

## A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA EM TEMPOS NEOLIBERAIS: PROJETOS EM DISPUTA

### THE BRAZILIAN MENTAL HEALTH POLICY IN NEOLIBERAL TIMES: PROJECTS IN DISPUTE

Sofia Laurentino Barbosa PEREIRA\*

---

**Resumo:** A saúde mental, enquanto política social, situa-se em uma arena complexa de interesses alinhados a projetos societários distintos. Compreendendo isso, objetiva-se refletir sobre os projetos em disputa no interior da política de saúde mental no Brasil e sobre os rumos e desafios para a defesa e a materialização dos princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, e da luta antimanicomial, em tempos neoliberais. A metodologia adotada é de caráter qualitativo, consistindo em revisão bibliográfica pautada no método dialético crítico. A tensão entre projetos na saúde mental faz parte de sua construção no país, mas se intensifica na atualidade, com as agendas neoconservadoras e ultraneoliberais dos governos da nova direita de Michel Temer e Jair Bolsonaro, desafiando os movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica a reafirmarem seu compromisso na luta coletiva por um projeto societário democrático e emancipatório.

**Palavras-chave:** Política de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Reforma Sanitária. Neoliberalismo.

---

**Abstract:** The mental health, as a social policy, is situated in a complex arena of interests aligned with distinct corporate projects. Understanding this, the objective is to reflect on: the projects in dispute within the mental health policy in Brazil; the directions and challenges for the defense and materialization of the principles of the Sanitary and Psychiatric Reforms; and the anti-asylum struggle in neoliberal times. The methodology adopted is of a qualitative nature, consisting of a bibliographical review based on the critical dialectical method. The tension on mental health projects are part of their construction in the country, but it is intensifying today, with the neoconservative and ultra-liberal agendas of Michel Temer and Jair Bolsonaro's new right governments, challenging the Sanitary and Psychiatric Reform movements to reaffirm their commitment in the collective struggle for a democratic and emancipatory societal project.

**Keywords:** Mental Health Policy. Psychiatric Reform. Sanitary Reform. Neoliberalism.

---

Submetido em 29/12/2018.

Aceito em 13/11/2019.

---

\* Doutora em políticas públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI. Assistente Social. Centro de Ciências Humanas e Letras/UFPI, Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, s/n, Bairro Ininga, Teresina-PI. E-mail: <sofia laurentino@ufpi.edu.br>.

## **Introdução**

A saúde mental, enquanto uma política social, resultante da relação dialética entre Estado e sociedade civil, está situada em uma arena de disputas entre projetos societários conflituosos, conformados por distintos interesses de classe e concepções de mundo e sociedade. Dessa forma, sofre influências da conjuntura e das contradições inerentes à ordem capitalista.

A disputa de projetos no interior da política de saúde mental faz parte de sua trajetória e construção no Brasil, mas, a partir da década de 1990, com o desenvolvimento da ofensiva neoliberal no país, esse confronto é intensificado e vai redirecionar os rumos das políticas sociais pós Constituição Federal de 1988, especialmente aquelas vinculadas à Seguridade Social, ganhando contornos mais radicais na atualidade, com as agendas neoconservadoras e ultraneoliberais dos governos da nova direita de Michel Temer e Jair Bolsonaro.

Compreendendo isso, este estudo tem como objetivo refletir sobre os projetos em disputa no interior da política de saúde mental brasileira e sobre os rumos e os desafios para a defesa e a materialização dos princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, e da luta antimanicomial, em tempos neoliberais. Para tal, a metodologia adotada é de caráter qualitativo, consistindo em revisão bibliográfica pautada no método dialético crítico.

O estudo está dividido em três momentos. Inicialmente, é feita uma incursão histórica acerca da construção e do desenvolvimento da política de saúde no Brasil, dando destaque ao papel da Reforma Sanitária nesse processo. Em seguida, analisa-se a trajetória da política de saúde mental no Brasil, como fruto dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Por fim, realiza-se uma reflexão sobre os rumos e as perspectivas da política de saúde mental, entendida enquanto parte do SUS, em um cenário de avanço do neoliberalismo, destacando ainda os impactos das medidas neoconservadoras, dos governos Temer e Bolsonaro e os projetos em disputa nesse contexto.

### **1. A construção de uma política de saúde moldada pela Reforma Sanitária**

A análise da trajetória da saúde no Brasil aponta para sua profunda relação com as condições de vida e trabalho da sociedade e que, portanto, sofre com as determinações e transformações da estrutura social do país (BRAVO, 2013). Desse modo, a construção e a consolidação da política de saúde no cenário brasileiro resultam das necessidades sociais determinadas pelo padrão de acumulação da economia e, ao mesmo tempo, produto de um processo de lutas, resistências e movimentos sociais.

Historicamente, o modelo de saúde privilegiado no país demonstra estreita conexão com a previdência social, na chamada medicina previdenciária, que gerou a exclusão de grande parte da população aos serviços de saúde, não sendo visto como um direito universal. Tal modelo tem profundo alinhamento

com os interesses do capital, principalmente a partir da Ditadura Militar, que passa a incentivar a lógica de privatização da saúde, articulando o aparelhamento do Estado com os interesses do capital internacional (BRAVO, 2009).

No final da década de 1970, mesmo sob forte repressão do governo ditatorial, emerge o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) que, em articulação ao movimento popular pela redemocratização do país, aparecia como uma das principais forças organizadas naquele momento em prol da luta pela ampliação dos direitos sociais, tendo como objeto central o direito à saúde, questionando o modelo vigente. “A preocupação central da proposta é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2011, p. 14). Dessa forma, o MRS atrelava a luta pelo direito a à saúde, à própria redemocratização da sociedade brasileira e à contestação das desigualdades sociais.

Em linhas gerais, Costa (2010) afirma que a proposta da Reforma Sanitária brasileira significou o alinhamento do movimento sanitário à luta pela construção de um projeto societário contra-hegemônico. Nessa direção, Paim (2009) afirma que as bandeiras do MRS brasileiro não se restringiam a uma reforma do setor de saúde, pois lutavam por uma reforma social mais ampla, envolvendo a democratização da saúde, do poder público e da sociedade.

A Reforma tinha como principais propostas a universalização do acesso à saúde e sua concepção enquanto direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), visando a um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; e descentralização e participação através da criação de novos mecanismos de gestão.

As principais bandeiras de luta desse movimento se apresentam nas formulações da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que representou um marco no Brasil, ao contar com grande participação não só de trabalhadores e estudiosos da área, mas também de entidades representativas da população, como sindicatos, partidos políticos, associações de professores e parlamento. Para Bravo (2009), isso significou que a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que representou uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, positivando, em lei, as pressões que já se faziam há mais de uma década no país, é inaugurado um novo modelo de Seguridade Social e de política social, caracterizado pela universalidade de cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação do dever do Estado, subordinação das práticas privadas à regulação, em função da relevância pública das ações e serviços nas áreas, além de uma perspectiva de gestão compartilhada entre governo e sociedade civil (FLEURY, 2008). A respeito da saúde, a Carta Magna sintetizou as ideias e lutas do MRS, ao assegurar a saúde como um direito social e trazer em seus princípios fundamentais a universalidade, a equidade e a gestão democrática e participativa das políticas sociais.

Nesse cenário, juntamente com a previdência e a assistência social, a saúde passa a integrar a Seguridade Social, entendida como um sistema de proteção social amplo, centrado na ideia da cidadania universal, garantida como direito sob o princípio de justiça e no financiamento do orçamento público. O reconhecimento do direito universal à saúde, associado à ideia de cidadania, assim como sua vinculação ao conceito de Seguridade Social, consagrado a partir da Constituição de 1988, são ganhos significativos da Reforma Sanitária, representando sua profunda associação com um projeto de transformação social mais amplo, de Reforma Democrática do Estado brasileiro.

Desde então, são inúmeros os avanços trazidos pelo SUS, que não serão aprofundados nesse artigo, entretanto, não são poucos os desafios para a política de saúde, conforme será discutido no último tópico. Mas, antes o debate se voltará para a política de saúde mental, que está inserida atualmente no âmbito do SUS.

## **2. A Reforma Psiquiátrica e a luta por uma política de saúde mental antimanicomial**

No mundo ocidental, a partir da sociedade burguesa moderna, o modelo de tratamento para a pessoa com transtorno mental (PTM) esteve, historicamente, circunscrito pela segregação social, enclausuramento e exclusão, marcado pelo formato hospitalocêntrico, que impedia o convívio dessa pessoa no meio familiar e comunitário, suprimindo sua liberdade e obstaculizando sua condição de cidadã.

As críticas ao modelo manicomial não tardaram a se produzir e, após a Segunda Guerra Mundial, emergiram diversos movimentos na Europa, nos Estados Unidos e na América Latina, questionando o hospital psiquiátrico e o padrão de tratamento que ele sustentava. Tais movimentos não se desenvolveram de forma homogênea, assumindo contornos específicos em cada cenário, balizados por correntes teóricas distintas e que, portanto, tinham objetivos diferenciados.

O movimento que teve mais forte impacto no Brasil tomava por base as ideias de Franco Basaglia, da Reforma Psiquiátrica italiana, ou psiquiatria democrática italiana, que apontava o manicômio como uma realidade dramática e opressora e que, portanto, deveria ser impetuosamente refutada, fazendo-se necessária não só a destruição e a superação dos muros hospitalares em si, mas do sistema ideológico em que se sustenta a violência e a exclusão nas quais a psiquiatria se baseou em todo esse processo. Para isso, é necessária a reconstrução dos valores que sustentam a realidade do manicômio (BASAGLIA, 1985).

No Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP) surge no cerne do Movimento de Reforma Sanitária, da década de 1970, no contexto de redemocratização política, também se voltando para a defesa do direito à saúde pública e universal. Os princípios do MRP corroboram com os da MRS na reafirmação de uma saúde como direito de todos e dever do Estado, articulando-se com outros movimentos sociais e com a luta pela reconstrução da democracia brasileira, de forma a levar seus protagonistas a desempenharem uma militância que transcendia a questão específica da saúde mental (YASUI, 2006). Entretanto, a Reforma Psiquiátrica adquire uma identidade singular em relação à MRS, no que se refere à luta por direitos da PTM

que, historicamente, conviveu com a exclusão, a segregação social e a negação da condição de cidadã (VASCONCELOS, 2010).

Nessa direção:

A Reforma Psiquiátrica, assim como a Reforma Sanitária, é um projeto civilizatório. Projeto que implica na afirmação de princípios e valores que tensionam cotidianamente as relações sociais produtoras de desigualdades, de heteronomias, de injustiça, de uma quase barbárie. É um processo que aponta para a construção de um novo lugar social para a loucura, por meio da transformação do seu imaginário social e de suas relações com a sociedade (YASUI, 2006, p. 157-158).

Assim, com a Reforma Psiquiátrica, o campo da saúde mental se torna um espaço de conflitos e disputas políticas e ideológicas, entre as ideias de liberdade, autonomia, solidariedade e cidadania *versus* segregação social, estigma e negação dos direitos humanos. Por isso, é um movimento ideo-político que se vincula com a luta pela transformação da sociedade (COE; DUARTE, 2017). Logo, os princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica se coadunam com os de luta de projetos societários contra-hegemônicos, de forma que só pode se materializar, de fato, em uma ordem societária verdadeiramente democrática e emancipatória.

Nessa direção, destaca Amarante (2017, p. 43):

O Movimento da Reforma Psiquiátrica aproxima-se dos movimentos de caráter autenticamente democrático e social, na medida em que reivindica e luta efetivamente por uma melhor qualidade de vida em seu sentido mais amplo (solidariedade, igualdade, cidadania).

Na esteira das lutas no âmbito da saúde mental, destaca-se o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que deu origem ao movimento de luta antimanicomial e estabeleceu uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

Nesse contexto de luta pela reversão do modelo de assistência à saúde mental no país, no cenário pós Constituição de 1988, ocorre o lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado, em 1989, que é uma das primeiras iniciativas oficiais do movimento de Luta Antimanicomial, que defendia a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil, delegando ao Estado a responsabilidade pela criação de serviços alternativos e extra-hospitalares. Esse Projeto de Lei gerou grandes debates na mídia nacional, de forma que tal lei só foi aprovada no ano de 2001 com modificações, retirando de seu conteúdo a obrigatoriedade de extinção dos manicômios.

Em que pese as mudanças do texto original, a Lei Federal nº 10.216/2001 é considerada um grande marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil e veio proteger os direitos desses sujeitos e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, determinando que os pacientes internados há muito tempo em hospital psiquiátrico, com uma situação de grave dependência institucional, sejam objetos de política específica e de proteção social por parte do Estado, com a devida participação da sociedade e da família.

No sentido de atender às mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, ganham ênfase os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regidos pela Portaria de nº 336/2002 e considerados como a grande aposta reformista, por serem serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, com o objetivo de oferecer assistência psicossocial comunitária às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, visando à sua reinserção social (BRASIL, 2004).

Outro ganho para a política de saúde mental no Brasil foi a Portaria de nº 3.088, instituída em 2011, que regulamentou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ao compreender a necessidade da ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para PTM e aos usuários de substâncias psicoativas, conformando uma rede de serviços no âmbito do SUS, para além do CAPS.

Nas diretrizes de funcionamento da RAPS é possível verificar a presença de muitos ideais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, e da luta antimanicomial, como a defesa dos direitos humanos, o cuidado em liberdade e na comunidade, a promoção da equidade, o combate ao estigma e ao preconceito, o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, a oferta de serviços na lógica da integralidade, a interdisciplinaridade, dentre outros.

É importante destacar que a Portaria 3.088/2011 não coloca o Hospital Psiquiátrico como participante da RAPS – o que não significa que não haja previsão de situações de internações de usuários pela política de saúde mental; no entanto, essa aparece como última alternativa, apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, conforme já estabelecido pelo artigo 4º da Lei Federal nº 10.216/01. Ademais, as internações devem ser de curta duração e realizadas em leitos especializados em hospitais gerais, o que revela a busca por romper com a lógica manicomial.

Em síntese, a Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil há mais de 30 anos vem demonstrando competência na implementação de uma política de saúde mental pautada na defesa dos direitos humanos, no cuidado comunitário e em liberdade e na democratização do acesso à saúde, o que não ocorre sem desafios, como será analisado no próximo tópico. É pertinente destacar ainda a Rede de Atenção Psicossocial ainda está em processo de implementação e aprimoramento no país, afinal a Portaria tem menos de dez anos de promulgação, necessitando de maior investimento do poder público em todos os seus pontos de atenção.

### **3. A política de saúde mental em tempos neoliberais**

A conquista da redemocratização brasileira, fruto de lutas e mobilizações populares, teve como marco a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a responsabilidade do Estado na efetivação de políticas sociais em uma perspectiva cidadã. Simultânea e contraditoriamente, na década de 1990 o país se vê diante da ofensiva ideológica do neoliberalismo, que redireciona o papel do Estado com a justificativa de que esse não poderia mais atender, como antes, à reprodução da força de trabalho, devido à crise econômica que se encontrava (BRAVO, 2009).

Esse contexto faz parte da conjuntura mundial de enfrentamento da crise estrutural do capital iniciada na década de 1970, e que impacta no Brasil a partir de 1990. Em tal direção, “as respostas à crise contemporânea do capital sob égide da financeirização, neoliberalismo e ajuste estrutural influenciam decisivamente os rumos da política de saúde” (PAIVA; COSTA, 2016, p. 56).

Assim, apesar dos avanços em termos de reconhecimentos de direitos, o projeto neoliberal avança como uma estratégia do grande capital, aliado aos grupos dirigentes, desconstruindo as propostas das políticas sociais em sua perspectiva de direitos e dever do Estado. Especificamente na saúde mental, são colocadas em xeque as bases de tal política arquitetada nas décadas de 1970 e 1980, no que diz respeito à concretização dos ideais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Nessa direção, a política de saúde sofre profundos rebatimentos que colocam em risco a materialização do projeto de Reforma Sanitária conquistado, em grande parte, com o SUS, no que diz respeito à democratização do acesso à saúde, tomando em seu lugar uma tendência de hegemonia do projeto privatista defendido pelo ideário neoliberal. Dessa forma, a proposta de saúde que necessitava de um Estado democrático se tornou incompatível com a lógica neoliberal que se sucedeu na sociedade brasileira (TEIXEIRA; CRUZ; AZEVEDO, 2016).

Em síntese, no âmbito da saúde mental, esse cenário é marcado por distintos projetos em disputa: de um lado, os projetos reformistas – nos quais se englobam os princípios de luta das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, inscritas na Constituição Federal, que defendem a presença obrigatória do Estado na garantia de um sistema de proteção social universal. De outro, encontram-se os projetos alinhados aos interesses do capital, com destaque para a ofensiva neoliberal – que, segundo Bravo (2009), está pautada na política de ajuste fiscal e na privatização, tendo como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização de oferta e descentralização administrativa com isenção de responsabilidade do poder central. Esses projetos estão em constante confronto, disputando espaço e poder político.

Nesse ínterim, justificada pelo neoliberalismo, a política de saúde passa a ser guiada por uma perspectiva privatista, que tem como premissas concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto da Reforma Sanitária. Para Bravo (2011), o que acontece é a reatualização do modelo médico assistencial privatista que, historicamente, prevaleceu na trajetória da saúde do país, ligado aos interesses mercadológicos do grande capital.

A ideia de saúde como um bem público e direito universal passa a ser gradativamente substituída pelo da saúde privada, mercantilizada. Como consequência, para Vianna (2011, p. 12), “a universalização dos serviços de saúde, na prática, resultou na redução do sistema público a um atendimento para os pobres”, levando a substituição do direito universal à saúde por uma universalidade excludente, uma vez que os assalariados de poder aquisitivo estável passam a aderir a planos de saúde privados.

É importante lembrar que a iniciativa privada está prevista na Lei Orgânica de Saúde, como complementar ao SUS. No entanto, para Correia (2015), o que ocorre é uma “complementaridade invertida”, com a diminuição e o sucateamento dos serviços públicos de saúde e, como consequência, o

crescimento e a expansão da saúde privada, ligada à lógica do mercado e do lucro. Assim, “o neoliberalismo avança na tentativa de transformar a atenção à saúde em uma mercadoria rentável ao desenvolvimento do capital” (SILVA; MOURA, 2015, p. 110).

Sobre isso, destaca-se a crescente adesão da população aos planos privados de saúde que, nos anos 2000, contavam com 30,9 milhões de beneficiários no país e, em 2017, dezessete anos depois, esse número aumentou para 47,6 milhões, o que representa, em média, 23% da população, segundo dados da Agência Nacional Suplementar de Saúde (ANS, 2017). Isso revela que apesar de os planos de saúde terem um significativo papel na oferta de serviços de saúde, a maioria da população ainda depende e utiliza o SUS.

No campo da saúde mental, o neoliberalismo estimula a busca da medicalização, através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios – conhecidos também como a “indústria da loucura” e “medicalização da vida” – como saída para o atendimento em massa, estimulando a privatização/mercantilização da saúde e da “loucura” (BISNETO, 2010).

É importante destacar que as conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, em sua perspectiva antimanicomial, foram e são marcadas por muitas disputas e atravessadas por distintos interesses. Assim, a construção da política de saúde mental moldada por princípios reformistas não ocorreu sem represálias, questionamentos e oposições. Ao contrário, há um dissenso quanto as formas de assistência ao segmento com transtorno mental e também em relação a atenção prestada ao público que tem necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, que pode ser expressado no confronto entre um modelo de base comunitária e pautado na lógica da liberdade *versus* um modelo centrado na internação/institucionalização.

Conforme aponta Passos (2017), desde a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, vinculada ao Ministério da Saúde, há uma disputa desse espaço, considerado uma das principais estratégias para viabilizar a implantação da Rede de Atenção psicossocial no país e moldar os rumos da política no âmbito da gestão pública. Até o ano de 2015, essa Coordenação foi representada por pessoas alinhadas à defesa da reforma psiquiátrica antimanicomial. Todavia, no final de 2015, assume a direção nacional da política um psiquiatra conservador e manicomial, Valencius Wurch, ex-diretor do maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, e contrário ao projeto de Lei que deu origem à Lei nº 10.216/2001.

No dia seguinte a sua nomeação, sua sala foi ocupada, durante 123 dias ininterruptos, por diversos militantes de todo o país, que pediam a sua exoneração, em um movimento denominado “Fora Valencius”. O fim da ocupação se deu em abril de 2016, e sua exoneração ocorreu no mês seguinte. Entretanto, sua saída do cargo não se deu pela pressão dos militantes, mas, sim, por interesses políticos que estavam em jogo no país naquele momento, em que ocorria o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, e quando o seu vice, Michel Temer, assume o comando (PASSOS, 2017).

Desde então, o governo presidido por Temer vem implementando uma agenda de reformas neoconservadoras, com programas de austeridade e a aplicação do receituário neoliberal como saída para a crise econômica vivenciada no Brasil, radicalizando o desmonte do Estado como provedor de bem-estar

social e reduzindo os direitos sociais conquistados na Constituição democrática, o que é acentuado no governo de Jair Bolsonaro.

Esses governos podem ser identificados como de nova direita que, segundo Pereira (2016), pode ser caracterizada pelo arranjo de elementos do neoliberalismo econômico e do neoconservadorismo social e político, que tem em comum a hostilidade a intervenção do Estado na proteção social.

Retomando o debate da saúde no governo Temer, destaca-se a aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 55/2016, conhecido como “PEC dos Gastos Públicos”, que propunha um “Novo Regime Fiscal”, estabelecendo um teto para as despesas primárias, baseado na correção das despesas do ano anterior pela inflação do mesmo período durante vinte anos (IPEA, 2016). Mesmo com resistência popular, a PEC foi aprovada em segundo turno no Plenário do Senado no dia 12 de dezembro de 2016.

Em relação à política de saúde, em Nota Técnica, o IPEA aponta como consequência da aprovação dessa PEC o aprofundamento das iniquidades no acesso aos serviços de saúde, que serão cada vez mais restritos, focalizados e precarizados, sendo incoerente com a lógica de um SUS universal (IPEA, 2016).

Na esteira de tais acontecimentos, o Ministro da Saúde nomeado por Temer, Ricardo Barros, vem se posicionando na defesa de um projeto de saúde privatista e mercadológico, como é possível verificar em uma entrevista concedida por ele à Folha de São Paulo, na qual declarou ser necessário “rever o tamanho do SUS”<sup>1</sup>. Essa e outras manifestações feitas pelo Ministro afrontam os princípios Constitucionais e apontam para o desmonte do SUS (REIS *et al.*, 2016).

Nessa direção, uma de suas primeiras medidas foi a instalação de uma comissão de empresas de seguro para criar “planos acessíveis” de saúde, que desonerariam o Estado da necessidade de prover saúde para uma parcela da população, expandindo a oferta pelo mercado por meio de “planos populares de saúde”, de forma que a população que necessite dos serviços pague por eles (REIS *et al.*, 2016). Observa-se, portanto, que o gestor da saúde em âmbito federal vem propondo medidas que estão na contramão dos grandes pilares do SUS: a universalidade e a gratuidade.

A situação também segue direção semelhante na política de saúde mental. O Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, o médico psiquiatra Quirino Cordeiro, divulgou, no segundo semestre de 2017, um relatório apoiado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), apontando irregularidades na condução da referida política. Para o gestor e as referidas entidades, tais irregularidades assinalam para a ineficiência dessa política, acreditando que a mesma vem apresentando resultados insatisfatórios. Assim, afirmam ser necessário repensar o modelo adotado pela política de saúde mental brasileira e, inclusive, rever a necessidade de ampliação dos leitos em hospitais psiquiátricos<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>>

<sup>2</sup> Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sus-discute-retomada-do-papel-de-hospitais-psiquiatricos-medida-e-criticada,70001959717>>

Tais posicionamentos evidenciam que a condução da Política de Saúde Mental permanece tensionada pela disputa de projetos distintos, e que atores diversos, como a ABP, o CFM, a Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais e o próprio gestor federal da política questionam a continuidade da saúde mental enquanto política pública, e se colocam na contramão da defesa de princípios da Reforma Psiquiátrica em sua perspectiva antimanicomial.

Sob esse discurso, diante de uma conjuntura política profundamente adversa, em 14 de dezembro de 2017 houve a aprovação de novas diretrizes para a política de saúde mental, em reunião da Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde. Essa aprovação ocorreu de forma verticalizada, sem a realização de debates com movimentos sociais, trabalhadores, usuários, entidades ligadas à saúde mental e pesquisadores da área. Ao próprio presidente do Conselho Nacional de Saúde foi negada a palavra no dia da referida reunião. De lado oposto, houve apoio da indústria farmacêutica, do complexo empresarial hospitalar, da ABP, da Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas, dentre outras entidades.

Instituída pela Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, a denominada “nova política de saúde mental” traz em seu bojo uma série de retrocessos que sinalizam para a desconstrução da Rede de Atenção Psicossocial em sua perspectiva antimanicomial. Dentre as controvérsias da Portaria, destaca-se a inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS e o aumento do financiamento do valor da sua diária, concedendo reajuste acima de 60% – enquanto não há aumento do repasse para os CAPS desde 2011, conforme Guimarães e Rosa (2019). Além disso, há um direcionamento de parte significativa do financiamento da Política de Saúde Mental para as Comunidades Terapêuticas, sinalizando a priorização de recursos públicos para instituições asilares.

É importante destacar que as CTs têm sido alvo de constantes críticas de militantes do movimento antimanicomial, de pesquisadores da saúde mental, de grupos de profissionais da área, de entidades representativas de diversas categorias profissionais e órgãos defensores de direitos humanos. O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizado em 2017 pelo Conselho Federal de Psicologia em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal apresenta uma série de denúncias de direitos humanos nesses espaços, tais como: uso de castigos físicos, privação de liberdade, violação à liberdade religiosa, trabalhos forçados e sem remuneração, além de conduções à força para a internação – por meio do uso de contenção física ou medicamentosa.

Assim, no geral, nas referidas instituições, o tratamento ofertado a pessoas que fazem o uso abusivo de álcool e outras drogas é pautado no isolamento social e familiar, na abstinência e na religiosidade, não ofertando uma atenção em saúde por uma equipe multiprofissional, o que representa o desrespeito dos direitos assegurados a esse público na Carta Magna, na Lei nº 10.216/2001, na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, e outras normativas na área, como a Resolução nº 2.056/2013 do Conselho Federal de Medicina.

As críticas tecidas às CTs também se referem ao fato de que o Estado investe no Terceiro Setor, no lugar de investir no fortalecimento de uma rede pública, impactando no desmonte do SUS (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015). Os dados sobre o orçamento da “nova política de saúde mental” comprovam isso, com recursos do Ministério Público de R\$ 100 milhões para as CTs, R\$ 60 milhões para os hospitais psiquiátricos, enquanto a RAPS receberá 70 milhões a serem distribuídos para todos os seus serviços, segundo informações de Pinho (2018). No período entre 2016 e 2019, o governo federal ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas, que são majoritariamente geridas por instituições de cunho religioso e que não compartilham de evidências científicas, sejam elas biomédicas ou do campo da Reabilitação Psicossocial, para a construção de suas práticas (DELGADO, 2019; LUSSI *et al*, 2019). Tais dados demonstram a priorização de recursos públicos de saúde mental para instituições asilares.

Segundo pontua a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2018), no cenário brasileiro vivenciado, que é o de congelamento dos recursos destinados à saúde por 20 anos, conforme preconiza a PEC 55, decretar o aumento de repasses financeiros aos hospitais psiquiátricos e às CTs significa, necessariamente, retirar recursos dos serviços de saúde mental que já existem, colocando em risco os avanços obtidos pela RAPS.

Essa tendência remanicomializadora na gestão federal de saúde mental que toma forma no governo Temer, é acentuada no governo Bolsonaro, que expressa ainda um projeto societário da extrema direita. Sobre isso, é necessário destacar a respeito da Nota Técnica nº 11/2019, que apresenta esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas entre 2017 e 2018. O documento apresenta, dentre outros pontos: a internação em hospitais psiquiátricos, considerados espaços privilegiados de cuidado, inclusive de crianças e adolescentes; a legitimação das Comunidades Terapêuticas como local estratégico no tratamento de pessoas em consumo de substâncias psicoativas, privilegiando a lógica da abstinência no lugar da abordagem de redução de danos e dos CAPS AD; a previsão de financiamento público para aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia, dentre outros (BRASIL, 2019; GUIMARÃES; ROSA, 2019; DELGADO, 2019; LUSSI *et al*, 2019)

Ainda na referida Nota, o Ministério da Saúde destaca que “não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (BRASIL, 2019, p.3-4), o que representa uma mudança nos rumos que a Política de Saúde Mental vinha assumindo nas últimas décadas, voltada para o incentivo a redução/fechamento dos leitos em Hospitais Psiquiátricos e a sua gradativa substituição pelos CAPS e demais dispositivos da RAPS, privilegiando o cuidado comunitário, territorial e em liberdade. Após ser alvo de polêmicas e manifestações, o documento foi retirado oficialmente dos veículos de comunicação pelo Ministério da Saúde.

Destaca-se ainda que, no governo de Bolsonaro, a Política de Álcool e outras Drogas passa à gestão do superministério da Cidadania, que incorpora Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte, cujo titular, Osmar Terra, expressa uma clara política de apoio às Comunidades Terapêuticas e contra a estratégia de

redução de danos (DELGADO, 2019). Nessa direção, o referido ministro impediu a divulgação do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizada ao longo de três anos e que custou R\$ 7 milhões aos cofres públicos, afirmando que esta “não tinha validade científica”<sup>3</sup>, pois o estudo não confirmava a existência de uma epidemia de drogas no país, hipótese defendida em sua gestão para justificar sua nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), que prevê o foco na abstinência e na internação involuntária.

Simultaneamente a essas ações, ocorre o esvaziamento das instâncias de participação e controle social, com o Decreto presidencial publicado no dia 22 de julho de 2019, que reduziu o número de membros do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), extinguindo a participação da sociedade civil no órgão. Para o presidente Jair Bolsonaro, que defende uma política de drogas pautada no proibicionismo e na criminalização, tais mudanças foram necessárias para acabar com o “viés ideológico” que existia no Conselho<sup>4</sup>.

Há, portanto, uma batalha de discursos em torno da “nova política de saúde mental”. Na narrativa do Ministério da Saúde e demais entidades defensoras das mudanças, tais ações são elencadas como necessárias para a melhora da RAPS (PINHO, 2018), assim como autores alinhados aos interesses da psiquiatria tradicional apontam a ocorrência de uma “segunda Reforma Psiquiátrica” brasileira, consequência dessas transformações na política, vistas como necessárias para corrigir “falhas” na assistência à saúde mental (LARANJEIRA, 2017).

Do lado oposto, diversas entidades têm se posicionado contrárias à “nova política de saúde mental”, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), dentre outras alinhadas à defesa da Reforma Psiquiátrica em sua perspectiva antimanicomial, que afirmam que a proposta é um retorno ao modelo asilar e demonstra claros interesses mercadológicos.

Com efeito, a análise desse contexto sinaliza a intensificação da disputa não apenas por modelos distintos de atenção à saúde mental, mas também pelo fundo público, na medida em que as internações alimentam também um nicho de mercado, que perpassa o sucateamento e a privatização do SUS.

Nessa direção, segundo Delgado (2019, p.1), desde meados de 1980 “a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso”, passando a ser direcionada por um modelo de assistência pautado na Reforma Psiquiátrica em sua perspectiva antimanicomial, com “prioridades orçamentárias que garantiram um investimento progressivo em serviços substitutivos e regressivo em relação às instituições asilares” (LUSSI *et al*, 2019, p.2). Porém, a partir de 2016 e mais acentuadamente de 2017 adiante, há uma mudança nos rumos dessa política pública que, permeada

---

<sup>3</sup> Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/ministro-ataca-fiocruz-diz-que-nao-confia-em-estudo-sobre-drogas-engavetado-pelo-governo-23696922>>

<sup>4</sup> Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/07/22/bolsonaro-reduz-participacao-da-sociedade-no-conselho-nacional-de-politica-sobre-drogas.ghtml>

pelo avanço das forças conservadoras no país, dentro e fora da saúde mental, instaura “um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica” (DELGADO, 2019, p.1), apresentando claras tendências antirreformistas e remanicomializadoras que fazem parte de um projeto mais amplo de desmonte do SUS, seguindo a agenda neoliberal baseada no trinômio da austeridade, privatização e desregulamentação (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Assim, o cenário vivenciado nos últimos anos no Brasil, principalmente posterior a 2016, é de retrocessos, e aponta para a contínua desconstrução das políticas públicas, não apenas no âmbito da saúde mental, mas dos direitos sociais e da própria democracia, que revelam, em seu bojo, o avanço de um projeto de sociedade conservador e ultraneoliberal.

Em tal conjuntura, a defesa da saúde mental, enquanto política pública inserida no âmbito do SUS e em sua perspectiva antimanicomial, faz parte da luta coletiva por um projeto societário democrático e emancipatório, demandando aos movimentos de Reforma Psiquiátrica, Sanitária e de luta antimanicomial a articulação com outros movimentos sociais e amplos setores da sociedade, como estratégia de resistência popular aos desmontes Constitucionais e às enxurradas neoliberais.

## **Considerações Finais**

A saúde mental, enquanto política social, é composta por uma complexa arena de interesses, indissociável da conjuntura política, econômica e social do país e do mundo. Portanto, faz parte de um campo de disputas e pode atender tanto as demandas da sociedade quanto aos interesses do capital.

Na atualidade, o confronto entre projetos no âmbito dessa política social é acirrado, sobretudo nos governos de Michel Temer e de Jair Bolsonaro que, aliados a grandes interesses ultraneoliberais e neoconservadores do capital, ameaçam a perspectiva antimanicomial, cidadã e emancipatória da saúde mental e, também, colocam em xeque diversas conquistas da Constituição de 1988 e a própria democracia brasileira.

No ano de 2017, quando se comemorava 30 anos do Encontro de Bauru e da luta antimanicomial no país, também foi o momento de aprovação de novas diretrizes para a política de saúde mental, que sinalizam para o retorno de um modelo manicomial e excludente. Em tal cenário, é imprescindível que as Reformas Sanitária e Psiquiátrica reafirmem seu potencial de resistência e mobilização, não apenas para a defesa da saúde mental enquanto direito, mas como parte de uma agenda mais ampla da luta democrática e popular, enquanto possibilidade de resistência da sociedade às enxurradas neoliberais e neoconservadoras.

## **Referências**

AMARANTE, Paulo. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. 2. ed. São Paulo: Zagadoni, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS. **Caderno de informação da saúde suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, ano 11, n. 1 (jun.) 2017.

BASAGLIA, Franco (Org.) **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BISNETO, José. A. **Serviço Social e saúde mental:** uma análise institucional da prática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, out./dez., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atendimento à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República/Casa Civil, 2001.

BRAVO, Maria Inês. **Saúde e serviço social no capitalismo:** fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_. **Serviço social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs). **Serviço Social e Saúde.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.88-110.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO / MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Relatório da Inspeção Nacional das Comunidades Terapêuticas.** Brasília DF: CFP, 2018.

COE, Neilanza Micas; DUARTE, Marco José de O. A construção do campo da atenção psicossocial na Política de Saúde Mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: DUARTE, Marco José de O; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tahiana Meyre da S. (Orgs). **Serviço social, saúde mental e drogas.** Papel Social, Campinas, 2017, p.79-100.

CORREIA, Maria Valéria C. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria C; SANTOS, Viviane Medeiros dos (Orgs). **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015, p.67-89.

COSTA, Maria Dalva. **Serviço social e intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do SUS**. 2010. 264p. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco – UFPE: Recife, 2010.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.1-4, 2019.

ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995, p.181-192.

GUIMARÃES, Thais de A. Alves; ROSA, Lucia C. dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão**, Ano XXII, nº 44, mai. – ago., 2019.

FLEURY, Sonia. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008, p.49-87.

IPEA. **Nota técnica: Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília, n. 26, setembro de 2016.

LARANJEIRAS, Ronaldo. A segunda reforma psiquiátrica. **Folha de São Paulo**. 24 de Dezembro de 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2017/12/1945632-a-segunda-reforma-psiquiatrica.shtml>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira et al. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 1, p. 1-3, 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

\_\_\_\_\_. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008, p.91-122.

PAIVA; Amanda Santos de; COSTA, Maria Dalva H. Ataques à política de saúde em tempos de crise do capital. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, v. 20, n. 1, p. 51-68, jan./jun. 2016.

PASSOS, Rachel Gouveia. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora. **Sociedade em Debate** (Pelotas), v. 23, n. 2, p. 55-75, jul./dez. 2017.

PINHO, Leonardo. Guerra das narrativas na saúde mental. In: ABRASME (Org). **Crônicas de Resistência: em tempos de desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas**. ABRASME: São Paulo, Janeiro de 2018, p.17-18.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção social no capitalismo: crítica a teorias e ideologias conflitantes**. São Paulo: Cortez, 2016.

ROSA, Lúcia C. dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

REIS, Ademar A. *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, dez, 2016.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface**, v. 19, n.54, p. 515-26, 2015.

SBMFC. **SBMFC alerta para a possibilidade de retrocessos na política de atenção à saúde mental no país**. Disponível em:

<[http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site\\_Acao=MostraPagina&PaginaId=11&mNoti\\_Acao=mostraNoticia&noticiaId=1231](http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&PaginaId=11&mNoti_Acao=mostraNoticia&noticiaId=1231)> Acesso em: 5 jan. 2018.

SILVA, Elizangela Samara; MOURA, Viviane Guedes. Crise capitalista e política de saúde pública: tendências atuais pertinentes à saúde mental Brasileira. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, v. 19, n. 1, p. 103-115, jan./jun. 2015.

TEIXEIRA, Janine V.; CRUZ, Cesar A.; AZEVEDO, Ana Paula A. Universalidade do atendimento à saúde no Brasil: impasses e perspectivas. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, v. 20, n. 1, p. 201-220, jan./jun. 2016.

VASCONCELOS, Eduardo M. Reinvenção da cidadania no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: VASCONCELOS, Eduardo M. *et al.* (Org.) **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p.69-96.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 2011.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2006.