

(Re)Visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos

(Re)Visitando la reforma psiquiátrica brasileña: perspectivas en un escenario de retroceso

(Re)Visiting Brazilian psychiatric reform: Prospects in a setback scenario

Cómo citar: Silva TA; Silva AS; Martins Filho IE; Nery AA; Vilela ABA. (Re)Visitando la reforma psiquiátrica brasileña: perspectivas en un escenario de retroceso. *Av Enferm.* 2020;38(3):380-386. DOI: <http://doi.org/10.15446/avenferm.v38n3.82440>

1 Thainan Alves Silva

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Jequié, Bahia, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8930-9044>
Correio eletrônico: alves.thainan@outlook.com

Contribuição: coleta de dados, análise dos dados, redação do artigo e submissão do artigo.

2 Ananda Sodré Silva

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Jequié, Bahia, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1213-9689>
Correio eletrônico: sodrenanda@outlook.com

Contribuição: coleta de dados, análise dos dados e redação do artigo.

3 Ismar Eduardo Martins Filho

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Jequié, Bahia, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1013-6951>
Correio eletrônico: iemfilho@uesb.edu.br

Contribuição: análise dos dados.

4 Adriana Alves Nery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Jequié, Bahia, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1093-1437>
Correio eletrônico: aanery@uesb.edu.br

Contribuição: revisão e redação do artigo.

5 Alba Benem rita Alves Vilela

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Jequié, Bahia, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1187-0437>
Correio eletrônico: abavilela@uesb.edu.br

Contribuição: escolha do tema, orientação e revisão.

DOI: <http://doi.org/10.15446/avenferm.v38n3.82440>

Recibido: 24/09/2019 Aceptado: 24/02/2020

ISSN (IMPRESO): 0121-4500
ISSN (EN LÍNEA): 2346-0261



Resumo

Objetivo: o presente trabalho teve por objetivo realizar uma reflexão teórica a respeito da trajetória histórica do cuidado ofertado ao portador de sofrimento mental no Brasil à luz da Política Nacional de Saúde Mental.

Síntese de conteúdo: trata-se de uma reflexão teórica com base na análise das conquistas oriundas da Reforma Psiquiátrica Brasileira no tocante aos dispositivos de cuidados disponibilizados no Sistema Único de Saúde aos indivíduos com demandas relacionadas à saúde mental, bem como das mudanças recentes na Política Nacional de Saúde Mental que urge como passíveis de comprometer o modelo de atenção psicossocial já instituído. Observou-se a ocorrência de uma série de eventos que vão de encontro ao modelo de cuidado instituído baseado na reinserção social e promoção da autonomia dos indivíduos, demonstrando preocupantes indícios de retorno ao modelo manicomial e excludente.

Conclusões: pretende-se, a partir deste estudo, provocar debates acerca do rumo do cuidado em saúde mental no Brasil, alertando para a necessidade de participação popular nas decisões das políticas de saúde e incentivando a permanência e o aprimoramento do modelo psicossocial em saúde mental.

Descritores: Política de Saúde; Saúde Mental; Sofrimento Mental; Sistema Único de Saúde (fonte: DECS, BIREME).

Resumen

Objetivo: el presente trabajo tuvo como objetivo hacer una reflexión teórica sobre la trayectoria histórica de la atención ofrecida a los pacientes con sufrimiento mental en Brasil, a la luz de la Política Nacional de Salud Mental.

Síntesis del contenido: esta es una reflexión teórica basada en el análisis de los logros derivados de la Reforma Psiquiátrica brasileña con respecto a los dispositivos de atención disponibles en el Sistema Único de Salud para personas con demandas relacionadas con la salud mental, así como los cambios recientes en la Política Nacional de Salud Mental que urgen como responsables de comprometer el modelo de atención psicossocial ya establecido. Se observó la aparición de una serie de eventos que van en contra del modelo de atención basado en la reintegración social y la promoción de la autonomía de las personas, lo que muestra indicios preocupantes de retorno al asilo y al modelo de exclusión.

Conclusiones: este estudio pretende provocar debates sobre la dirección de la atención de la salud mental en Brasil, alertando sobre la necesidad de participación popular en las decisiones de política de salud y alentando la permanencia y la mejora del modelo psicossocial en salud mental.

Descriptores: Política de Salud; Salud Mental; Sufrimiento Mental; Sistema Único de Salud (fuente: DECS, BIREME).

Abstract

Objective: To conduct a theoretical reflection on the historical trajectory of care offered to patients with mental suffering in Brazil based on the National Mental Health Policy.

Content synthesis: This is a theoretical reflection from the analysis of the achievements of the Brazilian Psychiatric Reform regarding care devices available in the Unique Health System for individuals with mental health demands, as well as recent changes in the National Mental Health Policy that urge deploying the already established psychosocial care model. A series of events that go against the model of care based on the social reintegration and promotion of the autonomy of individuals were observed, which shows worrying indications of return to the asylum and the exclusionary model.

Conclusions: This study intends to foster debates about the direction of mental health care in Brazil, alerting to the need for popular participation in health policy decisions and encouraging the permanence and improvement of the psychosocial model in mental health.

Descriptors: Health Policy; Mental health; Mental suffering; Health Unique System (source: DECS, BIREME).

Introdução

Paul-Michel Foucault, historiador francês, psicólogo e filósofo de grande importância mundial, considerado um dos mais polêmicos da contemporaneidade, foi um estudioso de inquestionável representatividade social, principalmente por envolver temas como o biopoder e a sociedade disciplinar em suas discussões. Por ter vivenciado pensamentos e tentativas de suicídio e se aproximar da psicologia e psiquiatria, contribuiu substancialmente para a compreensão de questões relacionadas à saúde mental (1).

Foucault compreendia a loucura como uma desordem social; assim, o louco era aquele indivíduo cuja conduta divergia daquela imposta pela sociedade e, por esse motivo, tinha como resultado sua marginalização e exclusão social (2). Portanto, o conceito de loucura está atrelado a uma relação entre o poder, o saber e a maneira como esses elementos são empregados para controlar o comportamento do homem no meio em que vive (3).

No que concerne à atenção às pessoas com sofrimento mental, essa estereotipação de louco e as ações excludentes acarretaram consequências biopsicossociais negativas a esse público (4). Em contrapartida a essa ideologia, surge a Reforma Psiquiátrica (RP), um movimento internacional caracterizado por lutas em busca de mudanças na assistência ofertada a esses indivíduos. Nesse cenário, tem-se exemplo de países como Itália, França e Inglaterra, que ultrapassaram barreiras políticas e romperam com o modelo manicomial e asilar, fortalecendo e disseminando, assim, concepções acerca do cuidado humanizado, pautado na reinserção social do indivíduo na comunidade (5).

Em muitos países da América Latina, como o Brasil e o Chile, o processo de RP teve seu início entre as décadas de 1970 e de 1990, sendo influenciado pelos desígnios da Psiquiatria Democrática Italiana e pelo contexto político de democratização do Estado. Esse processo se configurou como um movimento político, social e jurídico, propiciando transformações nas políticas públicas no âmbito da saúde mental, reforçando importantes ações de cuidado para melhoria efetiva da qualidade de vida das pessoas com sofrimento mental, como a desinstitucionalização e a participação dos familiares na terapêutica (6, 8).

Nesse contexto, vale salientar que, no Brasil, o movimento da RP, ainda vigente, se concretizou com a promulgação da Lei 10.216/2001, também chamada Lei Antimanicomial, que visa, entre outras coisas, a garantir a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental por meio da ruptura com o modelo assistencial tradicional e à construção de um novo modelo científico, político e ético de cuidado (9).

Somada a essa premissa, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), objetivando consolidar ainda mais os pressupostos estabelecidos com a RP, reorganizou os serviços assistenciais, propondo uma rede de atenção à saúde mental integrada e articulada. Essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com demandas relacionadas à saúde mental (10).

Diante do supracitado, o presente estudo tem como objetivo realizar uma reflexão teórica sobre a trajetória histórica do cuidado ofertado ao portador de sofrimento mental no Brasil à luz da PNSM.

Cuidado à saúde mental antes e após a reforma psiquiátrica

Primitivamente, as pessoas com sofrimento mental não eram consideradas cidadãs e, por isso, não tinham seus direitos garantidos nem sua autonomia era preservada diante das decisões sobre a própria vida. Além disso, a sociedade as via como criaturas extremamente perigosas, sem condição alguma de convívio social. Nessa perspectiva, a forma de tratamento dispensado a essas pessoas era o cárcere privado compulsório, mediante as eternas internações nos hospitais psiquiátricos conhecidos naquele período como manicômios ou hospícios (9).

Nesse contexto, o “cuidado” em saúde mental se baseava prioritariamente na internação, e o hospital psiquiátrico era a única ferramenta capaz de auxiliar na cura da loucura. Conforme os estudos do médico fundador dessas instituições, Philippe Pinel, o tratamento pautado no isolamento era eficaz (11).

Contudo, essa prática, em vez de promover a recuperação da saúde dessas pessoas, contribuía de maneira substancial para sua segregação social, o que acarretava prejuízos significativos na evolução do tratamento, além de se caracterizar como

uma concreta violação ao direito à liberdade e à dignidade à vida, pois as condições a que eram submetidas nesses hospitais eram desumanas (12).

As relações positivistas instituídas entre o louco e a loucura caracterizam o paradigma hospitalocêntrico, cuja ênfase principal é dada à doença em detrimento do sujeito e de sua experiência humana. Todavia, o atual campo da saúde mental, com vistas à atenção psicossocial, considera holisticamente a pessoa com sofrimento mental, e, nesse sentido, o foco deixa de ser a doença e o cuidado se volta para questões subjetivas que estejam relacionadas com a humanidade (13-15).

No contexto latino-americano, era possível observar o aumento dos transtornos mentais e do uso abusivo de substâncias psicoativas. Somado a isso, constatava-se que a rede de atenção em saúde mental instituída se apresentava insuficiente e sem qualquer perspectiva resolutive e humanizada, caracterizada por condutas que violavam os direitos humanos (16).

A Reforma Psiquiátrica na América Latina, em especial a ocorrida no Brasil, também chamada de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), surgiu nesse cenário como movimento político e social transformador para requalificar a assistência em saúde mental. Como dito anteriormente, o movimento teve sua origem nos ideais disseminados pela Reforma Psiquiátrica Italiana, e esse panorama de transformações e conquistas nasceu de ações especiais de pessoas como as da psiquiatra Nise da Silveira. Esse processo se fortaleceu no fim dos anos de 1970 e início de 1980, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), e foi gradativamente se tornando uma política de Estado consolidada (17, 18).

Portanto, a partir da década de 1970, o movimento pela RPB se concretizou, tendo como arcabouço ideológico a crítica ao modelo assistencial medicalizador e excludente, e como ações prioritárias a defesa de práticas de cuidado em saúde mental baseadas no princípio da integralidade, diretriz apresentada pelo novo Sistema Único de Saúde (SUS) (19).

O modelo psicossocial embasa as novas formas de atenção em saúde mental com estratégias centralizadas na pessoa e nas suas potencialidades, bem como em propostas substitutivas do modelo hospitalocêntrico mediante a criação de uma rede assistencial no território voltada para a atenção psicossocial; o objetivo é fortalecer a reinserção socio-cultural das pessoas com sofrimento mental (20-22).

Nesse ínterim, Brasil e Paraguai passaram a fazer parte dos países que se tornaram seguidores da Declaração de Caracas, documento elaborado no ano de 1990 com o intuito de reformular a atenção à saúde mental nas Américas. Assim, nos anos de 2001 e 2011, respectivamente, esses países implementaram suas políticas nacionais de saúde mental, incorporando os princípios e as diretrizes desse novo modelo em suas normativas legais (23). Muitos foram os documentos legais que propiciaram a melhoria da qualidade do cuidado ofertado no Brasil. Um deles foi a promulgação da Lei 10.216, de abril de 2001, que legalmente redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, garantindo proteção e todos os direitos aos portadores de sofrimento mental. Outro documento relevante foi a Portaria 336/2002 do MS, que definiu que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm o dever de organizar a demanda relacionada à saúde mental e os cuidados a esse público no contexto territorial, sob a coordenação do gestor local (24, 25).

A constituição de serviços substitutivos ao manicomio, como as residências terapêuticas, os CAPS, os leitos em hospitais gerais para demandas de urgências psiquiátricas, as estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial, e os dispositivos territoriais, como as Estratégias de Saúde da Família, configuraram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria 3.088, de dezembro de 2011. Entre outros aspectos, ela objetiva ampliar e integrar os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e/ou com necessidades provenientes do uso de crack, álcool e outras drogas (25-27).

Essas propostas, ainda que instituídas por leis e portarias do MS, se encontram em processo construtivo e em permanente transformação para, com isso, promover seu amadurecimento e sua consolidação. Isso se constitui como um grande desafio para a RAPS, uma vez que suas ações devem atingir muito mais do que os aspectos biológicos da vida daqueles que têm demandas relacionadas à saúde mental, culminando, dessa forma, na superação efetiva dos pressupostos e dos dispositivos que institucionalizam pessoas (19).

O modelo de rede da RAPS é semelhante ao instituído no Chile, em que as primeiras experiências de desinstitucionalização ocorreram durante o governo da Unidade Popular. O modelo chileno adotado atualmente propõe a criação de uma rede de saúde mental e psiquiatria caracterizada pela composição de múltiplos dispositivos para a atenção das

distintas necessidades das pessoas com sofrimento mental, assim como a RAPS brasileira (28).

Em um contexto amplo, avanços semelhantes ocorreram em outros países da América Latina, a exemplo do Paraguai, como dito anteriormente, que construiu uma política de saúde mental com a participação dos usuários do serviço, de familiares e de profissionais. Contudo, não houve a superação completa do modelo hospitalocêntrico-manicomial. Diante de tal realidade, o governo paraguaio está tentando aprimorar o atendimento em saúde mental, pautando suas estratégias no respeito aos direitos humanos e no atendimento comunitário, enfatizando a qualidade de vida e a equidade. Para isso, tem se espelhado no modelo brasileiro e argentino, além de assumir compromissos e propor ações, por meio da atual PNSM (2011-2020), que apontam para a possibilidade de superação do modelo excludente manicomial (29).

Os desafios para a consolidação do modelo psicossocial nos países da América Latina, principalmente no Brasil, perpassam por questões orçamentárias e de incorporação de princípios que permitam a organização da rede de serviços, como a descentralização das ações e a universalização do acesso (29).

Retrato do desmonte

Diante dos inúmeros avanços vivenciados pelo movimento da RPB, a partir de 2015, iniciou-se uma série de eventos considerados como retrocessos significativos para o modelo de atenção psicossocial em andamento. A nomeação, em 11 de dezembro de 2015, para o cargo de coordenação-geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do ex-diretor técnico do maior asilo manicomial da América Latina nos tempos da ditadura militar representou uma ruptura histórica na nomeação de coordenadores desde o processo de redemocratização, visto o alinhamento do novo coordenador como contrário a pontos fundamentais da reforma psiquiátrica. Gerou-se, a partir de então, intensa mobilização nacional contrária à decisão, deixando insustentável a continuidade desse coordenador, o que culminou com sua exoneração em maio de 2016 (30).

Porém, a considerada “maré contra reformista” continuou se fortalecendo. Em dezembro de 2017, foram aprovadas, na Comissão Intergestora Tripartite, novas diretrizes para as políticas de saúde mental no Brasil, em um contexto considerado semelhante à reformulação da Política Nacional de Atenção Básica: protestos, manifestações de repúdio e perspectiva de retrocesso (31).

Em 2019, como reforço às diretrizes, divulgou-se a Nota Técnica 11/2019, que trouxe alguns esclarecimentos acerca das mudanças na PNSM e nas diretrizes sobre drogas, despertando novamente inúmeras críticas por ser considerado um retorno aos moldes anteriores à RPB. A Nota, entre outros aspectos, traz a inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS e desconsidera a “rede substitutiva”, alegando que nenhum serviço substitui o outro, sendo todos igualmente importantes (32).

A partir de então, a gestão das Políticas de Saúde Mental e a de Álcool e outras Drogas passa a ser competência da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, no Ministério da Cidadania, conforme a Medida Provisória 870, de 1º de janeiro de 2019 (33).

Outro nó crítico da Nota Técnica 11/2019 refere-se à inclusão das Comunidades Terapêuticas (CTS) na RAPS. As CTS, consideradas como componentes de um modelo privatista e manicomial, representam instituições de caráter religioso voltadas ao tratamento do uso compulsivo de álcool e de outras drogas, pautadas em modelos hierárquicos de tratamento e saberes sob a ótica da prática da abstinência. Nessas comunidades, a equipe responsável determina, em sua maior parte, as atividades a serem realizadas e delibera sobre o contato com o ambiente externo e o acesso a objetos do cotidiano, podendo, por conseguinte, abrir margem para dificuldades no processo de reinserção social ao não abordarem a perspectiva de construção da autonomia desses indivíduos sobre si e seu tratamento, de maneira paradoxal ao preconizado pela reforma psiquiátrica (18, 31).

Pode-se citar, também, o incentivo destinado à criação de ambulatórios “especializados” para quadros menos graves em detrimento da cobertura dos serviços da Atenção Básica, dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família e dos mais de 2000 CAPS distribuídos pelo país, os quais operam conforme a capilaridade territorial com alto potencial resolutivo. Salienta-se, ainda, a abordagem da temática da saúde mental infanto-juvenil apenas para referir-se ao internamento em hospitais psiquiátricos (17, 32).

Outro aspecto que cabe discussão é o incentivo do uso da eletroconvulsoterapia (ECT), também conhecida como eletrochoque, como aparato terapêutico no âmbito do SUS. Dessa forma, o MS passa a destinar recursos para a compra dos equipamentos da ECT e admite seu uso em casos de transtornos mentais graves. No entanto, tal questão merece ser problematizada em razão do histórico de sua

utilização de maneira desordenada e abusiva nos manicômios brasileiros (32).

Destarte, urge a necessidade de se debater e proteger todas as mudanças que se articulam aos moldes contrários ao de atenção psicossocial e de respeito à autonomia do indivíduo, que tanto preza o movimento de RPB. Faz-se de suma importância também o incentivo à participação de toda a sociedade e a família na formulação das políticas de saúde e, nesse caso principalmente, na política de saúde mental, a fim de assegurar o controle social no SUS e nas práticas que preservem o direito de autonomia e de cidadania da “pessoa e usuário que sente, sofre como qualquer um e merece um atendimento humanizado” (34).

Conclusões

A RPB representa um movimento de extrema relevância na consolidação de um modelo de atenção psicossocial baseado na autonomia, na territorialização do cuidado e na reinserção social do indivíduo em sofrimento mental e em uso de álcool e outras drogas, se tornando, por meio de muitas lutas e reinvidicações, política oficial de Estado. Um Estado de Bem-Estar Social.

É preciso uma ação conjunta dos diversos setores da sociedade em busca da defesa dos direitos conquistados ao longo dos anos, além de contar com uma PNSM inclusiva e humanizada. Enfatiza-se a essencialidade da participação popular na formulação dessas políticas, considerando que, nos últimos anos, esse direito tem sido constantemente negado até mesmo às entidades de sociedade civil que compõem o Conselho Nacional de Saúde, representando um grave retrocesso em razão da garantia em Constituição Federal do controle social no SUS (35).

Pretendemos, com base nesta reflexão, suscitar e provocar debates a respeito do rumo que toma o cuidado com a saúde mental no Brasil, não esgotando o tema aqui, mas estendendo-o para maiores discussões e embates em busca da manutenção e do aprimoramento das conquistas da RPB, não retornando ao antigo modelo manicomial, desterritorializado, desumano e excludente.

Apoio financeiro

Não houve apoio financeiro.

Referências

- (1) Ferreirinha IMN; Raitz TR. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. *Rev Adm Pública*. 2010;44(2):367-383. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0034-76122010000200008>
- (2) Ferreira JC. A loucura social presente no conto *o velho e os três meninos*. *Eletrôn Inst Humanid*. 2018;19(45):62-74. <https://bit.ly/3ijSjlx>
- (3) Camargo S. Esquizofrenia e experiência social: loucura, crítica e reconhecimento. *Ecos, Estud. Contemp. Subj*. 2019;9(2):296-307. <https://bit.ly/2CWK1A3>
- (4) Muniz MP; Abrahão AL; Tavares CMM. O controle da sereia: trabalho e geração de renda em saúde mental. *Rev Pró-Univer sus*. 2017;8(2):51-57. <https://bit.ly/3ijn224>
- (5) Silva AP; Nascimento EGC; Pessoa Júnior JM; Melo JAL. "Por trás da máscara da loucura": cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. *Fractal: RevPsicol*. 2019;31(1):2-10. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i1/5517>
- (6) Santos DVS; Rosa LCS. Reforma psiquiátrica, famílias e estratégias de cuidado: uma análise sobre o cárcere privado na saúde mental. *Rev Libertas*. 2016;16(2):25-36. <https://bit.ly/2YKbM79>
- (7) Sousa FSP; Jorge MSB. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trab, Educ Saúde*. 2019;17(1):1-19. DOI: <http://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>
- (8) Ferreira AAL; Madariaga JC; Lima RS. Os dispositivos psiquiátricos reformistas no Brasil e no Chile e a gestão pela liberdade: breves etnografias das formas de gestão vinculadas à saúde mental. *Teor e Cult*. 2017;11(3):19-27. <https://bit.ly/2AhuIkt>
- (9) Silva CM; Cohn A. Comunidades terapêuticas: proposta de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental. *Unisant Law and Social Science*. 2018;(7)3:3-21. DOI: <https://bit.ly/2ZgKUuw>
- (10) Cruz KDF; Guerrero AVP; Scafuto J; Vieira N. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Rev Nufen*. 2019; 11(2):117-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio51>
- (11) Shimoguiri AFDT; Costa-Rosa A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. *Interface*. 2017;21(63):845-856. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0202>
- (12) Prado GAS. Revisitando a história da loucura: experiência trágica, exclusão, captura e tutela. *Ecos, Estud. Contemp. Subj*. 2016;6(2): 223-238. <https://bit.ly/2NUPxpb>

- (13) Oliveira CAV; Martins FC; Vieira MAA. Perspectivas e desafios para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade. *Ciênc Gerenciais em Foco*. 2018;9(6):125-146. <https://bit.ly/3mwpleh>
- (14) Ramos DKR; Paiva IKSD; Guimarães J. Pesquisa qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(3):839-852. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>
- (15) Paulon SM. Quando a cidade "escuta vozes": o que a democracia tem a aprender com a loucura. *Interface*. 2017;21(63):775-786. DOI: <http://doi.org/10.1590/1807-57622016.0845>
- (16) Organización Panamericana de la Salud (OPAS). WHO-AIMS: Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Washington DC: OPAS, 2013. <https://bit.ly/2VwYrgt>
- (17) Pitta AMF; Guljor AP. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. *Cadernos do CEAS*. 2019;(246):6-14. DOI: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>
- (18) Farinha MG; Braga TBM. Sistema Único de Saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. *Rev Abordagem Gestalt*. 2018;(24)3:366-378. DOI: <http://doi.org/10.18065/RAG.2018v24n3.11>
- (19) Oliveira EC; Medeiros AT; Trajano FMP; Chaves Neto G; Almeida SA; Almeida LR. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Esc Anna Nery*. 2017;21(3):e20160040 DOI: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040>
- (20) Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Te Corá Instituto Franco Basaglia; 1999.
- (21) Nunes JMS; Guimarães JMX; Sampaio JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis*. 2016;26(4):1213-1232. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>
- (22) Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- (23) Domingues J; Silva MG; Nogueira VMR; Neri FS. Política de saúde mental no Brasil e no Paraguai: simetrias e assimetrias. *Argum*. 2018;10(3):46-62. DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i3.23047>
- (24) Martins LM. Às imagens, as sombras do porvir: 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Revista Diorito*. 2018;2(1):88-121. <https://bit.ly/2YMo137>
- (25) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 336, de 19 fevereiro de 2002. <https://bit.ly/31zEnxV>
- (26) Peres GM; Crepaldi MA; Motta CCL; Grigolo TM. Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. *Cad Bras Saúde Ment*. 2018;10(27):34-52. <https://bit.ly/2ZqOMcq>
- (27) Passos RG. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora. *Socied em Deb*. 2017;23(2):55-75. <https://bit.ly/3eNmI9T>
- (28) Carrasco J. Uma história da saúde mental e psiquiatria comunitária no Chile a partir das transformações neoliberais no período de 1980 a 2010. *Ayvui, Rev Psicol*. 2016;2(2):71-93. <https://bit.ly/2VAYUis>
- (29) Domingues J; Silva MG; Nogueira VMR. A implementação da política de saúde mental no Paraguai: desafios e potencialidades. *Rev MERCOSUR Polít Soc*. 2018;2(supl 1):287-309. DOI: <https://doi.org/10.28917/ism.2018-v2-287>
- (30) Chaves LL. Dos eventos documentados aos documentos gerenciados: A política de saúde mental brasileira em disputa. *Anuário Antropológico*. 2018;43(2):261-284. DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.3282>
- (31) Mélo RP; Moura M; Galindo D. Atendimento terapêutico ou modelos que confinam? Comunidades terapêuticas em xeque. *Mnemosine*. 2018;14(1):149-166. <https://bit.ly/2CNNQY2>
- (32) Lima RC. O avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*. 2019;29(1):e290101. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0103-73312019290101>
- (33) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Brasil). Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 21 de dezembro 2017. <https://bit.ly/3i9WfoW>
- (34) Sponchiado GM; Ottonelli JC. Será o fim da reforma psiquiátrica? Reflexões sobre o cuidado na contemporaneidade. Em: 6º Congresso Internacional em Saúde. Ijuí: Unijui; 2019. 6:1-11. <https://bit.ly/38e9uAt>
- (35) Correia LC; Martins L; Requião M. À beira do abismo e ao encontro do absurdo: considerações sociojurídicas sobre a Nota Técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde. *RevJuríd*. 2019;23(50):e7918. <https://bit.ly/2NK4OJz>