

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/354982939>

Políticas de saúde mental no Brasil e na Argentina: conquistas e desafios

Chapter · September 2021

DOI: 10.7476/9786586545562.0008

CITATIONS

0

READS

151

3 authors, including:



Rossano Cabral Lima

Rio de Janeiro State University

37 PUBLICATIONS 265 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Anderson Funai

University of São Paulo

6 PUBLICATIONS 20 CITATIONS




[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Infância e Adolescência (LEPSIA) [View project](#)

SAÚDE COLETIVA: POLÍTICAS PÚBLICAS EM DEFESA DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE



Organizadoras:
Daniela Savi Geremia
Maria Eneida de Almeida



UFFS
EDITORA

SAÚDE COLETIVA: POLÍTICAS PÚBLICAS EM DEFESA DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE

Organizadoras:
Daniela Savi Geremia
Maria Eneida de Almeida



O TEMPO

Autoria desconhecida

Em um dia frio num semáforo em Chapecó

É tempo de quê?

Tempo de ter propósito ou não saber o que fazer?

Tempo de dar valor ou de desmerecer?

Tempo de tempo ou tempo de viver?

Tempo de renúncia ou de ter?

Tempo de buscar ou tempo de ceder?

Tempo de caminhar ou tempo de correr?

É tempo de plantar...

O que você vai colher!!!

É tempo de nascer, desenvolver, crescer...

Antes que seja tarde e seja tempo de adoecer..

É tempo de acordar, se fortalecer...

É tempo de amar.

Ame a você!

PARTE 3 – INVESTIMENTO SOCIAL E AUSTERIDADE FISCAL: DESAFIOS	164
9. RENÚNCIA FISCAL E REGULAÇÃO DO SETOR PRIVADO DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE	165
<i>Sulamis Dain</i>	
10. ESTRATÉGIAS RECENTES DO SETOR PRIVADO SOBRE A PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA.....	183
<i>Isabela Soares Santos</i>	
11. INVESTIMENTO SOCIAL E AUSTERIDADE FISCAL: DESAFIOS PARA O PLANEJAMENTO E A GESTÃO PÚBLICA.....	208
<i>Claunara Schilling Mendonça</i>	
12. ASPECTOS DESTACADOS PARA A ADEQUADA CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NA VIA JUDICIAL	222
<i>Clenio Jair Schulze</i>	
PARTE 4 – SAÚDE E AMBIENTE.....	234
13. AS INTER-RELAÇÕES SAÚDE-TRABALHO-AMBIENTE: CONFLITOS E DESAFIOS	235
<i>Raquel Maria Rigotto</i>	
14. DESAFIOS NO CONTROLE DO USO DE AGROTÓXICOS, PAPEL DO ESTADO, DA CIBIO E DAS FORÇAS SOCIAIS NO BRASIL... 	257
<i>Antônio Inácio Andrioli</i>	
15. ASPECTOS DE SAÚDE COLETIVA NA SAÚDE AMBIENTAL: EPIDEMIOLOGIA E GEOGRAFIA EM DIÁLOGO	270
<i>Willian Simões, Paulo Roberto Barbato, Daniela Savi Geremia, Maria Eneida de Almeida</i>	
PARTE 5 – EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	290
16. FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	291
<i>Ricardo Burg Ceccim</i>	
17. A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA UNIVERSIDADE BRASILEIRA.....	311
<i>Maria Vaudelice Mota, Maria do Socorro de Sousa</i>	

**18. EDUCAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM EM TEMPOS DE
AMEAÇAS AO SUS:RISCOS DA FORMAÇÃO À DISTÂNCIA 329**

*Carine Vendruscolo, Eleine Maestri, Julia Valéria de Oliveira Vargas
Bitencourt, Karen Cristina Kades Andrigue*

POSFÁCIO 347

**ANEXO A -
PROGRAMAÇÃO DO I CONGRESSO INTERNACIONAL
DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....363**

**ANEXO B -
DISCURSO DE SOLENIDADE DE ABERTURA.....365**

**ANEXO C -
UM GRITO QUE ECOA371**

**ANEXO D -
EM DEFESA DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE: O PAPEL
DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)
NO PROJETO DA NAÇÃO BRASILEIRA.....374**

**ANEXO E -
CARTA DE CHAPECÓ379**

8. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NA ARGENTINA: CONQUISTAS E DESAFIOS

*Rossano Cabral Lima*¹

*Erica Fernandez*²

*Anderson Funai*³

INTRODUÇÃO

O encontro dos autores deste texto aconteceu durante a realização do I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde, na oficina que teve o mesmo título do capítulo. Um psiquiatra mineiro, uma enfermeira argentina e um enfermeiro paulista que dialogaram sobre as trajetórias das reformas psiquiátricas ocorridas nos dois países latinoamericanos com a intenção de realizar o debate sobre saúde mental, nesta ocasião, no oeste catarinense.

Quando discutimos sobre o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, a contribuição catarinense é praticamente inexistente. O fato mais relevante na história da Reforma ocorrido em Santa Catarina data de 1978, quando Camboriú sediou o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, conhecido como Congresso da Abertura. Pela primeira vez, os movimentos de saúde se reuniram num grande encontro, com a participação de aliados dos setores conservadores, estabelecendo uma “frente ampla” a favor das mudanças reivindicadas (LAPS, 2018).

¹ Doutor em Saúde Coletiva. Professor associado e vice-diretor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

² Licenciada en Enfermería. Magister en Políticas Sociales. Docente Regular de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Misiones. Co-Coordenadora de Biblioteca Virtual en Salud (BVS) Enfermería Argentina.

³ Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

As histórias da(s) psiquiatria(s) e da(s) reforma(s) psiquiátrica(a) parecem ter características muito parecidas. Se observarmos o contexto de Kraepelin na Alemanha, Pinel na França, Maxwell Jones na Inglaterra, Caplan nos Estados Unidos, Basaglia na Itália, observamos a inquietação e a proposição de algo que gerava desconforto e despertava curiosidade, a criatividade para propor o diferente. Alguns propositores desse processo histórico foram mais assertivos e mais coerentes com nossa compreensão sobre direitos humanos e atenção psicossocial, sendo que um deles influencia diretamente a Reforma Psiquiátrica Brasileira, no caso, Basaglia.

O importante a considerarmos é que tais personagens da área da psiquiatria foram propositivos e tentaram desenvolver processos de cuidado alternativos àqueles hegemônicos em seus momentos históricos. Aos trabalhadores, familiares, estudiosos e gestores que estão implicados com essa área da saúde cabe pensar e propor em nosso tempo histórico. Visitemos mais um pouco a história do processo brasileiro e a aproximação com a trajetória argentina.

O BRASIL E SUA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Antes de abordar as origens do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é preciso contextualizá-lo em relação ao movimento da Reforma Sanitária no País. A trajetória de um não é redutível à do outro, mas houve pautas e estratégias em comum entre ambos, nascidos no momento em que a ditadura militar dava sinais de desgaste e os movimentos sociais começavam a rearticular-se.

A segunda metade dos anos 1970 é o período de eclosão do que viria a ser conhecido como “movimento sanitário brasileiro”. Esse movimento se organizou em torno da defesa da mudança dos modelos de atenção e gerenciamento da saúde, da equidade na oferta dos serviços e do protagonismo dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Essas demandas passaram a penetrar em diversas camadas da sociedade, incluindo a Universidade, por meio dos departamentos de medicina preventiva ou de saúde pública. Isso resultou na criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), tendo como eixo principal a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Três anos depois, em 1979, foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, posteriormente rebatizada de Associação

Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o que ocorreu durante a 1ª Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública (AMARANTE, 1998; LIMA e SANTANA, 2006).

Ainda em 1979, no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, realizado em outubro, foi apresentado pelo CEBES aquele que é considerado o documento original de fundação do projeto do Sistema Único de Saúde (SUS). “A Questão Democrática na Área da Saúde” foi escrito originalmente pelos professores do Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ, José Luís Fiori, Hésio Cordeiro e Reinaldo Guimarães, sendo alvo de debates por movimentos sociais vinculados ao CEBES e, a partir daí, se tornando proposta coletiva do Movimento Sanitário (FLEURY, 2009).

No campo da psiquiatria, até o início dos anos 1970, a assistência resumia-se a ambulatorios da Previdência Social, macro-hospitais e asilos do Ministério da Saúde ou das Secretarias Estaduais de Saúde, além das clínicas privadas conveniadas. Na primeira metade daquela década, houve poucas experiências inovadoras, como a comunidade terapêutica no Hospital Pinel, no Rio de Janeiro, a setorização do atendimento no Hospital São Pedro, em Porto Alegre, e alguns documentos oficiais inspirados no preventivismo norteamericano (AMARANTE, 1998). Esse é o período no qual se inicia a difusão da literatura crítica em psiquiatria e saúde mental e ocorre a vinda de alguns de seus autores ao país. Foucault, por exemplo, esteve no Brasil, em 1965, na Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da USP, em 1973, na PUC-Rio e em Barbacena-MG, em 1974, no IMS-UERJ, onde realizou seis conferências, em 1975, novamente na USP, e, em 1976, visitando Salvador, Recife e Belém (RODRIGUES, 2011; 2016).

As narrativas sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil têm como marco inicial o ano de 1978 e tendem a organizar sua trajetória em torno de três períodos (BRASIL, 2005; VASCONCELOS, 2010), com pequenas diferenças em relação aos anos de corte entre eles. Em Brasil (2005), o primeiro período vai de 1978 a 1991; o segundo período vai de 1992 a 2000, e o terceiro período, de 2001 a 2005; em Vasconcelos (2010), o primeiro período vai de 1978 a 1992; o segundo, de 1992 a 2001; e o terceiro, de 2001 a 2010. Amarante (1998) propõe uma periodização distinta, embora também dividida em três fases. A primeira, nomeada de “trajetória alternativa”, localiza-se na segunda metade dos anos 1970; a segunda, “a trajetória sanitaria”, inicia-se nos primeiros anos da década de 1980 e encerra-se com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987; a partir do II Congresso

de Trabalhadores em Saúde Mental, também em 1987, se iniciaria o terceiro período, “a trajetória de desinstitucionalização ou desconstrução/invenção”. A diferença explica-se, em parte, por tratar-se de análise ainda precoce, feita no final dos anos 1990, enquanto as outras são posteriores.

O primeiro período, situado entre 1978 e 1991, tem como eixo a crítica ao predomínio do hospital psiquiátrico, marcado pelo surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), na esteira da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em 1978. A Campanha Nacional de Saúde Mental, iniciada em 1974, havia permitido a entrada de novos profissionais nas unidades psiquiátricas do Ministério da Saúde, o que contribuiu para o arejamento desses serviços por trabalhadores críticos ao modelo asilar. Sua situação trabalhista precária (os contratados recebiam bolsas) e a constatação das péssimas condições das enfermarias nas quais viviam os pacientes psiquiátricos resultaram na deflagração de um movimento de denúncias, greves e demandas trabalhistas, ao qual o governo militar respondeu com demissão em massa nas unidades da DINSAM do Rio de Janeiro (AMARANTE, 1998; BEZERRA, 1994). Herdeiro desse processo de “crise”, o MTSM nasce como rede informal de núcleos regionais (inicialmente, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia) e se torna porta-voz de denúncias ao modelo oficial, de caráter privatizante e “hospitalocêntrico”, formulando propostas de desospitalização, além de demonstrar preocupação com a condição de cidadania dos doentes mentais.

Em 1978, ocorre também o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, denominado Congresso da Abertura, numa época em que a agenda política das associações psiquiátricas ainda encontrava pontos em comum com os movimentos sociais progressistas. Em janeiro de 1979, ocorre o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de São Paulo (AMARANTE, 1998). Esse período também se destaca pelas visitas de Franco Basaglia, que se tornaria a principal referência do movimento antimanicomial. Basaglia esteve no Brasil em 1978 para o I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro, que contou também com a presença de Robert Castel, Felix Guatarri, Erving Goffman, entre outros. Basaglia retornou ao Brasil em 1979, para conferências e visitas a hospícios no Rio, em São Paulo e Minas Gerais (BASAGLIA, 1979; ARBEX, 2013), e novamente naquele ano, para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria.

O final dos anos 1970 também testemunhou a difusão da psicanálise que, reforçada pela chegada de analistas argentinos perseguidos pela ditadura militar daquele país, ganhava forte conotação política, tanto internamente – com contestações a posições da International Psychoanalytical Association (IPA) – quanto no ambiente externo, criticando o apoliticismo de parte dos psicanalistas (BEZERRA, 1994).

No contexto de abertura política, a situação dos hospitais psiquiátricos começou a ganhar cobertura da mídia e tornar-se visível para a população em geral. Em Minas Gerais, Helvécio Ratton dirigiu o documentário “Em nome da razão” e Hiram Firmino publicou a série de reportagens “Nos porões da loucura”, para o jornal Estado de Minas, ambos em 1979, exibindo ao país o interior do manicômio de Barbacena (FIRMINO, 1982). No Rio de Janeiro, em maio de 1980, reportagem do programa Fantástico, da TV Globo, fez o mesmo em relação à Colônia Juliano Moreira, revelando também o interno e artista plástico Arthur Bispo do Rosário.

A década de 1980 é politicamente marcada pelo movimento em defesa de eleições diretas para presidente e de nova constituição federal, incluindo a proposta de sistema único e descentralizado de saúde. No esteio da 8ª Conferência de Saúde (1986), que lança as bases para o SUS, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987. Com 176 delegados, enfatizou a questão dos direitos humanos dos usuários e recomendou que os investimentos ocorressem prioritariamente nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, como estratégia de oposição à tendência “hospitalocêntrica”. A I Conferência produziu poucos resultados práticos nas políticas assistenciais, em parte pela resistência da Federação Brasileira de Hospitais e da burocracia estatal. Porém, um de seus desdobramentos foi o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em Bauru (SP) em dezembro do mesmo ano, contando com 350 congressistas (AMARANTE, 1995). Surge o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, marcando a ampliação do escopo do movimento, que deixa de ser composto apenas por “trabalhadores de saúde mental”, incluindo novos atores e se constituindo como “movimento antimanicomial”.

Nesse mesmo período, surgem as primeiras experiências locais de superação do modelo vigente de assistência psiquiátrica. Em 1987, é inaugurado o CAPS Prof. Luiz Cerqueira, na cidade de São Paulo, representando uma resposta

à insuficiência do binômio ambulatório-internação para psicóticos e neuróticos graves (GOLDBERG, 1996). Inspirado no movimento “psicoterapia institucional francesa”, o CAPS da Rua Itapeva se oferecia como espaço aberto de convivência cotidiana, no qual se pratica a clínica ampliada, onde a escuta do sujeito e sua participação nas decisões terapêuticas são o eixo do tratamento. Dois anos depois, em 1989, a prefeitura de Santos (SP) realizou intervenção na Casa de Saúde Anchieta, tradicional hospital psiquiátrico da cidade, iniciando a implantação de uma rede de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), abertos 24 horas por dia, além de moradias para egressos do hospital, cooperativas de trabalho e iniciativas culturais – a rádio Tamtam, composta por técnicos e usuários, foi o exemplo mais conhecido.

Como resultado do acúmulo de força política pelo movimento antimanicomial, em 1989 foi apresentado na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 3657/89, pelo deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores do estado de Minas Gerais. Inspirado na Lei 180 da Itália, conhecida como Lei Basaglia, aprovada em 1978, o texto da Lei Paulo Delgado impedia a construção de novos hospitais e a contratação de leitos psiquiátricos pelo poder público. Do mesmo modo, direcionava os recursos públicos para a criação de serviços não manicomial e tornava obrigatória a comunicação das internações involuntárias à justiça. O projeto passou por longa tramitação, envolvendo negociações com forças conservadoras que a ele se opunham e só foi aprovado – com modificações – mais de 10 anos depois (ARBEX, 2013).

O segundo período da Reforma Psiquiátrica, de 1992-2000, (BRASIL, 2005; VASCONCELOS, 2010), é marcado pelas primeiras normas federais e pelo início da implantação efetiva da rede extra-hospitalar no país. A nova década inicia-se com a promulgação da Lei 8080/1990, que regulamenta a implantação do Sistema Único de Saúde, como determinava a Constituição de 1988. O governo federal, apesar de ser politicamente conservador e economicamente liberal, cria a Coordenadoria de Saúde Mental (substituindo a DINSAM), que edita as primeiras normas regulamentando a implantação e financiamento de serviços de atenção diária e a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Soma-se a isso que, no decorrer dos anos 1990, sete estados (CE, ES, MG, PR, PE, RN, RS) e o Distrito Federal promulgam leis de reorientação da assistência psiquiátrica inspiradas no projeto de lei Paulo Delgado. Ao lado dos avanços normativos e legislativos, haveria lenta ampliação do número de CAPS, redução de leitos e

fechamento de hospitais psiquiátricos e incentivo a leitos em hospitais gerais. No final dos anos 1990, o país conta com 208 CAPS, mas 93 % dos recursos para a saúde mental eram consumidos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005). Os anos 1990 também testemunham o nascimento dos primeiros serviços de saúde mental para crianças e adolescentes no referencial da atenção psicossocial comunitária. O Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil (CERSAMI) de Betim (MG) surge em 1994, e o CAPSi Pequeno Hans, no Rio, em 1998 (FERREIRA; BONTEMPO, 2012; BRASIL, 2013).

Outro evento importante do período foi a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, inspirada na Conferência de Caracas (OPAS), de 1990, que, em reunião dos países da região, definiu os princípios para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas, redirecionando-a para serviços de base comunitária e para os hospitais gerais. A II Conferência teve etapas municipais e estaduais e foi a primeira a contar com presença expressiva de usuários e familiares (20 % do total de participantes).

O terceiro período, de 2001-2015, corresponde à institucionalização da Reforma Psiquiátrica, que passa a abranger não apenas um movimento social, mas também uma política de Estado (BRASIL, 2005; VASCONCELOS, 2010). Nessa etapa, a reorientação do modelo de assistência em saúde mental se consolida, ganhando mais respaldo social, político e jurídico.

O marco inicial desse período é a aprovação, em 2001, da Lei 10.216, fruto de longa negociação no Congresso Nacional em torno do projeto de lei 3657/89, envolvendo seus defensores – ligados ou não ao movimento antimanicomial – e seus opositores – especialmente a Federação Brasileira de Hospitais e a Associação dos Familiares de Doentes Mentais (AFDM). A lei trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais, regulamenta as internações (determinando que as de caráter involuntário sejam comunicadas em até 72 horas ao Ministério Público) e reorienta a assistência em saúde mental, na direção de um modelo comunitário de atenção integral. Porém, ao contrário do projeto inicial, não impede a construção de novos hospitais nem a contratação de leitos psiquiátricos.

Em 2001 também ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo tema foi “Cuidar sim. Excluir não”. A dimensão da III Conferência superou a das anteriores: foi antecedida por 163 conferências municipais, 173 microrregionais e regionais e 27 conferências estaduais; sua etapa nacional contou com 1700 participantes aproximadamente. Sua pauta foi ampla, incluindo desde temas mais

abrangentes, como desinstitucionalização, política de recursos humanos, financiamento, acessibilidade, direitos e controles sociais, até temas mais específicos, como a atenção a usuários de álcool e outras drogas e a proposta da “rede de atenção integral” para crianças e adolescentes, tendo nos CAPSi o principal dispositivo. Por fim, foi também em 2001, de acordo com Vasconcelos (2010), que o movimento antimanicomial se divide entre o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila).

O ano seguinte foi marcado por um ato de gestão, a edição da Portaria 336/2002 pelo Ministério da Saúde, que define e normatiza os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad. A partir de 2003, com o início do governo Lula, se aprofunda o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, por meio do Programa de Volta para Casa, do pagamento de benefícios para sustentar a saída de moradores de hospitais psiquiátricos e de sua alocação na família ou em Serviços Residenciais Terapêuticos. Políticas de inclusão social pelo trabalho e Centros de Convivência e Cultura são exemplos de outras iniciativas de reabilitação psicossocial implementadas nesses anos (BRASIL, 2015).

O ponto culminante do período foi a realização, em 2010, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, tendo como tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Essa conferência foi antecedida pela “Marcha dos usuários”, ocorrida em Brasília, em setembro de 2009, com a presença de mais de 2300 pessoas de todo o Brasil. Organizada principalmente pela Renila, a marcha teve papel político fundamental, fazendo pressão para que o Conselho Nacional de Saúde convocasse a Conferência (VASCONCELOS, 2010).

No ano seguinte, o destaque cabe para a edição da Portaria 3088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS articula serviços já existentes, como os CAPS, e novos serviços, como as Unidades de Acolhimento para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade, aos demais equipamentos de saúde e às outras redes de saúde, como a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. É importante ressaltar que a última é fruto de um movimento de empoderamento desse grupo social, a partir da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2007, que adquiriu estatuto de lei nacional ao ser promulgada pelo Decreto 6949/2009. Desde então, vêm surgindo diversas interfaces entre o campo da deficiência e a saúde mental, mas

nem sempre tem sido possível a construção de políticas consensuais entre ambos. Em 2013, por exemplo, o Ministério da Saúde publicou dois documentos dirigidos para a mesma população – os autistas e seus familiares –, sendo que um foi produzido pela saúde mental e outro pela saúde da pessoa com deficiência (BRASIL, 2013a; 2013b. OLIVEIRA, 2016).

Assim, no final de 2014, o Brasil contava com 2209 CAPS, 610 Serviços Residenciais Terapêuticos (abrangendo 2031 moradores) e 4349 beneficiários do Programa de Volta para Casa. Os gastos com ações comunitárias psicossociais representavam cerca de 80% dos recursos da área – em 2002 eram apenas 25%, enquanto o hospital psiquiátrico consumia 75% dos gastos. O número de leitos em hospitais psiquiátricos havia caído para 25.998, com predomínio de hospitais de menor porte (até 160 leitos). Contudo, os leitos de saúde mental em hospitais gerais, que são alternativas para hospitalização em casos agudos, eram apenas 888 em todo o país. Além disso, a distribuição de todos esses equipamentos e ações tem sido desigual; no caso dos CAPS, em 2014 a Paraíba tinha 1,57 CAPS para cada 1000 habitantes (cobertura considerada “muito boa”) enquanto no Espírito Santo o índice era de 0,46 CAPS por 1000 habitantes (cobertura “regular/baixa”) (BRASIL, 2015).

Em 2016, começa o que entendemos como a quarta fase do processo de Reforma, na verdade, a fase da contrarreforma. Para Vasconcelos (2016), a quarta fase se inicia antes, já em 2010, no contexto de recessão econômica global, de redução do investimento das políticas sociais e no SUS e das crises do governo de coalizão de Dilma Rousseff. No campo da saúde mental, um dos principais problemas desse período é a difusão do *crack*, gerando como resposta as políticas de limpeza urbana e internações em comunidades terapêuticas, ao lado da incapacidade da rede de atenção psicossocial em oferecer estratégias de assistência eficazes.

Esse período, aliás, se inicia no final de 2015, no contexto da crise de sustentação política do governo Dilma, quando a presidenta, na tentativa de garantir apoio do PMDB, nomeia o deputado Marcelo Castro como Ministro da Saúde. Castro é psiquiatra – embora desde que se tornou político profissional não tenha se dedicado à especialidade – e indica um antigo aluno, Valencius Wurch, como novo Coordenador Nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. Valencius havia sido, nos anos 1990, diretor técnico da Casa de Saúde Doutor Eiras, em Paracambi, Rio de Janeiro, maior hospício privado da América Latina, alvo de

denúncias de maus tratos e diversas outras violações de direitos dos pacientes, finalmente fechado em 2012. Ele interrompe a tradição, iniciada em 1991, da Coordenação de Saúde Mental ser liderada por nomes diretamente ligados à Reforma Psiquiátrica. Sua nomeação provocou forte reação do campo, desaguando no movimento “Fora Valencius”, que se espalhou por diversas cidades do país e promoveu a ocupação da sala daquela Coordenação durante 121 dias (VASCONCELOS, 2016; DIAS, 2016). Após a saída de Castro do Ministério, Valencius foi exonerado em 9 de maio de 2016.

Após o golpe do impeachment da presidenta Dilma, o engenheiro e empresário Ricardo Barros é nomeado Ministro da Saúde por Michel Temer, como parte do acordo político com o Partido Progressista. Barros escolhe como Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas o psiquiatra Quirino Cordeiro Jr., que toma posse em 10 de fevereiro de 2017. Ao contrário de Wurch, Quirino é indicação explícita da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que, desde o início dos anos 2000, se tornou crítica ferrenha da Reforma Psiquiátrica. Em dezembro de 2017, a proposta de “novas” diretrizes para as políticas públicas de saúde mental foi aprovada – com modificações – pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sendo comemorada pelos setores conservadores como “A segunda reforma psiquiátrica” (LARANJEIRAS, 2017) e saudada pelo ex-presidente da ABP, Antônio Geraldo, e pelo próprio Cordeiro como vitória “após quase 30 anos de uma política pública de saúde mental no Governo Federal, que desfocou o atendimento e gerou a desassistência [...]” (GERALDO; CORDEIRO, 2018, p. 22).

As novas diretrizes propostas por Quirino e a ABP implicam, entre outras medidas, a inclusão do Hospital Psiquiátrico Especializado na RAPS, com reajuste do valor de suas diárias, custeio para aparelhagem de eletroconvulsoterapia e interrupção do processo de redução dos leitos psiquiátricos. E também a ampliação das vagas e do financiamento de Comunidades Terapêuticas para o tratamento em regime fechado de pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2017a; 2017b). Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica no Brasil pós-golpe enfrenta um dilema: avançar ou resistir? Por um lado, ainda há enormes desafios estratégicos para a implantação plena da rede de atenção psicossocial em boa parte do país; por outro, a perspectiva real de retrocesso nas políticas de saúde mental aponta para a necessidade tática de defender o que foi conquistado até agora, deixando a busca de novos avanços para tempos mais favoráveis. Enquanto nuvens sombrias continuarem pairando sobre a Reforma Psiquiátrica

no Brasil, gestores, trabalhadores e usuários precisam encontrar brechas a nível local, especialmente em seus municípios, produzindo pequenas ações cotidianas que mantenham vivo o espírito antimanicomial e não nos deixem esquecer dos desafios políticos e assistenciais que ainda temos que enfrentar.

Entre os desafios aguardando resposta em nossa agenda, podemos destacar: a superação da lacuna assistencial na atenção à crise, especialmente nas cidades de médio e grande porte, agravada pela escassez de CAPS III e de leitos psiquiátricos em unidades de emergência ou hospitais gerais e pela superlotação e limitações estruturais dos CAPS II; a atenção aos transtornos psiquiátricos menores, tanto em crianças como em adultos, evitando medicalizar questões sociais; a integração de forma eficiente da saúde mental na atenção básica, de modo que haja cooperação e não competição entre CAPS e ESF; a politização da relação com os familiares e suas associações, com destaque para o caso do autismo; o investimento em formação permanente, furando o “bloqueio acadêmico” ainda existente em faculdades Brasil fora; o avanço nas políticas intersetoriais, sabendo que muitas das ações psicossociais dependem de atores e setores fora do campo da saúde; a produção de dados epidemiológicos dos territórios abrangidos pelos serviços e sobre os próprios equipamentos de saúde mental; a avaliação qualiquantitativa dos dispositivos de cuidado, com a construção de indicadores para auxiliar no planejamento de ações clínico-territoriais, no monitoramento de seu andamento e na determinação de sua efetividade na vida dos usuários e famílias assistidas.

Por fim, o enfrentamento das velhas e novas formas de institucionalização e práticas de “cuidado” em regime fechado, com pouca integração com a RAPS, envolvendo especialmente as Comunidades Terapêuticas, e, no caso de crianças e adolescentes, o Sistema Nacional de Atendimento Sócio-Educativo (SINASE). Ou seja, não são poucas as tarefas e os obstáculos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Vejamos agora quais são as peculiaridades desse processo no país vizinho.

A EXPERIÊNCIA ARGENTINA

Atualmente, a atenção à saúde mental na Argentina passa por um processo instável de transição. Dizemos “instável” porque, por um lado, há ações concretas

que mostram avanços na promoção das políticas na área da Saúde Mental nos últimos anos e, por outro lado, há dificuldades em aplicá-las e sustentá-las.

Nessas linhas, tentaremos abordar aspectos dessas duas dimensões das políticas que materializam o processo de instalação do novo modelo de atenção à Saúde Mental.

Em relação à primeira dimensão e aos avanços mencionados anteriormente, eles se refletem na formulação de políticas voltadas para a instalação de um novo modelo de abordagem ao problema dos transtornos mentais, que se caracteriza por promover a atenção dos indivíduos a partir de um enfoque de direitos e igualdade no acesso à atenção integral à saúde. Esse modelo diferencia-se claramente do modelo tradicional de atenção, que, historicamente, foi representado pela exclusão, característica de instituições totais, além da conhecida peculiaridade do protagonismo dos hospitais psiquiátricos asilares como o único modo de tratamento.

Galende (2006) aponta que, nos últimos vinte anos, estratégias de participação comunitária foram incorporadas e que alguns locais mudaram seu nome tradicional de Hospital Psiquiátrico para Centro de Assistência e Reabilitação, introduzindo modificações no serviço que, tradicionalmente, era oferecido pelo hospital psiquiátrico. Contudo, esses avanços não envolviam mudanças radicais.

Na Argentina, desde meados do século XX, houve tentativas de reorientar a abordagem da Saúde Mental a partir de um enfoque não convencional. Os antecedentes históricos da implementação de modelos de gestão comunitária incluem a experiência no Hospital de Lanús, com Mauricio Goldenberg, na década de 1950, que incorporou dispositivos de atenção na comunidade, deixando sinais claros de que havia outras formas de abordar o problema mental. Mais tarde, no final dos anos 1980, após a ditadura militar, o processo de desinstitucionalização na província do Rio Negro revelou-se como experiência modelo para a América Latina e demonstrou que a desinstitucionalização era realmente possível por meio de uma experiência concreta, o fechamento do Hospital Psiquiátrico na cidade de Allen. Cohen (1994) adverte que o processo de desinstitucionalização tem como objetivo produzir profundas transformações nas pessoas, construindo uma nova cultura para os diferentes. Para que isso possa se concretizar, é necessária a intervenção de todos os setores da comunidade. Nesse contexto, a desinstitucionalização foi entendida como a transformação de um sistema de saúde mental. Assim, a abordagem deixaria de focar os hospitais psiquiátricos

e permitiria que as pessoas com transtornos mentais vivessem na comunidade, tornando-as parte do direito à igualdade de cuidados como as demais pessoas com outros problemas de saúde.

Em 2001, através da Lei 25.421, foi criado o Programa de Assistência Primária à Saúde Mental (APSM). No artigo quarto do documento, ressalta-se o que se entende por atenção primária, prevenção, promoção e proteção da saúde mental. Trata-se da estratégia de saúde baseada em procedimentos de baixa complexidade e alta efetividade, dirigida a indivíduos, grupos ou comunidades. Os objetivos seriam evitar o desencadeamento de doenças mentais e desestabilização psíquica e auxiliar as pessoas doentes em busca de reabilitação e reinserção familiar, laboral, cultural e social, após a superação da crise ou internação prolongada. No entanto, esta legislação não teve repercussões significativas na prática.

Nesse contexto, as ações mais concretas, como as políticas de Estado, são materializadas a partir do paradigma dos direitos humanos, firmemente estabelecido na Argentina, depois de vários governos democráticos, já superando as vicissitudes deixadas pela ditadura militar. Um avanço importante foi a criação da Direção Nacional de Saúde Mental no início de 2010 e, no final do mesmo ano, a sanção da Lei Nacional de Saúde Mental nº 26.657, que constitui o marco regulatório para o cuidado da saúde mental da população. Assim, são claramente delineadas políticas destinadas ao cuidado com a saúde mental nos hospitais gerais em todo o país.

Entretanto, como apontado por Cohen e Natella (2013), a desinstitucionalização não começa nem termina com uma lei, que é o ponto de partida, apenas parte do caminho que deve ser percorrido quando um processo tão radical como este é realizado. Para sua efetivação, é necessário construir novas formas de pensar a realidade, elaborar novas práticas e modificar representações em torno do modo tradicional de lidar com a doença mental, o que implica um trabalho imenso.

Essa política substantiva tentou gerar um novo espaço de atenção, promovendo a expansão das fronteiras do cuidado em hospitais públicos que tradicionalmente abordavam problemas de saúde em geral, mas não na esfera psiquiátrica. A partir dessa tendência paradigmática, cria-se o Programa Nacional de Saúde Mental, lançado no final de 2011, em diversos hospitais gerais, com programas de atendimento a crises em emergências, consultórios, nos Centros Comunitários de Integração (CIC) e Centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS), distribuídos em diferentes partes do país.

A implementação de práticas por meio de programas subsidiados constitui a primeira experiência no país de atenção em saúde mental da população a partir de uma nova visão, um direito que esteve ausente até o momento. Essa iniciativa visa mudar o modelo de atenção psiquiátrica em vigor, com um olhar para a reordenação social, debatida desde a Declaração de Caracas em 1990. Essas particularidades foram vistas como um avanço claro em termos de políticas públicas no início do século XXI, apontando para uma nova abordagem da Saúde Mental, resultando em ações concretas como as políticas de Estado.

Seguindo esse eixo transformador, não podemos deixar de mencionar que, pela Resolução 2177/2013 do Ministério da Saúde da Nação, o Plano Nacional de Saúde Mental 2013-2018 é oficialmente aprovado. Nele são propostas ações e metas de trabalho para assegurar o direito à proteção da saúde mental da população e o pleno gozo dos direitos humanos das pessoas com doenças mentais, conforme a Lei Nacional de Saúde Mental nº 26.657 e seu Decreto Regulamentar nº 603/2013 do Ministério da Saúde da Nação (ARGENTINA, 2013a; 2013b).

O plano apresenta a abordagem interdisciplinar como um dos desafios a enfrentar no novo cenário diante do modelo comunitário em saúde mental. Nesse contexto, as responsabilidades interdisciplinares não colocam em xeque a relevância dos participantes, no entanto, repensam a hegemonia construída nesse campo da saúde. Esse documento, sem desconsiderar as fragilidades do sistema, como a estigmatização e a discriminação de pessoas com sofrimento mental, inseridas em um sistema com redes escassas, que o distanciam do modelo inclusivo proposto pela lei nacional, propõe o seguinte:

Elaborar estratégias para implementar, monitorar e avaliar projetos, programas e atividades que promovam a não estigmatização e a não discriminação dos usuários de serviços de saúde mental e dependentes químicos e a desnaturalização de mitos e preconceitos que afetam o pleno cumprimento de seus direitos (ARGENTINA, 2013b).

Além disso, outro objetivo do plano é aumentar a acessibilidade aos serviços, dispositivos e às atividades de Saúde/Saúde Mental da população, erradicando aquelas práticas que contribuem para gerar representações sociais estigmatizantes e dificultar o exercício da cidadania. Outra meta é criar de forma programada, gradual e definitiva os serviços de Saúde Mental em Hospitais Gerais com leitos para internação e atendimento de emergência.

Em concordância com a apresentação do plano, em 2013, pelo Decreto Regulamentar nº 603/2013, é efetivada a regulamentação da Lei Nacional promulgada três anos antes. Desse modo, promove-se uma rede de serviços com base na comunidade, ou seja, um conjunto de serviços coordenados e integrados. O objetivo é garantir o processo integral de atenção e inclusão social, que deve abranger serviços, dispositivos e benefícios, como Centros de Atenção Primária à Saúde, serviços de saúde mental nos Hospitais Gerais com internação e sistemas de atendimento de emergência (ARGENTINA, 2013a).

Retornando à segunda dimensão proposta no início deste tópico, a respeito das dificuldades na aplicação e sustentabilidade das políticas que se pretendem implementar, percebe-se que, em relação à atenção aos problemas mentais nos hospitais gerais, existe uma intensa luta por parte dos trabalhadores dos programas de saúde mental, instalados desde 2011, para a construção de uma nova cultura de cuidados que contemple o direito das pessoas com problemas mentais a uma atenção igualitária no contexto da saúde, da mesma forma que quaisquer problemas físicos.

No entanto, a aplicação dessas políticas coloca novos desafios, para se aproximar das recomendações que, desde Alma-Ata, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata (OMS/OPAS/CONICET), realizada em 1978, propõem ações orientadas para a inclusão de toda a população, baseadas na Atenção Primária à Saúde (APS). Embora essas estratégias funcionassem para o pensamento sanitário centrado na saúde da família e da comunidade, a assistência psiquiátrica continuava, em grande parte, comprometida com a modalidade asilar. As políticas de saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) têm visado modificar essa distorção da prática psiquiátrica, realizando uma reflexão profunda sobre os problemas de saúde e as doenças mentais.

É possível observar resistências e tensões por parte dos profissionais dos hospitais gerais à integração das novas modalidades de atenção ao indivíduo doente e seu ambiente sociofamiliar. Nesse sentido, e como demonstram as correntes inovadoras, a tendência da busca por uma modalidade alternativa ao modelo convencional é objeto de polêmica não apenas em nosso país, mas em todo o mundo, onde diferentes posições coexistem na perspectiva de cada ator das equipes de saúde.

Os programas de assistência à crise, que foram protagonistas da incorporação de equipes interdisciplinares e prometiam um cenário mais igualitário em

termos de acesso à saúde, apesar de insistirem em inserir-se como novos atores nas rotinas hospitalares, não tiveram níveis iguais de aceitação nos diferentes pontos onde foram estrategicamente incluídos. E, ao não conseguir capitalizar as pequenas, mas, ao mesmo tempo, grandes conquistas que foram feitas nos diferentes níveis de atenção primária à saúde, como a prestação de serviços domiciliares, resolução de crises, interação com diferentes disciplinas, fornecimento de medicamentos, entre outros, acabaram contando com um número cada vez menor de recursos humanos. Entre 2016 e 2017, com a mudança de governo (em dezembro de 2015, o Sr. Mauricio Macri tornou-se presidente da Argentina), grande parte desses programas foi fechada ou conservaram a estrutura inicial de forma mínima, reduzindo as possibilidades de ação interdisciplinar, tão necessária para abordar problemas mentais, vulnerabilizando, assim, o direito dos usuários.

Mencionadas as dificuldades do campo relacional, geradas pela entrada dos profissionais da saúde mental nos serviços de saúde geral, outro aspecto determinante é o custo econômico que demanda a implementação, manutenção e avaliação dos programas. Nesse sentido (a partir da experiência rio-negrina), entre os fatores mais relevantes que dificultam a reforma social dos serviços de saúde mental, Cohen e Natella (2013) elencam os seguintes:

- a. estigma, preconceito e falta de informação;
- b. falta de formação adequada dos profissionais, como psicólogos e psiquiatras, tanto na graduação quanto na pós-graduação;
- c. gestão de serviços;
- d. interesses econômicos dos laboratórios farmacêuticos.

Por outro lado, houve um grande movimento na área educacional, que incluiu cursos de formação, fóruns, cursos de graduação, especializações e cursos de pós-graduação, trazendo como consequência a produção de livros digitais e impressos para promover o novo modelo e a sistematização de experiências que foram realizadas em diferentes lugares. O resultado positivo gerado foi o aumento da produção promovida pelo Estado, a partir de universidades e organismos públicos.

Assim, em decorrência desta tendência, surgem numerosos estudos, muitos deles interdisciplinares, sobre o tema Saúde Mental, investigando diferentes aspectos do novo modelo de atenção.

Em 2014, a Comissão Interministerial Nacional de Políticas de Saúde Mental e Dependências elaborou documento com recomendações para os currículos das universidades públicas e privadas, a partir do artigo 33 da Lei Nacional Nº 26.657, como resultado de um processo de consulta e discussão realizado com especialistas, autoridades locais no campo da saúde mental, organizações da sociedade civil, sociedades profissionais e agências governamentais. No documento, recomenda-se a adoção da abordagem de direitos, a inclusão social e a interdisciplinaridade como eixos transversais de formação, extensão e pesquisa no ensino superior. Isso marca uma política de Estado clara, que responde ao que é proclamado pela Lei 26.657 e é uma força para a nova política de saúde mental.

Muitas províncias argentinas aderiram à Lei Nacional 26.657; outras estão em processo de preparação de leis provinciais. Em algumas partes do país, foi lançado um programa de construção de moradias assistidas para dar continuidade às políticas que priorizam o tratamento ambulatorial. No entanto, o progresso em termos de fechamento de dispositivos com características asilares é lento, e há dificuldades em instalar novos serviços e sustentar estratégias no âmbito da comunidade, mostrando as fragilidades na modificação do sistema de saúde, mesmo com a legislação vigente.

No ano de 2017, instala-se um novo debate, que deve gerar inquietação em quem defende o direito à saúde, uma vez que se coloca em discussão a possibilidade de um projeto de reforma, por decreto, da regulamentação da Lei Nacional de Saúde Mental, o que implicaria uma modificação completa dessa lei. Este panorama alertou organizações sociais e de direitos humanos, associações profissionais e instituições vinculadas à saúde mental e houve oposição significativa à aprovação do decreto de alteração. Embora a aprovação não tenha se concretizado, o tema tem despertado grande preocupação, mostrando a forma como as organizações profissionais, os familiares e os usuários dos serviços de saúde mental estão envolvidos no processo. Apesar da possibilidade de retrocesso, a participação de diferentes atores sociais que manifestaram sua oposição à aprovação das modificações é vista como uma força positiva.

O modelo da reforma implica ressaltar os aspectos mais saudáveis das pessoas, promovendo o bem-estar delas, o que requer necessariamente a intervenção dos órgãos estatais para formular, aprovar e controlar políticas sociais voltadas a aspectos que não foram considerados anteriormente na atenção integral à saúde. Contudo, a partir da realidade argentina, observa-se com preocupação

que, depois de haver avanços importantes no que diz respeito à reforma da saúde mental, ressurgem ideias que obscurecem as experiências positivas, apontando as contingências às quais o processo de reforma está exposto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil reflete o momento político, econômico e social do país, que combina retrocessos nos direitos sociais e restrições ao exercício da plena democracia. Esse cenário demandará tempo e ação para sua superação, pois envolve a ascensão de um grupo político ultrac conservador ao governo federal. Porém, é certo que, num futuro próximo, outros atores-autores reescreverão esta história para narrar o fracasso da contrarreforma e a retomada do protagonismo dos trabalhadores e usuários na definição dos rumos da atenção psicossocial no país.

Em relação à Reforma Psiquiátrica na Argentina, o aspecto legal de regulamentação encontra-se em processo de mudança, o que é apontado como retrocesso em relação à Lei Nacional de Saúde Mental e tem estimulado a articulação de trabalhadores, familiares e usuários do sistema de saúde.

No contexto brasileiro, o dilema “avançar ou resistir” ocupa as mentes dos atores envolvidos com a área, e podemos observar que a Argentina vivencia experiência semelhante. A história demonstra que interesses econômicos tiveram peso na regulamentação da Lei 10.216 no Brasil, e decisões unilaterais estão acontecendo para reformular a política nacional de saúde mental, sendo consideradas equivocadas pelos militantes da área.

A disputa pelos espaços de tomada de decisão precisa estar em pauta a todo tempo, a todo instante, pois os processos sociopolíticos nunca estão finalizados. Será que houve um “gap” entre a geração que militou desde a década de 1970 e conseguiu a promulgação (mesmo com várias alterações) da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira em 2001 e os militantes que hoje ocupam os espaços de atenção à saúde mental? Os “jovens” profissionais contemporâneos podem ter acreditado que a Reforma estava pronta e foram surpreendidos, em um piscar de olhos, pelo que temos denunciado: Golpe! Os processos brasileiro e argentino de Reforma enfrentam momentos difíceis, mas os militantes dos dois países podem e devem aprender uns com os outros e transformar esse diálogo mútuo

em instrumento de ação política, tendo sido esse o objetivo deste texto escrito a seis mãos latino-americanas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. **Resolución 2177/2013** del Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 Bs As: Arg. 2013a.

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. **Decreto reglamentario Nº 603/2013**. Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Arg. 2013b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). Crônicas da resistência em tempos de desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Boletim da Saúde Mental 01**. São Paulo, janeiro de 2018.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BEZERRA JR., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.). **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental.

Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

BRASIL. **Portaria n. 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. **Resolução CIT No. 32**, de 14 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu---o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2018.

CEBALLOS, F. **El Manicomio**: crônicas de una lógica que coloniza subjetividades. Córdoba: Universitaria de Villa María. 2011.

COHEN, H.; NATELLA, G. **La Desmanicomialización**: Crónica de la reforma del sistema de Salud Mental en Río Negro. Bs. As.: Lugar Editorial, 2013, p. 82.

COHEN, H. **Políticas en Salud Mental**. Bs.As: Lugar Editorial.1994.

DIAS, Bruno. **Operação Fora Valencius é desmantelada com ação da Polícia Federal**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/movimentos-sociais/ocupacao-fora-valencius-e-desmantelada-com-acao-da-policia-federal/17208/>. Acesso em: 15 jul. 2018.

FERREIRA, T.; BONTEMPO, V. L. (org.). **Crianças e adolescentes**: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos. Belo Horizonte: CRV, 2012.

FLEURY, S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, jan./abr. 2009.

GALENDE, E. **Psicoanálisis y salud mental**. Bs. As: Editorial Paidós. 2006.

GERALDO, A.; CORDEIRO, Q. Acabou!!!!!! *In*: ABRASME. Crônicas da resistência. **Boletim de Saúde Mental 01**. São Paulo: ABRASME/UNISOL, 2018.

GOFFMAN, E. **Internados**: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1972.

LARANJEIRAS, R. A segunda reforma psiquiátrica. *In*: ABRASME. Crônicas da resistência. **Boletim de Saúde Mental 01**. São Paulo: ABRASME/UNISOL, 2018.

LIMA, N. T.; SANTANA J. P. (org.). **Saúde Coletiva como compromisso**: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RODRIGUES, H. de B. C. Michel Foucault no Brasil – esboços de história do presente. **Verve**, 19: 93-112, 2011.

Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8669>. Acesso em: 20 abr. 2018.

RODRIGUES, H. de B. C. **Ensaio sobre Michel Foucault no Brasil**: Presença, efeitos, ressonâncias. Rio de Janeiro: Lamparina, 2016.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016.

PARTE 3 –

**INVESTIMENTO SOCIAL
E AUSTRIDADE FISCAL: DESAFIOS**

Revisão dos textos

Autores

Capa

Mariah Carraro Smaniotto

Preparação e revisão final

Marlei Maria Diedrich

Divulgação

Diretoria de Comunicação Social

Projeto Gráfico

Mariah Carraro Smaniotto

Formato do e-book

e-Pub, Mobi e PDF

Diagramação

COMUNICA (Agência de Comunicação EIRELI)

S255 Saúde coletiva: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde / organizadoras Daniela Savi Geremia, Maria Eneida de Almeida. – Chapecó : Ed. UFFS, 2021. – il. color.

ISBN: 978-65-86545-54-8 (PDF)
978-65-86545-56-2 (e-pub)
978-65-86545-55-5 (Mobi)

1. Saúde coletiva 2. Saúde pública 3. Sistema Único de Saúde
4. Direito à saúde I. Geremia, Daniela Savi (org.) II. Almeida,
Maria Eneida de (org.)

CDD: 614