que seja um comportamento “doentio” que justifique um sequestro, ou seja, o ato de privar alguém de liberdade retendo-o “ilegalmente” em cativo, e a possibilidade de qualquer pessoa poder efetivá-lo não merece maiores comentários. A suspeita de doença mental significa, nos padrões tradicionais de assistência, precisamente um contraponto à cidadania. Os doentes mentais, sob o crivo de um registro médico, que geralmente não se sustentava em um esforço diagnóstico consistente, perdiam seus direitos civis e eram convertidos ao status de problema de segurança pública, amparados na fantasiosa periculosidade que lhes era atribuída aprioristicamente.

A principal resposta assistencial para o

⁶ Efeito patologizante do projeto assistencial, que redundava na produção de novos comprometimentos à saúde como o “institucionalismo”, termo cunhado por Russel Barton, ou seja, a produção de danos físicos e psicológicos da internação prolongada, também identificado com a ideia de “cronificação” e esvaziamento subjetivo dos sujeitos: apatia, ausência de iniciativa e de interesse, submissão, indiferença, resignação (Delgado, 1987).

mal-estar psíquico ou distúrbio mental era o internamento, quase sempre sinônimo de abandono. Lugar de doido era mesmo o hospício, colônias, hospitais psiquiátricos, manicômios, enfim, todas as estruturas que preconizavam o tratamento através do afastamento do, assim chamado, doente mental do convívio social.

Mas poderia ser atenuante a possibilidade de que, eventualmente, os aparatos psiquiátricos fossem terapêuticos. Não era assim. Os estabelecimentos públicos, de formato asilar e com centenas de internos, ofereciam serviços de má qualidade e mal se sustentavam, no permanente quadro de carência de recursos advindos do erário público para um serviço sempre mais oneroso, na medida em que não cessava de expandir-se. O cenário era de pobreza e abandono (Moreira, 1983). Os estabelecimentos privados administravam os recursos advindos da Previdência Social, em decorrência de sua centralização, e, em menor escala, da sua clientela pagante. Mas operavam com a perspectiva de geração de lucro que acabava se traduzindo em péssimas condições de hotelaria e desassistência decorrente de ausência de pessoal e de serviços especializados adequados. Os hospitais psiquiátricos privados eram, especialmente nos anos setenta e oitenta (século XX), como bem definiu Diva Moreira (1983) num dos primeiros estudos sobre as instituições psiquiátricas mineiras, verdadeiras “máquinas de ganhar dinheiro”. Esta expressão foi consagrada por Diva Moreira, em seu livro *Psiquiatria – controle e*

repressão social (1983), onde analisa a instituição psiquiátrica e seu modelo assistencial hegemônico (hospitalar) tomando como referência empírica o caso de Belo Horizonte em pesquisa datada de 1980.

Em 1979 e ao longo dos anos oitenta, a crítica ao modelo assistencial tradicional vigente explodiu em Minas Gerais e no Brasil, particularmente na região Sudeste. Temos em mente, aqui, as referências locais, uma vez que o marco do ano de 1978, que também tem sido amplamente referido em função do surgimento, no Rio de Janeiro, do movimento dos trabalhadores da saúde mental. A precariedade da assistência psiquiátrica hospitalar veio a público, a partir de então, e se converteu em crônica de horrores pelas condições indignas que ofertava aos seus usuários. Seu realismo foi registrado e comentado pelos mais diversos veículos de comunicação e informação, apesar de ser já do conhecimento dos usuários e dos profissionais de saúde mental. Nesta data, uma série de reportagens do *Jornal Estado de Minas*, intitulada *Nos porões da loucura*, cujas reportagens foram editadas ao longo do ano, criou as condições de mobilização necessárias para o sucesso de duas outras iniciativas mineiras: o III Congresso Mineiro de Psiquiatria e o documentário *Em nome da razão*, de Helvécio Ratton. Foram denúncias realizadas por diversas associações profissionais de psiquiatria e psicologia, que desencadearam este processo (destacadamente, a Sociedade Mineira de Psicologia e a Associação Mineira de Psiquiatria). O III Congresso Mineiro de

Psiquiatria vocalizou uma mobilização iniciada no final dos anos 60 pelos psiquiatras da “turma do [hospital] Galba” Velloso, que esboçou um relevante esforço de constituição de projeto clínico em situação de internação psiquiátrica: uma experiência de comunidade terapêutica que foi sustentada entre os anos de 1963 a 1969 (Goulart, 2015). A publicação do livro “Psicofármacos”, o primeiro no gênero publicado em português; a constituição da primeira residência médica em psiquiatria; e a instituição da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP), além da incorporação do método psicanalítico são legados deste grupo. Todos estes produtos se configuraram no ano de 1968, sob a liderança do psiquiatra polonês Jorge Paprocki. Particularmente tributária a um dos integrantes deste grupo, Cezar Rodrigues Campos, foi a criação da Associação Mineira de Psiquiatria e a organização do I e II congressos mineiros de psiquiatria, realizados em 1970 e 1971, respectivamente, quando o posicionamento crítico em relação à assistência psiquiátrica já se fazia ouvir e impactar no cenário nacional. Quando o III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979) foi realizado, com o impactante lançamento do filme *Em nome da razão*, não foi acidental ou fortuita a participação do psiquiatra italiano Franco Basaglia. Este realizara, não apenas em Belo Horizonte, mas já em 1978, no Rio de Janeiro e São Paulo, uma série de seminários a convite de associações profissionais de psiquiatras e psicólogos, que se converteram em fóruns de discussão das instituições

psiquiátricas. Ele divulgou, em todos os espaços em que foi convidado, o trabalho de desmontagem do aparato hospitalar público que realizava na Itália e a recém aprovada legislação italiana, a Lei 180, que previa o resgate de cidadania do doente mental - que praticamente inviabilizava a internação compulsória - e a extinção dos manicômios. Seu trabalho e de sua equipe influenciou fortemente nos rumos da discussão no Brasil, que até então se inspirava na psiquiatria comunitária norte-americana e na psiquiatria de setor francesa (Amarante, 1998; Goulart, 2004).

É quando se esboça o que seria, poucos anos depois, o Movimento de Luta Antimanicomial mineiro e brasileiro. Obviamente, este movimento não é um fenômeno de mobilização apenas mineiro. A matriz que gerou o processo de transformação que daria origem à reorientação da assistência psiquiátrica e à reforma foi muito mais extenso e multideterminado.

As denúncias e reivindicações de mudança se sintonizaram e aprofundaram com a crise previdenciária⁷ que já não suportava concretamente os custos do sistema que ela mesma incentivou. Esta crise revelou-se como corrupção, desassistência e violência, resultados de uma política de privatização, de transferência de responsabilidade assistencial ao setor

⁷ Esta crise é descrita por Oliveira e Teixeira no livro *Imprevidência social – 60 anos de história da Previdência no Brasil* (1985). No que concerne a seu impacto no campo da saúde mental, pode ser consultada a dissertação de mestrado em Sociologia (FAFICH/UFMG) de Goulart, *Ambulatórios de saúde mental em questão* (1992) (Goulart, 1992).

privado amplamente financiado pelo Ministério da Assistência e Previdência Social. Uma transferência que incentivou, como dissemos, o crescimento acelerado e descontrolado do parque manicomial privado, especialmente na região sudeste do Brasil. Um aparato privado que si revelou resistente à fiscalização pública e descomprometido com a clientela que acolhia, enquanto, a assistência pública, alicerçada na prática de segregação de doentes mentais em enormes estruturas asilares, agonizava por falta de recursos, apesar das pontuais iniciativas de reforma que eventualmente se esboçavam por solicitação do corpo técnico.

Efetivamente, apenas o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica (1982), elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), órgão criado em 1981 para afrontar a crise previdenciária (Pitta-Hoisel, 1984), tem repercussões na realidade assistencial mineira. Ele enfatizava a necessidade de reinterpretação do fenômeno do adoecimento mental, revelando suas dimensões socioculturais que se expressavam particularmente no fenômeno da segregação. Além disto, apontava para a necessidade de toda uma reforma institucional que preconizasse integração de ações nos diversos níveis administrativos (federal, estadual e municipal).

Outras respostas ocorreram, anteriormente, por iniciativa do Ministério da Assistência e Previdência Social, como o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica da Previdência (ODS n° SAM

304.3, de 1973) e por parte do Ministério da Saúde como a Portaria n° 32 BSB e o Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM) de 1974. Tiveram, no entanto pouco impacto diante da gravidade da situação. Eram programas que acusavam, em linhas gerais, a necessidade de racionalização, trabalho preventivo e de reversão do contínuo aumento das internações psiquiátricas.

Do ponto de vista prático, com o CONASP, ocorre todo um esforço de reforma dos hospitais psiquiátricos da rede pública mineira ligados à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, FHEMIG, Fundação responsável pela assistência hospitalar no Estado - o Hospital Colônia de Barbacena, o Instituto Raul Soares e o Hospital Galba Velloso – e a criação de estruturas ambulatoriais extramuros (desvinculadas da estrutura hospitalar e sintonizadas com a assistência pública em saúde) em resposta aos aclames por reinvestimento no setor público por parte dos profissionais de saúde mental (Goulart & Duraes, 2010; Goulart, 2014).

O Plano de Reorientação do CONASP significou “uma injeção de verbas e animo no então deteriorado sistema de atendimento público” (Goulart, 1992, p. 56). Porém, é importante esclarecer que as reorientações técnicas e esforços reformistas se respaldaram em um cenário de forte pressão social sustentada pelos movimentos sociais emergentes que exigiam reformas no âmbito da saúde mental e da saúde em geral, - onde se destacam, inicialmente, o Movimento Sanitarista e, especialmente a

partir de 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Foi graças a estes atores sociais que novas propostas surgiram e encontraram operacionalização. Eles eram compostos fundamentalmente por médicos, psiquiatras e psicólogos que trabalhavam nas estruturas assistenciais públicas, mas que envolviam também leigos e interessados como o Movimento Popular em Saúde (MOP), militantes partidários do Partido Comunista Brasileiro e do Partido dos Trabalhadores, lideranças ligadas à Igreja Católica etc⁸.

Ocorre, no entanto, que as reformas de hospitais públicos se revelariam insuficientes ou mesmo inócuas frente à gravidade do problema. Ocorreram efetivamente várias iniciativas. Algumas foram relevantes, como a que desencadeou o fechamento do Hospital Colônia de Barbacena: talvez a primeira e mais importante instituição psiquiátrica a ser objeto de intervenção. Outras foram superficiais, como no Instituto Raul Soares e no Hospital Galba Velloso, resultando apenas em humanização e na melhoria das condições de hotelaria e acolhimento, sem viabilizar uma alteração do paradigma de privação de liberdade arbitrária. A principal resposta para os transtornos graves continuou a ser a exclusão social (Goulart & Durães, 2010; Goulart, 2014).

Mesmo as primeiras propostas ambulatoriais, implementadas ainda nos anos 80 através da estruturação das equipes

de saúde mental em centros de saúde mineiros se revelaram insuficientes e, pior, capazes de produzir distorções de demanda (selecionando a clientela que não era de risco, excluindo as crises e casos graves) e de resolutividade (segregação, medicalização e psicologização). As equipes de saúde mental não produziram o enriquecimento da leitura dos problemas enfrentados pela clientela da política de saúde mental e não foram capazes de conter ou reorientar o fluxo incessante do internamento que resultava do modelo hospitalocêntrico tradicional (Goulart, 1992; 1993; 2004; 2006; Vasconcelos, 1992).

O fato era que o processo de racionalização e as reformas tiveram pouco impacto numa prática de segregação já consolidada (prática centrada no internamento de longo prazo) e resistia amplamente, especialmente porque ali se encontrava ameaçada a própria mercantilização da loucura. Havia necessidade de se atacar de forma mais incisiva a cultura e as práticas asilares, que tinham, como ainda hoje, como principais defensores os donos de hospitais privados organizados na Federação Brasileira de Hospitais (FBH), tradicional opositor das políticas públicas de saúde.

Data de 1987, a consolidação do movimento de crítica que tomou a forma do Movimento de Luta Antimanicomial, nascido do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e de um contexto de lutas por redemocratização que já colhia resultados na vitória da esquerda em alguns importantes governos estaduais. Este

⁸ Sílvia Gerschman faz uma detalhada discussão da composição do Movimento Sanitarista e do MOP no livro *A democracia inconclusa – um estudo da reforma sanitária brasileira* (1995).

movimento nasceu no Rio de Janeiro, deflagrado por uma crise na DINSAM, Divisão Nacional de Saúde Mental, provocada pelas denúncias de médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII). Tem inicialmente um caráter trabalhista, com reivindicações mais sintonizadas com conquista de condições de trabalho, para depois tomar um formato mais amplo e de impacto político (Amarante, 1988). Consolidou-se o que chamamos de luta por reconhecimento de que havia necessidade de mais que uma reforma: uma profunda transformação.

É interessante observar a importância que os encontros de profissionais tiveram neste período. Congressos e seminários nacionais e estaduais se convertiam em fóruns de discussão política, de denúncias, sendo inclusive muitas vezes permeáveis à participação de públicos leigos e entidades que não pertenciam à área técnica. Era necessário mudar a cultura, na conquista de um posicionamento distintivo frente ao sofrimento mental. Isso significou a constatação de que eram necessárias respostas à crise, mais consistentes do ponto de vista clínico, fora dos hospitais psiquiátricos. Era necessário abrir espaço de expressão para a loucura e enfrentar os interesses econômicos que tomaram a forma do mercado privado em psiquiatria. Era também necessário mudar radicalmente a prática ambulatorial e suas filas de espera. Nesta direção, o acontecimento mais importante ocorreria no ano de 1989, em Santos (São Paulo). Trata-se da intervenção pública realizada na Casa de Saúde Anchieta,

uma clínica privada, onde foram mobilizados todos os esforços, pelos interventores, para a construção de uma experiência de referência do Movimento Antimanicomial. Foi ali que, sob um clima de guerra do ponto de vista jurídico, se realizou não apenas o primeiro fechamento de um hospital psiquiátrico privado, mas a constituição de uma rede de saúde mental, com a estruturação do primeiro serviço de emergência, com funcionamento pleno (24 horas por toda a semana) e um projeto de desinstitucionalização, coordenado por Roberto Tykanori Kinoshita, que se inspirava na principal prática de desinstitucionalização dos movimentos reformistas: a de Trieste, na Itália. A partir desta vivência prática, foi possível demonstrar que a Reforma Psiquiátrica brasileira era efetivamente possível e desejável.

A radicalização do processo: luta contra os manicômios

O Movimento de Luta Antimanicomial, nascido em 1987 (Bauru, São Paulo) se tornou o mais relevante ator da sociedade civil brasileira no processo de mudança no campo da saúde mental (Goulart, 2004; Lobosque, 1997). Trata-se de um fenômeno associativo de caráter mobilizador e reivindicador que congrega, principalmente:

- a) Profissionais de saúde mental (particularmente psiquiatras e psicólogos que trabalham no setor público como técnicos e como gestores);

- b) Cidadãos com sofrimento mental, em especial os usuários dos serviços de saúde mental⁹ (associados ou não);
- c) Familiares de pessoas com sofrimento psíquico (associados ou não);
- d) Simpatizantes vinculados ao cenário acadêmico e outros movimentos sociais.

Este movimento social está atualmente organizado através de duas frentes: a Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA), e a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Ambos realizam encontros regulares locais e nacionais, sendo os principais dispositivos de controle social da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O Movimento de Luta Antimanicomial surge com o *slogan*, palavra de ordem: “pelo fim dos manicômios”. Estes são entendidos não apenas como hospitais psiquiátricos. Denotam também, como metáfora, todas as práticas de discriminação e segregação daqueles que venham a ser identificados como doentes mentais e todas as pessoas que sejam vítimas de exclusão e violência que se relacionem com a experiência de sofrimento mental. Há aqui a perspectiva de construção de uma ética libertadora das relações entre sociedade e loucura que foi traduzida em estratégias de luta, tais como, segundo consta na Carta de Piatã, redigida no I Encontro Nacional de Luta Antimanicomial (1993):

⁹ Aqui destacamos a criação de associações de usuários e seus familiares como a ASSUSAM, Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental, de Belo Horizonte.

- a) Elaboração e divulgação de propostas de regulamentação, legislação e novas modalidades de atendimento assistencial;
- b) Construção de rede de atenção psicossocial em todo o país;
- c) Realização periódica e sistemática das Conferências de Saúde Mental – nacionais, regionais e territoriais;
- d) Realização encontros o movimento e de eventos culturais como o dia nacional de luta antimanicomial que acontece anualmente em 18 de maio.

Foi do seio deste movimento que surgiram iniciativas, que se revelaram fundamentais tanto a nível legislativo como assistencial: as leis da Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial Brasileira (RAPS). A estratégia foi a de superação da legislação abusiva de 1934 e a efetivação de práticas alternativas que se dirigissem claramente aos casos de maior gravidade, transtornos psíquicos severos, numa perspectiva clínica e de reinserção sociocultural dos usuários dos serviços de saúde mental.

Ao longo das três décadas de luta, o Movimento de Luta Antimanicomial produziu resultados significativos. Conquistou espaço, na qualidade de interlocutores, na gestão da reforma da política de assistência em saúde mental, em diversos níveis. Participou da criação e fortalecimento das Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde Mental, que são um importante instrumento de avaliação do panorama assistência e na construção de

diretrizes para elaboração da política substitutiva ou alternativa na área.

Além disso, incentivou e apoiou a expressão e ação dos portadores de sofrimento mental, o que se traduziu em estímulo a organização e associativismo dos usuários¹⁰ (Novaes & Goulart, no prelo). A reforma brasileira conquistou institucionalidade e magnitude.

A nível legal, foi apresentado ao Congresso, em 1989, o Projeto de Lei nº 3657, inspirado na Lei 180, italiana, de 1978, que passou a ser conhecido pelo nome de seu proponente do deputado federal Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores. O Projeto previa, em quatro claros e breves artigos, a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais” e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Ele foi objeto de polêmica por mais de dez anos, inserindo a temática da exclusão do doente mental na agenda política brasileira.

A nível local, este chamado Projeto Paulo Delgado se desdobrou em várias propostas de mudança de legislação psiquiátrica encaminhadas pelo Movimento nas mais diversas localidades (Câmaras e Assembleias). As propostas tinham sempre a mesma intenção: dar visibilidade aos problemas das pessoas com sofrimento mental através da criação de debates públicos e resgatar, através de proposições

objetivas, o seu exercício de cidadania.

Em Minas Gerais, após longo esforço de negociação em comissão de trabalho da qual participavam os diversos segmentos envolvidos, junto à Assembleia legislativa, foi aprovada a Lei nº 11.802 (janeiro de 1995), e emendada, após novas rodadas de negociação, em 1997 (Lei nº 12.684). Outras legislações foram aprovadas no Rio Grande do Sul (1992), Ceará (1993), Distrito Federal (1995), Pernambuco (1994), Rio Grande do Norte (1995) e Espírito Santo (1996).

A luta do Movimento de Luta Antimanicomial teve e tem ainda a intenção de processar a desconstrução do modelo manicomial brasileiro, asilar e privatizante, não apenas questionando-o como aparato terapêutico, mas afrontando o discurso que médico-psiquiátrico que lhe dá sustentação.

Como indica Amarante (1996), isso poderia ser entendido como a busca da “superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade” (p. 14) Trata-se de questionar a potencialidade e a extensão deste discurso técnico, sempre que ele operar como vetor de exclusão, reconhecendo os seus efeitos culturais, sociais e políticos. Isto se traduz em problemas de contratualidade e na necessidade de ampliação dos direitos humanos aos doentes mentais. Tal postura evidencia sempre a participação dos principais interessados no processo: os que são alvo das ações e não apenas os que as indicam ou executam tecnicamente. Assim, a desconstrução se processa a partir do interior da instituição psiquiátrica, assim como das instituições de saúde e da clínica

¹⁰ Eduardo Mourão Vasconcelos vem trabalhando este tema tomando o cenário nacional e internacional, caracterizando os formatos como de *self-empowerment*, ou seja, “autovalorização do seu poder contratual nas instituições e nos contatos interpessoais na sociedade” (Vasconcelos, 2000, p.70).

psicológica e psicanalítica, através do esforço de construção de democracia nas relações societárias.

No que concerne ao cenário mineiro, a materialidade e os principais resultados tomaram a forma da construção de uma rede de atenção psicossocial que procura sustentar, consideradas as limitações impostas pelo paradigma asilar ainda remanescente, uma proposta de tratamento em liberdade.

Alguns resultados da caminhada: diminuição de leitos e construção da rede substitutiva

Nesta altura, podemos indicar sinteticamente alguns resultados concretos deste esforço de construção da nova política de saúde mental. Como já dissemos, caminha-se para a diversificação das estratégias de atenção ou cuidados enfatizando aquelas que não afastam o usuário do seu espaço vital (assistência territorial) e que possam ir além dos esforços estritamente técnicos, psicoterapêuticos ou medicamentosos.

No nível das políticas assistenciais ocorreu, de saída, um importante incremento da fiscalização dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados, e o fechamento de muitos estabelecimentos e leitos para internação que ofereciam condições indignas de tratamento ou mesmo de hospedagem (Moreira, 2013).

A maior parte dos hospitais psiquiátricos, 189, segundo dados de 2011, ainda são privados. Em cerca de 60% deles não há projeto terapêutico individual adequado e os

óbitos por “causa mal definida” chegam a metade das ocorrências. Eles se concentram na região sudeste, com um total de 104 unidades: 3 no Espírito Santo, 17 em Minas Gerais, 29 no Rio de Janeiro e 55 em São Paulo. Destes, 80% são privados. Acrescente-se a este cenário, uma tendência para o incremento da configuração de hospitais de pequeno porte (até 160 leitos), principalmente entre os públicos, em detrimento dos de grande porte, que ainda representam, no entanto, cerca de um terço do total (Brasil, 2011). No entanto, ainda existem macro hospitais com mais de 400 habitantes.

Preocupante é pensar que, nos hospitais psiquiátricos brasileiros, o período de internação da grande massa de internos integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ainda é, em sua maioria, superior a um ano. Cerca de 40% dos internados em Minas Gerais podem ser considerados “moradores” (Brasil, 2011).

Os hospitais públicos, por sua vez, dividem-se entre os que são de gestão municipal e os de gestão estadual, sendo estes últimos ainda maioria. Em Minas, dos 4 hospitais públicos que ainda existem, dois são estaduais, vinculados à FHEMIG, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Mas, indubitavelmente, a Política Nacional de Saúde Mental preconiza a expansão da rede de cuidados extra-hospitalares e a redução progressiva de internações de longa permanência.

Projetos, programas e ações de atenção e assistência substitutivos ao hospital

psiquiátrico foram formatados, a maioria com inspiração na psiquiatria territorial italiana (Trieste), e, mesmo que a realidade da implementação destas iniciativas seja multiforme, diversa - variando de município a município – tem produzido todo um impacto terapêutico relevante e que corrobora as críticas ao modelo tradicional promovendo maior autonomia e melhores condições de assistência.

Estes novos formatos são, pensando particularmente em Minas Gerais, destacadamente:

- a) Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tipos I, II e III¹¹, ou Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs): são espaços de acolhimento e tratamento de crises, mas também são dispositivos que promovem atividades de reabilitação psicossocial e de sustentação clínica;
- b) Os Centros de Referência em Saúde Mental Infante Juvenil (CERSAMIs), centros de referência voltados para a população infantil e jovem em situação de crise;
- c) Programas e projetos como o Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania, de caráter comunitário e voltados para a população infantil e jovem;
- d) Centros de Convivência: espaços de produção cultural e artística, comprometidos com projetos de

- reabilitação e reinserção social dos usuários dos serviços de saúde mental;
- e) Residências terapêuticas, como o Serviço Residencial Terapêutico (SRT): casas ou apartamentos para as pessoas que foram alvo das ações tradicionais de segregação¹² e que acabaram por perder seus vínculos com familiares e amigos, se tornando, muitas vezes, incapazes de enfrentar as múltiplas operações cotidianas na reprodução de suas vidas. A adjetivação “terapêutico” garante apenas o vínculo burocrático com o sistema de saúde: não implicam em ações clínicas. As casas e apartamentos não oferecem atenção clínica;
 - f) Associações e cooperativas de trabalho de usuários dos serviços, como, em Belo Horizonte, a Associação de Trabalho e Produção Solidária (SURICATO), que abriga núcleos que promovem inserção através de artesanato, costura, culinária, marcenaria e mosaicos, e que resulta de ações da Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários da Saúde Mental (vinculada à Secretaria Municipal de Saúde). Algumas iniciativas de inserção, aberta, no mercado também tem sido estruturadas e estão em fase de avaliação, abrindo novas perspectivas de inclusão.
 - g) Equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde da rede primária,

¹¹ Os CAPS I e II atendem de 08 às 18 horas, 5 dias da semana. Já o tipo III, tem funcionamento pleno: todos os dias, 24 horas. Sobre o detalhamento da Rede de Atenção Psicossocial, consultar Souza e Lobosque (2015).

¹² São os egressos de hospitais psiquiátricos com longos períodos de internação.

compostas por 3 profissionais de saúde: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, em sua maioria;

h) Programa de Saúde da Família, que articula uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde que passaram a dialogar com a Política de Saúde Mental, através da dinâmica de matriciamento, e a oferecer respostas na atenção primária;

i) Centros de tratamento para toxicodependência, serviços especializados e abertos para o tratamento de toxicomanias, como os CERSAMs (ou CAPS Álcool e Drogas) das municipalidades e outras estruturas, vinculadas ao Estado, como o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT): estas estruturas se contrapõem às práticas de exclusão (comunidades terapêuticas) e, geralmente, abraçam perspectivas de trabalho não proibicionista e de redução de danos;

j) Consultórios de Rua, também vinculados à política de enfrentamento às drogas, consideradas ilícitas, e outras estratégias de acolhimento e construção de vínculo com outras políticas sociais e de assistência, voltadas para a população de rua;

k) Unidade de acolhimento: espaço residencial onde se oferece hospitalidade e acolhimento para pessoas em situação de dependência a drogas consideradas ilícitas que estão

sendo acompanhadas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

l) Leitos em Hospitais Gerais para serviços de urgência e apoio noturno à rede, como é o caso do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP);

m) Hospitais-dia: estruturas hospitalares que ofereçam seus serviços ao longo do dia, mas que deixem ao usuário a possibilidade de retornar a sua residência evitando o distanciamento frente a seu espaço vital. Esta opção não tem sido investida, atualmente, nos contornos da política mineira, mas é também ela uma opção que consta entre os dispositivos de enfrentamento do modelo asilar.

Particularmente associados aos Centros de Convivência, são desenvolvidas também importantes iniciativas de inserção e construção de visibilidade, no “encontro com a cidade”. Destaca-se, em Belo Horizonte, a manifestação anual no dia nacional de luta antimanicomial (18 de maio) que reúne milhares de usuários, profissionais de saúde mental e simpatizantes no desfile da Escola de Samba Liberdade ainda que tan tan. Aqui, evidencia-se a articulação ativista com o Fórum Mineiro de Saúde Mental (conjunto de associações civis ativistas na luta antimanicomial), principal promotor do evento, numa parceria de muitos anos com a coordenação municipal de saúde mental, que sustenta (desde 1994) um complexo processo participativo de construção temática e estética de desfile/manifestação a favor da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Outra iniciativa expressiva, regular e paradigmática, é a Mostra de Arte Insensata, iniciativa da prefeitura, que exhibe trabalhos de arte e artesanato, abrindo espaços de articulação cultural. Além dela, muitas outras iniciativas sociais e culturais procuram dar visibilidade à rede de atenção psicossocial e lutam contra o estigma e a exclusão das pessoas com experiência de sofrimento mental, contando com editais e apoios públicos específicos, mas pontuais.

A nível legislativo o supracitado Projeto de Lei de Paulo Delgado – após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional¹³ - foi finalmente aprovado em 2001¹⁴. Mesmo que bastante descaracterizado em suas proposições antimanicomiais através de inúmeras emendas, ele se converteu, em linhas gerais, em uma legislação que preconiza o atendimento territorial, estabelece parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, prevê o desenvolvimento de projetos de reabilitação e reinserção e estabelece critérios para internação compulsória. A primeira lei mineira, por sua vez, data de 1996, Lei 11.802, prevendo o fechamento dos hospitais psiquiátricos em um prazo que jamais foi considerado.

A política de saúde mental que resulta deste processo é, atualmente, considerada bastante consistente, quando se contrasta com o cenário mundial. Trata-se de uma

¹³ Foram necessárias três décadas para o fechamento pleno dos manicômios neste país, que é nossa principal referência. A regulamentação da Lei 180, por sua vez, ocorreu apenas em 1994, com o “Progetto Obiettivo” graças ao empenho da então senadora Franca Basaglia (Goulart, 2004).

¹⁴ Lei no. 10.216, de 06 de abril de 2001.

referência latino-americana e um destaque no que tange aos países de média renda. Os investimentos públicos na área de saúde mental tiveram efetivo crescimento: 51% entre 2002 e 2009, sendo que a partir de 2005 houve reversão de gastos desde um sistema hospitalocêntrico para um territorial. Ou seja, os gastos com serviços comunitários são crescentemente superiores em relação aos relativos a leitos psiquiátricos (Saraceno, 2014). O escandaloso parque manicomial sofreu uma significativa redução após o trabalho sistemático de vistoria e avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares do Ministério da Saúde (PNASH) – Versão Psiquiatria (PT GM/MS n.251/2002). Ele também induz a melhoria da qualidade da assistência em saúde mental e está associado ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH) no SUS (PT GM/MS n.52/04).

A rede territorial mineira e brasileira, não superou ainda os hospitais psiquiátricos, mas sua estrutura ganhou extensão e complexidade consideráveis, como vimos. Trata-se de rede fundamentalmente pública, com poucos vínculos com cooperativas e organizações não governamentais.

Desafios em saúde mental: a título de conclusão

Alguns desafios são ainda dignos de destaque e acusam a necessidade de mobilização e esforços sistemáticos na construção da política de saúde mental. A informações gerais sobre os hospitais psiquiátricos no Brasil representam, em si, o

primeiro e mais grave desafio. Ainda há muito sofrimento e privação de liberdade, em franco desacordo com a legislação e com o exercício mais primário de cidadania.

A convivência entre os sistemas hospitalocêntrico e comunitário é incompatível com a transformação que se deve operar. Mesmo que o redirecionamento de investimento esteja acontecendo, ele é lento o suficiente para fragilizar a rede e criar flancos e fragilidades desnecessários e desestimulantes.

Esta paradoxal dubiedade se sintoniza perversamente com os ainda dominantes interesses do mercado da saúde mental. A prática de internação injustificada¹⁵ em hospitais, apesar de vir sendo regulamentada, ainda requer instrumentos de controle e acompanhamento que garantam que esteja suportada por critérios técnicos e que sejam efetivamente psicoterapêuticas e não apenas repressivas. A diminuição de seu impacto numérico e reversão à tendência hospitalocêntrica depende da implementação das novas estruturas assistenciais, de modo a efetivamente responder às situações de crise psiquiátricas diurnas e noturnas e que sejam capazes de incrementar estratégias de reabilitação e reinserção social e comunitária. Recentemente, a Rede de Atenção Psicossocial se viu em inaceitável competição, como já sinalizamos, com uma rede de “comunidades terapêuticas” que foi construída pelo setor privado (geralmente,

filantrópico e religioso). A disputa de projeto e as contradições se agudizaram no que concerne à atenção para as pessoas que consomem drogas consideradas ilícitas. Esta rede oferece respostas repressivas, de cunho moralista, sem projeto clínico e de reabilitação efetivos. Disputam recursos, mesmo assim, com os consultórios de rua e os CERSAMs (CAPS) álcool e outras drogas, dificultando o desenvolvimento de projetos públicos de atenção.

Este desafio de reversão de tendência privatizante nos projeta em problemas relativos à escassez e má distribuição de recursos públicos em saúde. O principal indicador seria o de conversão dos recursos de internação em recursos para os tratamentos territoriais. O parâmetro para os CAPS é de 1 para 100.000 habitantes. Minas Gerais tem cerca de 0,69; mas Belo Horizonte, que desenvolve um relevante serviço de urgência tem ainda 1 CERSAM para cerca de 300.000 habitantes, com clara insuficiência de recursos.

Outro desafio importante é o do desenvolvimento de estratégias de avaliação qualitativa dos novos serviços territoriais antimanicomiais. O monitoramento interno¹⁶ e continuado poderia apoiar iniciativas que afrontassem os problemas relativos a má utilização de recursos decorrentes de processos de psicologização e medicalização de problemas que seriam, na verdade, de cunho socioeconômico que, a rigor, não são privilégio dos aparatos manicomial, mas um risco que deve ser

¹⁵ Em tempo, ressaltamos que os principais critérios para a internação psiquiátrica seria a duvidosa possibilidade de risco para si mesmo ou para terceiros.

¹⁶ O externo é, em boa medida, realizado através das Conferências locais e nacionais de saúde mental.

considerado também nos novos serviços territoriais.

Estes dois últimos desafios de monitoramento a acompanhamento de alocação de recursos impõem a discussão sobre quais seriam os mecanismos de participação dos usuários, seus familiares e a comunidade no processo de consolidação da nova política. As Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde cumprem parcialmente este papel dentro de certa periodicidade. Além delas, e da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica não existem outros mecanismos que garantem participação continuada. Conta-se em geral com a mediação, em certa medida, informal dos profissionais de saúde que participam do Movimento antimanicomial ou de entidades que o apoiem. Fica o risco, de transferência de responsabilidade de cuidados com os portadores de sofrimento mental para a sociedade, especialmente as famílias dos usuários (sobrecarregando especialmente as mulheres), que podem acabar arcando, elas, com o ônus do discurso de reintegração.

Ainda mais complexa seria a discussão sobre a autonomia das pessoas com experiência de sofrimento mental: a possibilidade de serem escutadas para além dos espaços clínicos, epistemologicamente identificados com a psicanálise. O psicologismo e a psiquiatrização, que redundam na patologização permanente das relações e no reducionismo empobrecedor, colocam em risco as perspectivas democratizantes sinalizadas no início deste artigo. A condição de usuário captura o sujeito na aderência ao sistema de atenção e

sua estabilidade passa a ser um critério de reconhecimento que produz efeitos ambíguos.

Outro desafio diz respeito ainda à promoção de integração de ações com os diversos programas públicos assistenciais e efetivo desenvolvimento de projetos comunitários capazes de responder à proposta de reabilitação e reintegração daqueles que se tornam usuários dos serviços de saúde mental. Aqui se coloca também o problema de em que medida estão sendo formados, pelas instituições públicas e privadas de nível superior, profissionais capazes de compreender a extensão do problema que se coloca neste campo e de agir, em certa medida, inventivamente, de modo a responder à fragilização psíquica com ações e projetos que articulem atenção e esforço de emancipação. Afinal, não se pode esquecer que está em questão a possibilidade de construção de modos de operar e de ser capazes de afrontar uma cultura excludente e manicomial.

Tudo somado, e mesmo reconhecendo que ainda estamos distantes de acessar concretamente todo o requintado projeto que nasceu de um movimento crítico e autocrítico (se considerarmos seu compromisso com a prática e teoria psiquiátrica), podemos concluir pelo reconhecimento dos avanços significativos que ilustra os novos rumos da sociedade civil brasileira em sintonia com o seu projeto de democratização. Criticar o complexo projeto de desinstitucionalização não é difícil, considerado o seu tortuoso percurso.

Deveria ser, no entanto, claro e explícito o reconhecimento do que já foi construído nesta caminhada que evoca pelo menos 50 anos de luta, rendendo reconhecimento aos seus efetivos construtores, tanto da prática quanto do conhecimento: os profissionais de saúde mental, formados no calor da luta por direitos humanos ou, simplesmente, por dignidade e amor pela vida.

Referências

- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil. Ministério da Saúde (2000). *Legislação em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS (2011). *Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde Ação Nacional - PT GM/MS nº 2.398/2011*.
- Costa, J. F. (1987). Os interstícios da lei. In R. G. Marsiglia, D. A. Dallari, J. F. Costa, F. D. Moura Neto, R. T. Kinoshita, & A. Lancetti (Orgs.). *Saúde mental e cidadania*. (pp. 45-56). São Paulo: Mandacaru.
- Delgado, P. G. G. (1987). Perspectivas da psiquiatria pós asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos). In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. (pp. 171-202). Petrópolis: Vozes/ABRASCO.
- Figueiredo, G. (1988). *O príncipe e os insanos*. São Paulo: Cortez.
- Firmino, H. (1982). *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: Codecri.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Gerschman, S. (1995). *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Goulart, M. S. B. (1992). *Ambulatórios de saúde mental em questão: desafios do novo e reprodução de velhas fórmulas*. Dissertação de Mestrado em Sociologia – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Goulart, M. S. B. (1993). *Equipe de saúde mental: a Torre de Babel da saúde pública*. Cadernos de Psicologia, 2 (1), 49-56.
- Goulart, M. S. B. (2004). Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais dos anos 80. In I. F. Ferrari & J. N. Araújo (Orgs.). *Psicologia e Ciência na PUC Minas*. (pp. 291-312). Belo Horizonte: PUC Minas.
- Goulart, M. S. B. (2006). A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1 (1). Recuperado em 04 de maio de 2012 de: http://www.ufsj.edu.br/Pagina/ppp-lapip/Arquivos/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais...-MSB_Goulart.pdf
- Goulart, M. S. B. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Goulart, M. S. B. (2014). Comunidades terapêuticas: conceito e prática de uma experiência dos anos sessenta. *Revista de Psicologia da UFC*, 5, 97-107.
- Goulart, M. S. B., & Duraes, F. (2010). A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 112-120.
- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: HUCITEC.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque, A. M., & Souza, M. E. (Orgs.). (2006). *Atenção em Saúde Mental*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde. Recuperado em 01 de junho de 2015, de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>
- Marin, I., & Bom, S. (2012). *Guarire si può: persone e disturbo mentale*. Meran: Alpha & Beta.
- Moreira, D. (1983). *Psiquiatria: controle e repressão social*. Petrópolis/Belo Horizonte: Vozes/Fundação João Pinheiro.

- Moreira, T. C. F. (2013). *Política de saúde mental no município de Belo Horizonte: o papel das ideias, dos atores e das instituições na construção de uma práxis de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização*. Dissertação de Mestrado— Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte.
- Novaes, C., & Goulart, M. S. B. (no prelo). A participação política de pessoas com sofrimento mental: a Associação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais - ASUSSAM/MG. *Psicologia em Revista*.
- Pitta-Hoisel, A. M. (1984). *Sobre uma política de saúde mental*. Dissertação de Mestrado em Medicina – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo São Paulo.
- Saraceno, B. (2014). *Discorso globale e sofferenze locali: analisi critica del movimento di salute mentale globale*. Milano: Il Saggiatore.
- Tundis, S. A., & Costa, N. R. (Orgs). (1987). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO.
- Vasconcelos, E. M. (1992). *The new alienists of poor: developing community mental health services in Brazil - 1978/1989*. Tese de Doutorado, London School of Economics and Political Science, University of London, London.
- Vasconcelos, E. M. (2000). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez.
- Vasconcelos, E. M. (2000) Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. In: Amarante, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Recebido em: 26/08/2015

Aceito em: 12/12/2015