

# Porque a Reforma Psiquiátrica é possível

## *Why Psychiatric Reform is possible*

Edmar Oliveira<sup>1</sup>, Ana Szapiro<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042020E302

**HERDEIRA DE UM MOVIMENTO DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL (MTSM)**, que como tantos outros movimentos sociais se anteciparam aos partidos políticos em reivindicações de grupamentos específicos, quando a ditadura militar dava sinais de esgotamento, a Reforma Psiquiátrica Brasileira impôs uma nova prática em saúde mental. Desde o seu início, ela questionou o manicômio para se firmar como uma nova proposta de cuidados em saúde mental tendo por base um tripé que reivindicava direitos, ética e tratamento comunitário. Reivindicou o direito da pessoa com transtornos mentais no campo dos direitos humanos; propôs uma ética inclusiva à sociedade em relação à loucura; e apresentou uma alternativa de serviços comunitários e substitutivos em oposição ao manicômio. Portanto, essa sustentação foi construída como resposta possível ao lema ainda utópico do MTSM: ‘Por uma sociedade sem manicômios’.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do ‘Movimento Sanitário’, nos anos setenta, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Contudo, se a Reforma Psiquiátrica é contemporânea da Reforma Sanitária, ela tem uma história própria ligada ao movimento internacional para a superação da violência asilar. O MTSM, fundado ainda na ditadura e no seu II Encontro, conhecido como Congresso de Bauru, lançou a utopia reformista ‘Por uma Sociedade sem Manicômios’ o que significava construir uma nova forma social e cultural de lidar com a loucura.

Desinstitucionalizar o louco. Não porque se almejasse sua cura, mas, ao contrário, abrir as condições de possibilidade de produção de vida, como Rotelli<sup>1</sup> ressaltava. Desinstitucionalizar era, neste sentido, acreditar que era possível ao louco inventar seus modos de andar a vida fora dos muros do manicômio. Era necessário sustentar uma política de grande fôlego que, naqueles idos da década de oitenta de fim do século XX, tendo como referência a reforma psiquiátrica italiana e acompanhado do olhar de otimismo para o processo de reconstrução democrática no Brasil, buscava-se criar as condições necessárias para, ao fim, podermos sepultar toda a lógica fundadora da tecnologia alienista pineliana.

Este era o cenário no qual, em 1987, fundou-se, em São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps Luís Cerqueira), possibilitando discussões que iriam finalmente propor uma assistência comunitária, o que veio a caracterizar a nossa Reforma Psiquiátrica. Ainda nesse mesmo ano, a I Conferência de Saúde Mental propôs a inserção da Reforma Brasileira no Sistema Único de Saúde (SUS), o que aconteceria no ano seguinte com a promulgação de nossa Constituição, considerada e nomeada a Constituição-Cidadã, dado que nela se afirmava

<sup>1</sup>Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.  
edmarsoliveiras@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



afirmava o papel de proteção social do Estado. Em 1989, através do que ficou conhecido como o Processo de Santos, após uma intervenção da Prefeitura de Santos no Hospital Psiquiátrico particular Anchieta, aconteceu a primeira experiência de criação de uma ‘rede substitutiva’ na prática da Reforma Psiquiátrica, sendo este o momento importante para experimentar o modelo em rede. Surgiu então a proposta de apresentação de uma lei que buscava garantir a transformação que já se encontrava em andamento na saúde mental – a conhecida Lei Paulo Delgado<sup>2</sup>. Embora longe de sua proposta inicial e após uma série de negociações parlamentares, apenas em 2001 essa lei foi aprovada, recebendo o número 10.216. Denominada Lei da Saúde Mental, a Lei Paulo Delgado possibilitou a implantação da Reforma Psiquiátrica em todo o Território Nacional.

Entretanto, antes disso, ainda na última década do século XX, e inspirados no Projeto Paulo Delgado, que ainda tramitava sem aprovação, vários estados criaram leis que determinavam a substituição progressiva dos hospitais por uma rede substitutiva. Também nesse período, foram criadas normas e diretrizes para a criação de serviços substitutivos, enquanto eram aplicadas normas de fiscalização e controles dos hospitais psiquiátricos. No final do século, ainda em um processo descontínuo de criação de serviços substitutivos, já tínhamos mais de duzentos Caps espalhados em cidades de vários estados, embora mais de 90% do orçamento do Ministério da Saúde, vale notar, ainda financiava o modelo asilar antigo.

Nos primeiros cinco anos do novo século, após a aprovação da Lei da Saúde Mental, o Ministério da Saúde direcionou a assistência em saúde mental privilegiando os serviços de base comunitária, garantindo na lei a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Foram então progressivamente desativados leitos hospitalares e se consolidou, finalmente, uma política pública em saúde mental. A III Conferência Nacional de Saúde Mental trouxe para esse período a participação efetiva do usuário dos serviços

em transformação. No quinquênio seguinte, embora com uma diminuição da intensidade anterior, houve – pela primeira vez – uma inversão nos gastos entre os novos dispositivos da Reforma e os hospitais psiquiátricos tradicionais. Em 2010, chegamos a ter mais de 1.600 Caps implantados com uma cobertura média no Brasil de 0,66 por 100 mil habitantes. Em um país continental e desigual, o Nordeste e o Sul chegam a uma cobertura excepcional de mais de 0,8 por 100 mil habitantes – os dados podem ser conferidos nos documentos oficiais do Ministério da Saúde publicados à época.

Fica evidente que, no primeiro decênio deste século, a Reforma Psiquiátrica Brasileira firmou-se na implantação de serviços e na inversão da lógica do modelo manicomial. Apesar dos ataques que começaram no início da nova década e que se seguiram nos anos seguintes, a Reforma pôde ser apresentada como um movimento exitoso que mudaria a forma de assistência em saúde mental e beneficiaria uma quantidade expressiva de pacientes que saíram dos manicômios para as Residências Terapêuticas. As práticas desenvolvidas nos Caps mudaram o destino de usuários que foram libertados do manicômio antes de serem por ele capturados. As práticas nos serviços substitutivos mudaram o destino de vidas antes soterradas no manicômio, que inexoravelmente as capturaria como novos prisioneiros. Finalmente, podemos afirmar que a Reforma Psiquiátrica mostrou a possibilidade e a vantagem do tratamento em liberdade.

A Reforma Psiquiátrica sempre foi um movimento em construção, desde suas premissas teóricas à apresentação de uma prática que não se sustenta por enunciados determinantes. Não é nosso objetivo aqui fazer um levantamento das correntes teóricas que alimentaram a Reforma Brasileira, tampouco, nem de longe, deseja-se aqui apresentar um ‘resultado’ prático ideal. É-nos bastante reconhecer que a inspiração na Psiquiatria Democrática Italiana deixou-se contaminar pela psiquiatria de setor francesa, pela psicanálise, e por tantos campos de saberes que ajudaram e ajudam a

construir uma prática comunitária oposta ao manicômio. Se, por um lado, esse ecletismo dificulta a delimitação de um campo específico e permite críticas, por outro, possibilita um exercitar de várias experiências exitosas que permitiram mudar o destino de pessoas condenadas às masmorras manicomiais e evitaram que tantas outras vidas fossem interrompidas pelo sistema prisional asilar. Portanto, deve-se sublinhar, cada experiência idiossincrática dos serviços está em permanente construção e aperfeiçoamento de sua prática e apresenta resultados exitosos, mudando o paradigma da obrigatoriedade da internação manicomial.

A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil alcançada pela Reforma Psiquiátrica não se limita à oferta de novos serviços ou à reestruturação de modelos assistenciais. Por se tratar de uma profunda alteração da resposta social à loucura, implica mudanças de ordem política, ideológica, ética e de sentido nas concepções de clínica e de reabilitação. Uma ‘clínica ampliada’ (conceito desenvolvido por Gastão Wagner<sup>3</sup>) preconiza uma clínica singular, na qual cada caso é um caso, enquanto dialoga e incorpora criticamente outros saberes e diretrizes, perpassando, assim, questões como o vínculo, a resolutividade e a responsabilização. O conceito da ‘clínica ampliada’ se contrapõe ao de uma ‘clínica degradada’ (dos pronto-atendimentos, funcionando na lógica da queixa-conduta) e clínica tradicional (absolutamente autocentrada nos seus saberes privatizados – bem como privatizados). Assim entendida, essa clínica desenvolvida nos serviços substitutivos visa produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica procura transpor a centralização das ações segundo o paradigma biomédico na doença: a um só tempo busca fazer a articulação entre o tratamento e a reabilitação psicossocial enquanto reavalia, permanentemente, as práticas em curso. Deve-se aqui ressaltar a noção de cuidado que, deixando para trás a oposição saúde-doença tal como consagrada no modelo biomédico, abre-se para

a compreensão do cuidado como acolhimento, em que o sujeito, antes subtraído segundo a lógica manicomial, tem seu lugar assegurado e central nos dispositivos de atenção.

Onde a Reforma produziu os melhores resultados, ela conseguiu, de fato, substituir os leitos manicomiais por internações curtas nos serviços comunitários que funcionam 24 horas ou em leitos nos hospitais gerais. Entretanto, como a implantação dos serviços se fez de forma desigual, existem regiões nas quais os dispositivos da Reforma não se fizeram substitutivos e a convivência com o manicômio ainda permanece. Contudo, são estas discrepâncias que atestam a possibilidade do modelo exitoso ser uma referência para a experiência que ainda não alcançou o objetivo da proposta reformista. Na verdade, os resultados conseguidos por uma proposta que substitui gradualmente os manicômios podem ser reconhecidos na diminuição efetiva dos leitos manicomiais e na inversão da equação financeira que veio aumentando os recursos para os serviços substitutivos e diminuindo, na mesma proporção, os recursos para o sistema asilar. Isso se deu nos anos em que os governos fizeram da Reforma Psiquiátrica uma Política de Estado baseada na Lei nº 10.216/2001, que garantiu esta política em estrita conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS – inscrita na Constituição de 1988.

Vale sublinhar, porém, que, mesmo ao longo dos tempos de normalidade democrática, a Reforma – ainda que assumida como Política de Estado – sofreu de uma certa tibieza característica de uma ‘conciliação de classes’ justificada por um certo ‘realismo político’ que caracterizou o governo popular que tivemos. Neste sentido cabe ressaltar o quanto foi escamoteada a relação tensa entre a Reforma Psiquiátrica e a Associação Psiquiátrica Brasileira (ABP). A representação dos médicos psiquiatras nunca aceitou uma ‘reforma da psiquiatria’. Lembremos aqui, com Castel, que “os sumo-sacerdotes da psiquiatria tudo fizeram para guardar o controle das mudanças”<sup>4(292)</sup>. A ABP admitia que o manicômio precisava ser

reformado, mas nunca a psiquiatria. Jamais concordou com Basaglia – e ainda antes, com Castel, que foi o saber psiquiátrico que produziu o manicômio. E essa contradição, nunca resolvida dentro de uma política de Estado, se mostraria crucial para a sobrevivência dos princípios reformistas após o golpe político promovido pela agenda neoliberal acontecido em 2016. Mais adiante, assistimos à tentativa de assimilação pela rede reformista das Comunidades Religiosas (chamadas eufemisticamente de terapêuticas) que preparou o terreno para o retorno dos manicômios que a Reforma pretendeu eliminar. A compreensão de que a Reforma Psiquiátrica não era simplesmente uma luta contra as péssimas condições de vida nos manicômios, mas dizia respeito a um processo político, social, epistemológico e cultural, teria sido fundamental para que o embate político entre o pensamento da reforma e o saber psiquiátrico tivesse emergido e contribuísse para a construção de uma sociedade sem manicômios.

Já mesmo antes do golpe de 2016, assistimos à entrega do Ministério da Saúde aos aliados da ABP, fato que permitiu uma interferência nos princípios da Reforma Psiquiátrica, o que provocou uma reação dos trabalhadores em saúde mental no movimento ‘Fora Valêncius’. Caminho aberto pelo realismo político – há que aceitar as coisas tal como elas são –, teve como resultado a ausência do embate necessário para construção das mudanças que a sustentação do paradigma da Reforma impunha. Uma vez no Ministério da Saúde, a ABP nomeou o Coordenador de Saúde Mental que revogou as diretrizes que permitiam a construção da Reforma Psiquiátrica. Uma ‘nota técnica’, pretensamente instituindo uma ‘segunda Reforma’, praticamente eliminou os princípios que estavam vigorando como Política de Estado. Um trecho dessa nota técnica, comandada pela a ABP, exemplifica o desmonte dos princípios básicos da Reforma:

O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não

fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum Serviço substitui outro<sup>5(3-4)</sup>.

Ora, se o princípio básico de ser substitutivo ao manicômio era exatamente a coluna vertebral dos dispositivos da Reforma, a sua extinção torna irreconhecível o papel destes dispositivos.

O SUS, ao qual se filiava a Reforma Psiquiátrica, sofreu e sofre cortes financeiros que, se já dificultavam a sua tão sofrida atuação, sufocou, no mesmo passo, os seus propósitos de atendimento à população, a Constituição sendo maculada nos deveres e direitos que enuncia. A aprovação das medidas de ajuste fiscal, de defesa de um Estado mínimo com a aniquilação da previdência social, supressão dos direitos dos trabalhadores, privatizações, desregulamentação de leis ambientais, restrição do orçamento público e desvinculação de receitas para garantir transferências de recursos públicos para o sistema financeiro, até a isenção de impostos ao capital e às grandes fortunas e a taxaço da pobreza abriram, a partir de 2016 e mais acentuadamente no atual governo, um novo cenário, característico de uma agenda de Estado mínimo no qual não há como se sustentar a Reforma Psiquiátrica. Um processo de desmonte do ainda fraco e nascente Estado de proteção social apontado na Constituição de 1988 vem se intensificando pela promoção da agenda neoliberal e indica que estamos voltando ao Brasil anterior à democratização que, nas políticas públicas de saúde, ergue-se novamente sustentando um descompromisso do Estado brasileiro com os princípios defendidos na Constituição.

Como efeito colateral dos objetivos econômicos deste novo quadro, a propagação de uma onda conservadora também atinge a Reforma na sua ação terapêutica com os usuários de drogas. O êxito do reconhecimento internacional com o método de ‘redução de danos’ a usuários de drogas foi interrompido,

como política oficial, para dar lugar ao retorno da ‘internação compulsória’, cruel conceito que permitiu a proliferação dos manicômios e certamente marcará o retorno dos asilos pós-modernos que faz retornar as velhas teses da periculosidade. A agenda neoliberal atingiu, assim, o coração da terapêutica da redução de danos, substituindo-a por outra que ressuscitou o antigo apelo à política de ‘combate às drogas’. A ênfase na reabilitação e na reinserção social caracterizava uma política da redução de danos que buscava reunir recursos intersetoriais da cultura, da educação, dos esportes e tantos outros, com a compreensão dos determinantes sociais da questão do uso de drogas. Os Caps AD e os Consultórios de Rua, dispositivos criados para oferecer um cuidado singular, adaptado a cada caso, tinham como principal instrumento terapêutico a convivência entre os usuários. Esta política, completamente alterada pelo Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019<sup>6</sup>, assinado pelo atual Presidente da República, substituiu a meta de redução de danos pela meta da abstinência, justificando assim a necessidade de criação das Comunidades Terapêuticas, promovendo graves retrocessos no âmbito das práticas relacionadas ao cuidado ao usuário de drogas.

Temos a convicção de que o ataque à Reforma Psiquiátrica seria efetivado não apenas pelas discordâncias técnicas a respeito do tratamento aos transtornos mentais porque a Reforma foi muito além do cuidado em saúde mental. Os efeitos produzidos pela Reforma constituíram direitos sociais às pessoas com transtornos mentais na ótica protetora do Estado. Se um dos objetivos do neoliberalismo seria o fim do estado de bem-estar social, a Reforma Psiquiátrica não poderia escapar do corte desses direitos quando o Estado abandona seu dever para com os mais necessitados de nossa sociedade. Estes, afinal, são os *homo sacer* do atual Estado reduzido ao mínimo, são aqueles que, como sublinha Agamben<sup>7</sup>,

vivem na condição irreparável de exposição ao abandono. E esta condição de abandono, hoje devidamente naturalizada, permite à agenda neoliberal efetuar todos os retrocessos sociais em nome da boa governança dos interesses privados, e não do governo da ‘coisa pública’.

No estágio em que o capitalismo se encontra, as ambições do cuidado e cidadania que a Reforma propõe aos usuários sofre o ataque impiedoso. Haverá resistências, uma vez que os profissionais aprenderam a trabalhar de uma forma de maior garantia de satisfação profissional e os usuários não desejam voltar ao manicômio de onde saíram.

Cada trabalhadora, cada trabalhador, cada usuária e cada usuário dos serviços trabalharão na perspectiva de que os resultados alcançados anteriormente são satisfatórios para a insistência na proposta de cuidado na comunidade. Ao mesmo tempo em que, às trabalhadoras e aos trabalhadores que também perderam direitos, só restará insistir na recuperação de um sonho que não pode ser esquecido.

Finalmente, lembremos Basaglia quando nos dizia que “*o importante é que já demonstramos que o impossível pode se tornar possível*”<sup>8</sup>. Hoje já se sabe que é possível substituir o manicômio. Talvez os manicômios voltem até mais fechados, mais medicalizados como se vislumbra agora, mas já demonstramos que é possível cuidar da loucura de outro modo e o testemunho disso é fundamental. Mesmo que a Reforma Psiquiátrica sofra o hiato previsível, o que se pode dizer é que agora já se sabe que se pode fazer. Esta é a nossa força.

## Colaboradores

Os autores, Oliveira E (0000-0002-1533-149X)\* e Szapiro A (0000-0003-3077-2645)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, outra via. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.
2. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [internet]. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001. [acesso em 2020 set 9]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art).
3. Campos GW. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada, Mimeo DMPS-UNICAMP; 1997.
4. Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS [internet] [acesso em 2020 ago 25]. Disponível em: [http://pbpd.org.br/ministerio-da-saude-divulga-nota-tecnica-com-alteracoes-nas-politicas-nacionais-de-saude-mental-e-de-drogas/?fbclid=IwAR2jWldr-InT8nC4bG1GD-m0VpYZeITR91m0jvhnga0oulkYpqS6b\\_EyzDGI](http://pbpd.org.br/ministerio-da-saude-divulga-nota-tecnica-com-alteracoes-nas-politicas-nacionais-de-saude-mental-e-de-drogas/?fbclid=IwAR2jWldr-InT8nC4bG1GD-m0VpYZeITR91m0jvhnga0oulkYpqS6b_EyzDGI).
6. Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União. 11 Abr 2019. [acesso em 2020 set 9]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset-publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357/do1e-2019-04-11-decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>.
7. Agamben G. Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: UFMG; 2010.
8. Basaglia F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates; 1979.

---

Recebido em 31/08/2020  
 Aprovado em 08/09/2020  
 Conflito de interesses: inexistente  
 Suporte financeiro: não houve