

PELA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA: O TRAJETO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM JUIZ DE FORA¹

Maria Antonia Bertelli de Castro²

Carla Ferreira de Paula Gebara³

RESUMO:

O texto aborda o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com ênfase na experiência de Juiz de Fora que fazia parte do chamado “corredor da loucura”. A adoção dos preceitos da Reforma na Constituição de 88 marca o início da elaboração de uma saúde mental mais humanizada e inclusiva, todavia se faz fundamental lembrar que se trata de um processo ainda inconcluso. A manutenção e ampliação do cuidado promotor de cidadania exige constante reflexão e crítica. Em vista disso, Martin-Baró afirma que dentre as tarefas do psicólogo está o resgate da memória histórica, capaz de potencializar o desenvolvimento de uma consciência e saber críticos sobre si e a realidade social. Se baseando nesses preceitos e através de uma revisão narrativa, busca-se inicialmente, examinar a própria construção do entendimento do que é a loucura e como ela passou a ocupar um lugar abjeto e de não-razão que tem como consequência a construção de uma estrutura de controle violenta e segregadora. A partir disso são exploradas experiências para desconstruir, transformar e/ou reformar essas estruturas. Por fim é enfatizada a importância de uma psicologia crítica, multidisciplinar, inclusiva e promotora de cidadania, se alinhando com as necessidades das pessoas historicamente oprimidas.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização. Luta Antimanicomial. Juiz de Fora. Psicologia.

FOR THE DEINSTITUTIONALIZATION OF MADNESS: THE PATH OF PSYCHIATRIC REFORM IN JUIZ DE FORA

ABSTRACT:

The text explores the process of psychiatric reform in Brazil, with an emphasis on the experience of Juiz de Fora, which was part of the so-called “corridor of madness”. The adoption of the Reform's precepts in the 1988 constitution marks

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa: Psicologia e relações sociais, comunitárias e políticas. Recebido em 22/10/2024 e aprovado, após reformulações, em 22/11/2024.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: maria.bertelli07@hotmail.com

³ Doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: carlagebara@uniacademia.edu.br

the beginning of the development of a more humanized and inclusive mental health system, but it is essential to remember that this is still an inconclusive process. Maintaining and expanding care that promotes citizenship requires constant reflection and criticism. In view of this, Martin-Baró states that among the psychologist's tasks is the recovery of historical memory, capable of enhancing the development of a critical awareness and knowledge about oneself and social reality. Based on these precepts and through a narrative review, we initially seek to examine the very construction of the understanding of what madness is and how it came to occupy a place of abjection and non-reason that resulted in the construction of a violent and segregating control structure. It then explores the experiences of deconstructing, transforming and/or reforming these structures, finally emphasizing the importance of a critical, multidisciplinary psychology that promotes citizenship and inclusion, aligning itself with the needs of historically oppressed people.

Keywords: Psychiatric reform. Deinstitutionalization. Anti-manicomial movement. Juiz de Fora. Psychology.

1 INTRODUÇÃO

No conto *O Alienista*, de Machado de Assis (1882), o Médico Simão Bacamarte, considerando a ciência como irredutível e inquestionável, e ele próprio como exímio entendedor desta e da chamada “saúde da alma”, inaugura a “Casa Verde”, o primeiro manicômio da cidade. Em um ato de caridade para tratar a “loucura”, que consistia em tudo aquilo que, aos olhos de Bacamarte, se apresentava como desviante, acaba por internar toda a cidade no local.

A realidade brasileira pouco se distinguia dos episódios narrados no conto machadiano: tendo por base o Decreto nº 24.559/34, que respaldava internações arbitrárias de todos aqueles tidos como uma 'inconveniência' para à ordem e moral pública (Goulart, 2015), o Brasil chegou a ter 111 mil leitos psiquiátricos entre as décadas de 70 e 80 (Amarante, 1998). No cenário regional, Juiz de Fora fazia parte do chamado “corredor da loucura”, junto de Belo Horizonte e Barbacena. Essa alcunha se refere à alta concentração de leitos psiquiátricos nas cidades.

Foucault (2019) apontava para a institucionalização e cerceamento da liberdade daquele tido como louco, como uma forma de controle social, tipificando-o e relegando a ele um espaço de não-ser, de objeto. Desde o início

da compreensão do conceito de loucura enquanto não-razão, as instituições asilares servem à segregação. Juiz de Fora teve uma participação importante na construção de estruturas e políticas manicomiais, com sete instituições asilares privadas e, em seu auge no ano de 1986, contava com 1792 leitos psiquiátricos (Acácio, 2019).

Martin-Baró (1996) afirma que dentre as principais tarefas do psicólogo está o resgate crítico da memória histórica e a conscientização de pessoas e grupos, objetivando o desenvolvimento de um saber crítico sobre si e sua realidade. O presente trabalho, em consonância com os preceitos de Baró, pretende analisar a Reforma Psiquiátrica, dentro do contexto nacional e regional, considerando que ela tem características próprias que remontam toda a construção da assistência à saúde no Brasil.

A revisão narrativa consiste em descrever de maneira ampla o desenvolvimento de determinado assunto (Cavalcante e Oliveira, 2020), no caso o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e como ela ecoou no cenário juizforano. Objetivando esta investigação exploratória e qualitativa, foram usados descritores como “Reforma Psiquiátrica”, “Desinstitucionalização”, “Luta Antimanicomial” e “Juiz de Fora”, em geral acrescidos do conector “AND”. Não foi feito recorte temporal preciso e os bancos de dados utilizados foram o Google Scholar, Scielo, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a Biblioteca Virtual Thais Acácio, construída pela Liga Acadêmica de Psicologia Social e Comunitária (LAÇO) do UniAcademia.

Inicialmente será discutida a história da loucura, buscando compreender como e porque o louco passou a ocupar um espaço de segregação. No tópico seguinte será abordado o início da atenção à saúde mental no Brasil e suas problemáticas para então explorar tentativas de reforma da psiquiatria e do cuidado na saúde mental partindo do contexto mundial-ocidental, para o brasileiro e no contexto regional, de Juiz de Fora. Por fim são discutidas as contribuições da Psicologia para a construção de uma saúde mental mais humanizada e produtora de cidadania.

2 O PERCURSO DA HISTÓRIA DA LOUCURA

A hostilidade e controle a partir do enclausuramento daquele tido como louco não são forças da natureza, inerentes à sociedade humana, mas efeito de uma construção histórica e social, que leva a loucura do trágico ao crítico, se moldando na intolerância ao diferente. Silveira e Braga (2005), afirmam que na Grécia antiga a desrazão era entendida como uma forma de ter contato com o divino. O louco era visto como diferente, mas era um sujeito possuidor de conhecimentos e verdades, capaz de experienciar o mundo à sua maneira. Já na Idade Clássica, começa a ser traçado um afastamento entre o místico e o terreno, e o louco tem uma existência “facilmente errante”, sendo expulsos dos muros das cidades e vivendo como nômades (Foucault, 2019, p. 9).

Na idade média a personificação do mal era a lepra, entendida como um castigo divino. Com o fim das cruzadas e a quebra do contato com focos da doença, observa-se uma diminuição exponencial no número de infectados, fazendo com que a lepra não fosse mais uma questão de saúde pública como antes (Silveira e Braga, 2005). Isso significa também que agora existia um espaço de exclusão, subjetivo e físico, que estava vazio e aguardando novos ocupantes. Os leprosários eram espaços onde portadores de diversos tipos de hanseníase eram confinados e onde os loucos passam a ser presos. Eram enclausurados todos aqueles que pudessem representar algum tipo de ameaça à ordem social. Mas é só na Modernidade, com o cientificismo próprio do Iluminismo, que a loucura começa a ser objeto de estudo, categorização e passível de uma suposta ‘cura’ (Amarante, 1998).

A expansão da Medicina Mental retira a loucura do lugar trágico, enquanto uma experiência singular e humana e a reduz a um objeto de estudo: a doença mental. Um dos principais nomes do que viria a ser a Psiquiatria Clássica foi o francês Philippe Pinel (1826-1945) que, como apontado por Amarante (1998), tinha no isolamento um dos fundamentos para a “cura” da doença mental. O autor ainda pontua sobre a “libertação” dos loucos executada por Pinel ao fundar a ciência que, para libertá-los das correntes, os afugenta a classificações, saberes e discursos. A partir da modernidade o louco não é mais capaz de experienciar o mundo à sua maneira, nem possui conhecimentos ou verdades, não é sequer um sujeito. Yasui (2010) afirma que o alienismo de Pinel é baseado

na infantilização e culpabilização do louco sendo o asilo uma instância perpétua de julgamentos.

Entre junho e julho de 1979 o psiquiatra italiano Franco Basaglia, importante referência para o processo de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização na Itália, esteve no Brasil para uma série de conferências e visitou alguns hospitais. Dentre as instituições estava o Hospital Colônia, em Barbacena (MG), e afirmou: “Estive hoje em um campo de concentração nazista. Em nenhum lugar do mundo presenciei uma tragédia como esta” (Arbex, 2019, p. 217). A situação abjeta que Basaglia presenciou não se restringia à Barbacena: no período, o complexo manicomial brasileiro atingia seu auge, com a ocupação de 111 mil leitos psiquiátricos (Amarante, 1998).

O que é percebido com o isolamento e institucionalização, ao contrário do posto por Pinel, é a cronificação do sujeito, uma deterioração psíquica que se sobrepõe ao que inicialmente levou à internação. A aniquilação da sua individualidade e a produção de uma ‘subjetividade’ conformada com a violência e controle da instituição (Basaglia, 2005; Souza, 1985). Se essa percepção patologizante do louco e da loucura são uma construção, isso significa também que existem outras possibilidades de percebê-la. Nesse sentido, diversas foram as ideias e experiências de transformar o cuidado à loucura. Dentre elas está a Psiquiatria Democrática, herança de Franco Basaglia, que tem como um de seus principais pressupostos a Desinstitucionalização.

A desinstitucionalização conceituada pelo autor e sustentada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira não é simplesmente a desospitalização. A defesa da liberdade objetiva do sujeito e o direito ao cuidado no território são partes fundantes da desinstitucionalização basagliana, mas ela vai além, ao criticar a construção do saber psiquiátrico sobre o louco e a loucura. Propondo a ampliação da cidadania não somente enquanto um direito universal que todo o tecido social deve ter acesso, mas a ampliação do próprio conceito de cidadania, para que seja capaz de admitir a pluralidade dos sujeitos, trabalhando para que todos possam existir, ser cuidados e se sociabilizar a sua maneira (Basaglia, 2005). Trata-se, também, da defesa da liberdade subjetiva desse sujeito.

3 CONSTRUÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO BRASIL

A atenção específica à saúde mental no Brasil começa a ser moldada com a chegada da Família Real de Portugal (Silveira e Braga, 2005). Objetivando a manutenção de uma suposta ordem social, em 1852 é inaugurado o primeiro manicômio do Brasil, o Hospital de Pedro II, no Rio de Janeiro. A institucionalização como princípio e o isolamento como técnica receberam ainda mais impulso depois do Golpe de 1964. Vaissman (1980 apud Souza, 1985 p.35) denomina o período entre 1967 e 1973 como o de “implantação do modelo de privilegiamento do produtor privado”. Nesse período, de acordo com Souza (1985), os primeiros sinais da insustentabilidade do “milagre econômico” começaram a transparecer e, tentando ganhar aprovação popular, o regime militar decide por investir os recursos da Previdência Social na assistência em saúde.

Sem nunca perder de vista a manutenção dos privilégios da classe burguesa, o então governo opta pela terceirização, a contratação de empresas privadas ao invés da expansão dos serviços prestados pela Previdência (Escorel, 1999). A decisão foi bastante controversa e resultou na rejeição do Plano Nacional de Saúde inicialmente apresentado pelo próprio Estado e por entidades médicas, como faculdades, sindicatos e associações (Lima, 1982 apud Souza, 1985). A recusa teve como justificativa a incapacidade do Estado em arcar com os gastos desse modelo - crítica esta que viria a se provar verdadeira. Todavia, alguns itens da proposta começam a ser operacionalizados, sendo eles: os convênios (via Previdência Social) com hospitais, clínicas e laboratórios e o pagamento do setor privado pela Unidade de Serviço Prestado.

A forma de remuneração adotada, via unidade de serviço, foi um importante facilitador para os altos índices de sujeitos institucionalizados e para o emprego de estratégias pouco éticas por parte das empresas contratadas. Nesta forma de remuneração, quanto mais atendimentos e atos médicos realizados, maiores são os lucros. O que se observa como resultado é a queda na qualidade do atendimento e a realização de atos desnecessários, como cirurgias e hospitalização, esta última justificada pelo tempo escasso para o atendimento ambulatorial - em média 15 minutos (Souza, 1985). Impregnada pela lógica mercadológica, a saúde tinha no modelo hospitalocêntrico o maior

representante de rendimento, resultando na década de 80 em um complexo médico-industrial com poder econômico e político suficiente para intervir em decisões referentes a políticas públicas (Souza, 1985; Escorel, 1999).

Todavia, a questão mercadológica não era a única sustentação para a subtração da liberdade e autonomia dos sujeitos. Goulart (2015) aponta o Decreto nº 24.559 de 1934, que esteve em vigor até 2001, como um dos amparos legais para a internação psiquiátrica. Essa legislação tratava o sujeito em sofrimento mental como desprovido de todo e qualquer direito à cidadania. A internação era arbitrária e tinha como pressuposto a ‘inconveniência’ que esse sujeito poderia vir a representar à ordem e moral pública. Além disso, o pedido de internação poderia vir de um juiz, policial ou por

[...] parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação (Brasil, 1934).

A prestação de assistência à saúde mental no Brasil seguiu a lógica de privatização e hospitalização (Amarante, 1998). Vale destacar, contudo, uma significativa diferença observada na expansão dos leitos psiquiátricos públicos em relação aos privados (Cerqueira, 1984): entre os anos de 1941 e 1978 os leitos psiquiátricos públicos cresceram em mil. No mesmo período, os leitos privados foram de 7 mil para 78 mil. A esse processo de hospitalização e privatização da assistência psiquiátrica o autor denomina “Indústria da Loucura”.

Um dos proeminentes polos dessa indústria estava em Minas Gerais, e recebia o nome de “corredor da loucura”: 90,57% dos leitos psiquiátricos do estado estavam nas cidades de Juiz de Fora, Barbacena e Belo Horizonte (Acácio, 2019). O primeiro hospital psiquiátrico de Juiz de Fora, a Casa de Saúde Esperança, data de 1939. Em 1986 a cidade contava com 1792 leitos psiquiátricos distribuídos em sete hospitais privados conveniados ao setor público, conforme tabela 1:

Tabela1 - Número de leitos distribuídos entre os hospitais psiquiátricos de Juiz de Fora no ano de 1986

Instituição	Número de leitos
Casa de Saúde Esperança	450
Hospital Aragão Villar	380
Clínica São Domingos	240
Hospital São Marcos	220
Clínica Serro Azul	190
Clínica São Domingos Filial	180
Clínica Pinho Masini	132

Fonte: Marques, 1996, p. 104

Como já mencionado, o repasse de verbas para o setor privado era feito via Previdência Social. O Ministério da Previdência e Assistência Social determinava a estrutura física e o quadro de funcionários necessários para o funcionamento da instituição, e atribuía pontos para os itens. Posteriormente, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) fiscalizava e classificava o hospital com base nesse sistema de pontos. A pontuação obtida (que poderia ir de 50 a 100) determinava o pagamento da diária por paciente (Souza, 1985 apud RECLAR, 1974). Isso significa, portanto, que era de interesse dos hospitais manter-se de acordo com as recomendações do ministério.

Todavia, a análise feita por Souza (1985) em um hospital psiquiátrico de Juiz de Fora junto de relatos de funcionários de outras instituições, aponta para a construção de um sistema que conseguia burlar a classificação. Foram relatados desvios e acúmulo de funções, contratações fantasmas e descumprimento do horário de trabalho (principalmente pelos médicos), visando a manutenção das margens de lucro das empresas. Também é interessante apontar que, segundo os dados levantados por Souza (1985), 18% dos atendimentos ambulatoriais resultavam em internação, atendimentos esses que duravam em média 15 minutos.

O descaso e objetificação do sujeito em sofrimento mental não era e ainda não é uma particularidade do cenário brasileiro. Do descontentamento com esse quadro nasce a luta antimanicomial e diversas propostas reformistas no Brasil.

4 REFORMAS DA PSIQUIATRIA: DO CONTEXTO MUNDIAL AO CENÁRIO REGIONAL

Chiossi (2023) aponta para a diferenciação da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Apesar da relação próxima entre os dois, o primeiro é um movimento social e político formado por múltiplos atores que buscam uma mudança radical nas práticas de exclusão e controle da loucura. Já a Reforma Psiquiátrica é uma resposta político-institucional a essas demandas, promovendo mudanças no modelo de atenção psicossocial prestado.

De acordo com Amarante (1998) são múltiplas as propostas de reformas da psiquiatria, em especial depois da Segunda Grande Guerra, ora questionando o saber psiquiátrico, ora questionando a instituição asilar. A força motriz por trás dessas reflexões quanto ao modelo dominante e as reformas se sobrepõe temporalmente e perpassam razões subjetivas e materiais da época. A similaridade dos manicômios com os campos de concentração, frescos na memória da Europa, foi uma dessas razões. Mas a realidade material de uma Europa devastada pela guerra motivou o recrutamento de um exército industrial de reserva para a reconstrução do continente (Amarante, 1998).

Dentre os movimentos que questionam o saber psiquiátrico, pode-se destacar a Psicoterapia Institucional na França, com François Tosquelles e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, com Maxwell Jones. Ambas tentavam, de formas diferentes, mas tendo como referência a Psicanálise, se opor à exclusão e dominação do hospital psiquiátrico. A primeira, entendendo que é impossível tratar um indivíduo inserido numa estrutura doentia, tenta transformar o hospital Saint-Alban em um espaço de cuidado e resistência ao Nazismo.

Já as Comunidades Terapêuticas tentavam, através de assembleias com paciente e funcionários, driblar o caráter silenciador do manicômio ao buscar estimular a criação democrática de uma microssociedade intra-muros (Chiossi, 2023; Amarante, 1998). Birman (1992 apud Amarante, 1998) aponta para o perigo da mera reformulação do discurso alienista nessas reformas institucionais, e cita a Psicoterapia Institucional como um exemplo disso, pois esquece de negar o enclausuramento do manicômio. Nesse sentido, Rotelli (1988) assinala a necessidade de uma mudança que chegue à raiz da questão,

a qual no caso seria a loucura enquanto doença que, no manicômio ganha ainda o caráter de periculosidade. A desinstitucionalização não prevê a cura, mas a emancipação.

Todavia, a raiz da questão parece ser constantemente confundida, como é escancarado por experiências como a Psiquiatria Preventiva Comunitária dos Estados Unidos. Após a realização de um censo sobre a assistência psiquiátrica, percebe-se as péssimas condições de tratamento no modelo asilar, além dos seus altos custos. O governo Kennedy redireciona a assistência psiquiátrica para ‘prevenção’ e redução da doença mental na comunidade. Tendo Caplan como orientação teórico-metodológica, buscava-se evitar o surgimento da doença mental através da construção de um programa de intervenção na comunidade capaz de fornecer “diagnósticos precoces” (Chiossi, 2023, p. 14).

Indo contra as expectativas do Estado norte-americano, as taxas de distúrbios mentais aumentavam em progressão geométrica, assim como os custos do programa proposto (Birman e Costa, 1994 apud Amarante, 1998). Basaglia (2005) é enfático ao afirmar que o processo de desinstitucionalização inverte os preceitos da psiquiatria clássica ao posicionar centralmente o sujeito, e não o seu diagnóstico. Na experiência estadunidense a crítica não é à psiquiatria clássica em si, mas à sua execução. O sujeito segue sendo colocado entre parêntesis e o seu diagnóstico em destaque, em uma lógica que, ao patologizar a loucura, exige a sua cura - que mais se assemelha à normatização e controle. O manicômio ultrapassa os muros do hospital psiquiátrico, abrangendo agora toda a comunidade em um processo de patologização da experiência humana, dando um diagnóstico ao mal-estar social (Amarante, 1998).

Franco Basaglia, ao começar o projeto de humanização do Hospital de Gorizia nos anos 60, inicia também a tradição que foi continuada pelo movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (Amarante, 1998). Considerando a indissociação entre o sujeito/loucura e sociedade que enlouquece, a tradição basagliana afirma a urgência de revisão dos saberes sobre a relação cuidador-cuidado. Indo contra simplificações cartesianas da realidade, busca-se uma constante reflexão histórico-crítica de como a sociedade se relaciona com o diferente, de forma geral. O que se torna evidente é o anseio social, também

evidenciado por Fanon (2020) de excluir e esconder tudo aquilo que não se adequa a um ideal inexistente de sociedade.

A função de uma estrutura social é implementar instituições atravessadas pela preocupação com o homem. Uma sociedade que acua seus membros e os força a soluções desesperadas é uma sociedade inviável, uma sociedade a ser substituída.
(Fanon, 2020, p. 294)

4.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se inspira na Psiquiatria Democrática Italiana. O estopim para o início do processo reformista no país é a chamada “Crise da DINSAM” (Amarante, 1998). Contudo, é importante ressaltar que a efervescência antimanicomial, principalmente no meio acadêmico de Minas Gerais⁴, já existia desde pelo menos 1973, como foi evidenciado pela visita do filósofo francês Michel Foucault⁵ (Arbex, 2019). Em 1978, três residentes de medicina do Centro Psiquiátrico Pedro II encaminharam uma carta ao Ministério da Saúde, denunciando as condições precárias de trabalho, além da violência e maus tratos sofridos pelos pacientes. Como resposta, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) demitiu 260 trabalhadores de seus quatro hospitais (Amarante, 1998). O que se iniciou como uma denúncia e posterior greve na cidade do Rio de Janeiro acaba tomando proporções nacionais: o Jornal do Estado de Minas começa, em 1979, uma série de reportagens intituladas “Nos porões da Loucura”⁶ e relatos de situações análogas em outros hospitais começam a emergir, além do lançamento do documentário “Em nome da Razão” de Hélyvico Ratton, também em 1979. Isso resulta na mobilização de profissionais e da população em geral, levando à criação de coletivos político-sociais como, dentre outros, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e a organização de congressos que discutem a reformulação da assistência em saúde no país (Goulart, 2015).

⁴ São exemplos o psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, supervisor de psiquiatria do INAMPS em 1972 e Francisco Paes Barreto que em 1966 fez a primeira denúncia pública ao hospital colônia e em 1972 com o artigo “Críticas do Hospital Psiquiátrico” (Arbex, 2019)

⁵ Esteve no Brasil em 1973 e realizou conferências nos hospitais psiquiátricos de Minas Gerais.

⁶ De autoria do jornalista Hiram Firmino e com cobertura fotográfica feita por Jane Faria.

Para fins didáticos, Amarante (1988) divide a Reforma Psiquiátrica Brasileira em dois momentos principais: os anos 70, como um processo de organização político-social, com a exposição e contestação das situações vividas pelos usuários e profissionais dos serviços de saúde mental, além da criação de movimentos como o MTSM e a organização de eventos. E um segundo momento, que tem início na década de 80, quando parte do movimento de reforma sanitária, não só psiquiátrica, adentra o aparelho oficial do Estado.

De certa forma essa mudança propiciou a tomada de espaços públicos de poder. Por outro lado, como observado em análise sistemática realizada por Bosi et al (2015) sobre os possíveis desdobramentos da institucionalização de movimentos sociais, não é raro que ideais mais disruptivos sejam silenciados na busca de maior palatabilidade às forças dominantes. No caso brasileiro, emudeceu-se a crítica ao saber médico enquanto um aparato ideológico de normatização e controle dos corpos, conduzindo essa crítica a uma má administração e planejamento obsoleto da saúde (Amarante, 1998).

Nesse período é implantada a co-gestão entre o Ministério da Saúde e a Previdência Social, culminando na criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981. Uma proposta do CONASP que merece destaque são as Ações Integradas em Saúde (AIS). A proposta consistia na integração dos serviços públicos de saúde e a sua articulação com a rede conveniada e contratada, com a construção de um sistema unificado de saúde, regionalizado e hierarquizado, com referência e contra-referência de atendimento. O início da Nova República em 1985, propiciou que as AIS se tornassem a referência para a construção da política de saúde nacional, vindo a ser uma importante ferramenta do processo de descentralização almejado (Acácio, 2019).

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi proposta a máxima “a saúde é dever do Estado e um direito de todos”. Um dos desdobramentos dessa conferência foi a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). No ano seguinte, em março de 1987, é inaugurado o primeiro CAPS do país, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira, em São Paulo (Amarante, 1998). No contexto civil da Luta Antimanicomial, em dezembro do mesmo ano é realizado em Bauru o II

Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, onde, com a inclusão dos usuários dos serviços de saúde mental e dos seus familiares passa a se denominar Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e é construído o lema “por uma sociedade sem manicômios” (Manifesto de Bauru, 1987), ou seja, a desinstitucionalização passa a ser declaradamente o objetivo do movimento.

Dado todo o contexto apresentado, a Constituição de 88 integra proposições da Reforma Sanitária, viabilizando a transformação do SUDS em SUS (Sistema Único de Saúde) (Amarante, 1998). O espírito é de transformação e, com a pretensão de construir um novo projeto de saúde mental para o País, em setembro de 1989 é apresentado à Câmara dos Deputados o projeto de lei 3657/89 - que depois ficaria conhecido como Lei Paulo Delgado (Acácio, 2019). O PL, que levou o nome do deputado juiz-forano, inicialmente propunha a progressiva extinção dos manicômios e a sua substituição por outros serviços assistenciais, além da regulação da internação psiquiátrica compulsória. A lei quando aprovada, somente em abril de 2001, teve alterações substanciais, como a retirada da exigência à progressiva extinção dos leitos psiquiátricos

Em 2006 é instituído o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas, que postula como principal forma de cuidado frente ao consumo de substâncias psicoativas ações preventivas na comunidade e a Redução de Danos. Nesse mesmo ano ocorreu a inversão do financiamento em saúde mental do modelo hospitalar para os serviços de base comunitária (Guimarães e Rosa, 2019). Em 2011 foi aprovada a portaria GM/MS nº 3.088/2011, que institui a criação da Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS. Ela é constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com estabelecimento de ações intersetoriais para garantia da integralidade do cuidado (Brasil, 2011).

Na atenção básica à saúde são pontos de atenção da RAPS as Unidades Básicas de Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, as equipes do Consultório na Rua e os Centros de Convivências. A atenção básica é responsável pelo trabalho na comunidade, desenvolvendo estratégias de promoção e prevenção em saúde, ações de redução de danos e suporte

ambulatorial para pessoas com transtornos mentais ou questões decorrentes ao uso de álcool e outras drogas. Os Centros de Convivência são espaços destinados para a inclusão social dessas pessoas, e tem uma relação próxima com os serviços de Atenção Psicossocial Especializada, formados pelos CAPS.

Existem cinco modalidades de CAPS, que em suma são responsáveis pelo atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, além de necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os CAPS I, II e III são implantados de acordo com o número de habitantes do município, sendo que o último oferece leitos de acolhimento noturno. O CAPS AD, destinado para o cuidado em liberdade do uso abusivo de álcool e outras drogas, oferece acolhimento noturno na sua modalidade AD III, tendo no máximo doze leitos e funcionamento 24 horas. Por fim, o CAPSi oferece atendimento para crianças e adolescentes (Brasil, 2011).

Na urgência e emergência o SAMU e a UPA são responsáveis pelo acolhimento e classificação de risco. Na atenção hospitalar, casos graves e agudos são encaminhados para enfermarias especializadas e leitos em hospitais gerais. Considerando o longo histórico manicomial do país foram desenvolvidas estratégias para a desinstitucionalização, sendo os principais equipamentos para esse fim os Serviços de Residência Terapêutica (SRTs), moradias inseridas na comunidade que contam com assistência profissional, para aqueles que, devido a longas internações psiquiátricas, perdem os vínculos familiares e comunitários. O Programa de Volta para Casa também é uma estratégia de desinstitucionalização, auxiliando na reconstrução de laços familiares fragilizados por longas internações (Brasil, 2011).

São diretrizes da RAPS o respeito aos direitos humanos, desenvolvimento de estratégias de redução de danos e a garantia da autonomia e liberdade das pessoas (Brasil, 2011). Indo em sentido contrário à essas diretrizes, a Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012, insere as Comunidades Terapêuticas, com viés religioso, manicomial, patologizante e sem uma equipe técnica, no rol de serviços ofertados pela Rede (Guimarães e Rosa, 2019; Tomaz, 2020), como um serviço residencial de caráter transitório, junto das Unidades de Acolhimento. De acordo com Cruz e colaboradores (2020), entre dezembro de 2016 a maio de 2019 foram editados cerca de quinze documentos normativos que formam o que a

nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de Nova Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2019). Todavia, o desmonte do SUS - especificamente da RAPS - começa a ser sinalizado em 2015 quando a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde foi assumida por Valencius Wurch. Wurch foi técnico-diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras, o maior hospício privado da América Latina e recebeu diversas denúncias de violações de direitos (Oka e Costa, 2022).

A “Nova Política” anteriormente mencionada, é caracterizada pelo desmonte dos serviços do SUS e retrocessos à reforma psiquiátrica, principalmente no que diz respeito à mercantilização da saúde mental. A Portaria 3.588/GM/MS de 21 de dezembro de 2017 propõe o financiamento das CTs via Ministério da Saúde, instituições que já recebiam recursos via Ministério da Justiça, ao mesmo tempo os CAPS (em todas as suas modalidades) não tem aumento no repasse de verbas desde 2011 e, nesta Portaria, foram retirados como uma das portas de entrada para a RAPS (Guimarães e Rosa, 2019; Tomaz, 2020). Em 25 de janeiro de 2019 a pasta de Saúde Mental, Álcool e outras drogas que antes fazia parte do Ministério da Saúde, é assumida pelo Ministério da Cidadania, então coordenado por Osmar Terra. Nesse mesmo ano é aprovada pelo o decreto nº 9.761 de 11 de abril, a nova Política Nacional de Drogas (PND), que, dentre os diversos avanços manicomiais, postula as CTs como referência no tratamento ao uso de substâncias psicoativas, a desqualificação da política de redução de danos e o incentivo à internação (inclusive de crianças e adolescentes) em hospitais psiquiátricos. É também de 2019 a Lei 13.840 que, alterando a lei 11.343, retira a necessidade de uma autorização judicial para a internação compulsória (dita “involuntária” no texto da lei).

4.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM JUIZ DE FORA:

No corredor da loucura nasce uma das leis que seria um marcador da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Apesar de ser um expoente na manicomialização, Juiz de Fora também foi um polo de investigação e resistência crítica à indústria da loucura.

O início da Nova República e a institucionalização das Ações Integradas em Saúde (AIS) para a construção da política de saúde reverberou na rede municipal de Juiz de Fora, inicialmente, na organização de um Grupo de Trabalho para a operacionalização das AIS, o GT posteriormente se tornaria a Comissão Executiva de Saúde Mental - CESM (Mendes, 2007). A criação do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) em 1987, representou uma importante concretização dos planos dessa comissão (Acácio, 2019).

A proposta de universalização, regionalização e hierarquização da saúde, pautada pelas AIS exige uma organização sistemática dos níveis de saúde, e em Juiz de Fora não foi diferente. O nível básico é responsável por consultas ambulatoriais de rotina e pelo trabalho preventivo na comunidade; o nível secundário é formado por equipes multidisciplinares com psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais. O SUP se coloca entre o serviço secundário e o terciário, formado pelos hospitais psiquiátricos, como um ponto de triagem para os internamentos hospitalares, possibilitando que certos casos fossem encaminhados para a atenção básica ou secundária. Além disso, os casos agudos e graves atendidos pelos níveis primário e terciário eram encaminhados para o nível secundário (Mendes, 2007; Acácio, 2019).

Todavia, é apontado por Mendes (2007), que em fevereiro de 1988 a CESM foi abruptamente extinta, sem maiores explicações para o fim da comissão. Estranhamente, ao mesmo tempo, o grupo responsável pelo já citado complexo médico-industrial adentrava cargos políticos de gestão e planejamento da saúde, enquanto os hospitais privados voltavam a ser a porta de entrada para a saúde mental no município (Mendes, 2007).

Por outro lado, a movimentação civil em prol da Luta Antimanicomial ganhava força em Minas Gerais, com o engajamento de profissionais da saúde mental no MTSM. Com as eleições estaduais de 1991, representantes do MTSM adentraram cargos administrativos propondo uma Auditoria Especial em Saúde Mental. Tratava-se de um diagnóstico dos hospitais psiquiátricos do estado, dando especial atenção aos municípios que faziam parte do “corredor da loucura”. Foram examinados, de acordo com Mendes (2007), 4.227 dos 6.559 pacientes internados na época. A avaliação apontou para a urgência de redução de leitos psiquiátricos (Acácio, 2019). De acordo com Mendes (2007, p. 113):

A auditoria concluiu que havia uma alta taxa de cronificação dos pacientes internados, situação agravada pelo fato de que os hospitais em geral apresentavam fortes características de confinamento com presença de celas fortes. Os hospitais de Juiz de Fora não atendiam às normas técnicas do MS, especificadas nas portarias estabelecidas para o fim de saneamento e adequação mínima destas estruturas.

A partir dessa auditoria fica clara a necessidade, já identificada pelo CESM, de reordenação da saúde mental no município. A implantação do SUS em 1991 oportunizou a criação de uma nova Comissão Municipal de Saúde Mental (CMSM), que foi responsável pela elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental em 1992. Nesse contexto, começam os primeiros descredenciamentos de hospitais psiquiátricos na cidade. A primeira a ser descredenciada foi a Clínica Serro Azul, seguida pela Clínica São Domingos Filial (Acácio, 2019).

A conjunção nacional, com a implementação do SUS, estadual, com a auditoria nos hospitais psiquiátricos e municipal, com a elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental possibilita que os princípios da Reforma Psiquiátrica comecem a ganhar forma em Juiz de Fora. Todavia isso acontece em um movimento institucional, que parte de cima para baixo, visando o cumprimento de portarias do Ministério da Saúde e que pouco alteram de fato a lógica manicomial do município. Mendes (2007) cita a não criação de grupos de trabalho com viés de luta antimanicomial.

Dentre as diversas proposições de reestruturação da saúde mental na época, Acácio (2019) menciona que uma delas consistia no poder público municipal assumir todos os níveis de atenção à saúde, inclusive os Hospitais Psiquiátricos Privados. A proposta não foi executada, mas o plano, ainda tímido, de desospitalização ganhava dispositivos para a sua viabilização em 1992, com a criação do Programa de Atenção ao Psicótico (PAP) e o Programa de Atenção à Dependência Química (PADQ) (Mendes, 2007). Até então, as pessoas que sofriam com transtornos psicóticos e abuso de substâncias tinham como única opção de tratamento os hospitais psiquiátricos. Em 1993, a partir do PAP, é implantado o primeiro CAPS de Juiz de Fora, que em 1996 foi credenciado pelo Ministério da Saúde como Caps Casa Viva.

Baseando-se na regionalização, descentralização e hierarquização, o novo grupo político que assumiu o poder municipal em 1997, propõe um novo modelo de assistência em saúde mental, dando maior ênfase à assistência ambulatorial (Acácio, 2019). Isso acontece após a constatação de que o modelo então vigente, marcadamente hospitalocêntrico, é, de acordo com o Plano Municipal de Saúde, “tecnicamente ultrapassada, ideologicamente condenável e responsável por custos insuportáveis” (Juiz de Fora, 1997, p. 78). Para a aplicação dessa proposta foi necessária a normatização da rede com a atenção primária sendo prestada pelas UBS; a atenção secundária pelos Centros Regionais de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) e os Programas Especiais em Saúde Mental (PROESAM) e a terciária pelo SUP (Acácio, 2019).

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares versão Hospitais Psiquiátricos (PNASH/Psiquiatria) é instituído no ano 2000 e as primeiras avaliações em Juiz de Fora ocorrem em 2002 (Santos, 2013). São constatadas importantes falhas na estrutura física e assistencial desses serviços e, após nova avaliação em 2005 e 2006, mesmo depois de orientações para melhoria dos serviços prestados, os hospitais Clínica Psiquiátrica Pinho Masini Ltda e Hospital São Marcos S.A. são descredenciados do Ministério da Saúde por não alcançarem a nota mínima da avaliação (61%), obtendo respectivamente 56,44 e 48,12 (Acácio, 2019).

Muitos dos pacientes dos manicômios que agora estavam em processo de descredenciamento perderam os vínculos familiares e comunitários devido à longa internação. Por este, motivo era necessário criar formas de reinserir esse sujeito na comunidade e auxiliar na reconstrução da sua autonomia. Esse projeto tomou forma nos Serviços de Residência Terapêutica. Em abril de 2002 a primeira SRT, na modalidade masculina, é implantada na cidade, dois anos depois, em 2004, é inaugurada a segunda SRT, agora na modalidade feminina (Santos, 2013). Atualmente o município conta com 28 SRTs, entretanto, em 2017 o Ministério Público recebeu denúncias quanto a assistência de uma das ONGs responsável pela administração de vários desses serviços. De acordo com reportagem publicada no Tribuna de Minas em 9 de agosto de 2017, o relatório da comissão que realizou vistoria nos locais constatou que “foram encontradas situações inadequadas referentes aos cuidados de saúde dos moradores, má

conservação em alguns imóveis, falhas no abastecimento de alimentos e registro de assistência insuficiente por parte dos técnicos de nível superior de referência" (Arbex, 2017). Assim, em 2018 todas as SRTs passam a ser administradas por uma nova ONG, o GEDAE (Grupo Espirita de Apoio a Enfermos) (Acácio, 2019).

Entre os anos de 2006 e 2007 os serviços substitutivos são expandidos, contando com o Centro de Convivências Recriar, o CAPS ad, o CAPSi e o CAPS HU, que viria a ser credenciado em 2011 como CAPS Liberdade (Acácio, 2019). Apesar do notado aumento dos serviços ambulatoriais, a demanda ainda não era propriamente absorvida, dado o decréscimo dos leitos psiquiátricos de 1792 no ano de 1986 para 589 em 2006 (Acácio, 2019).

Em 2010, após denúncias ao Ministério Público quanto às condições de extrema degradação, são realizadas vistorias nos hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento em Juiz de Fora (Casa de Saúde Aragão Villar, Casa de Saúde Esperança e Clínica São Domingos). É verificada a grave inadequação do serviço assistencial e do espaço físico e, em 2012 é firmado um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC). Após o não cumprimento do TAC, acontece o progressivo fechamento dos hospitais, sendo a Casa de Saúde Esperança a última a encerrar o funcionamento em fevereiro de 2015 (Acácio, 2019).

Em 2012 a cidade inaugurou mais um centro de atenção psicossocial, o CAPS Leste, contando a partir de então e até o ano corrente com cinco CAPS e um Centro de Convivências. Apesar de todos os avanços, em 2022 profissionais do único CAPS AD de Juiz de Fora denunciaram as péssimas condições de trabalho no local, em especial quanto à estrutura física cujo teto veio a ceder (SINSERPU-JF, 2022). Esse acontecimento é indissociável ao fato de os CAPS não receberem aumento no repasse de verbas desde 2011, escancarando o projeto de sucateamento desses serviços.

As práticas realizadas nesses dispositivos envolvem grupos e atividades terapêuticas, dentre muitas outras, como as atividades geradoras de trabalho e renda. O objetivo do trabalho terapêutico desenvolvido nesses dispositivos é colocar o sujeito em sofrimento mental em um lugar de protagonismo, fornecendo ferramentas para a sua autonomia e criando espaços seguros para a expressão do sofrimento, implicando-o com o próprio tratamento e afirmando a sua cidadania (Pires et al., 2013). Nesse sentido, torna-se pertinente uma

reflexão sobre as possibilidades de intervenção da Psicologia frente às práticas de cuidado em liberdade.

5 A PSICOLOGIA E O CUIDADO EM LIBERDADE: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

O primeiro curso de Psicologia no Brasil foi criado em 1953, na PUC Rio. A profissão passou a ser regulamentada em 1962. Muitas mudanças aconteceram desde então, mas, de acordo com a revisão integrativa conduzida por Schlösser e Silva (2020) o currículo dos cursos de Psicologia não parece ser uma dessas mudanças, em especial no que diz respeito à atuação psicossocial na saúde coletiva.

Macedo e Dimenstein (2016) conduziram entrevistas com 29 psicólogos, formados em diferentes épocas e regiões do país, que atuavam em serviços de saúde vinculados ao SUS em Teresina-PI. Os autores notaram uma dificuldade em compreender qual o lugar do psicólogo na atenção psicossocial, muitas vezes buscando legitimação da sua prática pelo saber médico-psiquiátrico e reduzindo suas intervenções no fortalecimento da adesão do usuário ao tratamento psicofarmacológico, se orientando por uma lógica curativista. Essa lógica remonta à própria formação dos profissionais que, não raramente, afirmavam adotar uma abordagem majoritariamente clínica e individual, fragmentando a atuação nesses serviços.

A nota técnica do Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2021) quanto à atuação do profissional da psicologia no SUAS assinala a importância de guiar a sua prática para a emancipação humana, para a produção de cidadania e de subjetividades não conformadas com o sistema que viola os seus direitos. Nesse sentido, reduzir a prática da Psicologia ao binômio doença-cura é também reduzir o potencial de ação da Psicologia que, por meio de ferramentas como o acolhimento, grupos e oficinas terapêuticas é perfeitamente capaz de produzir cuidado no território, incluindo o usuário, a sua família e a comunidade como um todo no processo de produção de cuidado e bem-estar (CFP, 2022).

Todavia é impossível pensar no pleno funcionamento dessas ferramentas, da atenção psicossocial (e do mundo) de forma isolada e fragmentada, sem abarcar outras áreas do conhecimento. A compartimentalização dos saberes é

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 13, p.201-225, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.

uma característica própria do capitalismo que, ao recorrer à simplificação da experiência humana, produz um sujeito imaginário, a-histórico e separado da sociedade que vive. A parte que caberia à Psicologia é a subjetividade, ignorando, porém, que essa subjetividade só é construída em um processo dialético desse sujeito com o mundo que o cerca (Costa e Mendes, 2021). Na prática o que se observa é a falta de diálogo da Psicologia com outras áreas do conhecimento, como a antropologia e ciências políticas, resultando em práticas pontuais, que também são fruto do isolamento e compartimentalização dos dispositivos de saúde (Macedo e Dimenstein, 2016).

O trabalho do psicólogo na atenção psicossocial envolve algumas práticas, até certo ponto, individuais como o acolhimento e a elaboração de um projeto terapêutico singular (PTS). Mas os meios para a continuidade do cuidado são construídos junto da equipe multidisciplinar com reuniões sistemáticas e matriciamento entre serviços, sendo o último essencial para a articulação e organização desses dispositivos. A (re)inserção desse sujeito na comunidade depende da inventividade e, os grupos e oficinas, como já citados, são de suma importância. O desenvolvimento de estratégias de economia solidária com a organização de cooperativas, associações e clube de trocas, por exemplo, inverte a lógica de competição, hierarquização e o empobrecimento das relações sociais e produtivas do capitalismo produzindo vínculos mais éticos, justos e permeados de sentido (CFP, 2022).

Macedo e Dimenstein (2016) apontam que o saber-fazer da psicologia é político, sendo assim deve se basear no projeto ético-político de uma Psicologia Crítica transformadora e geradora de bem-estar coletivo. Resgatando Martin-Baró (1997), a Psicologia deve se comprometer com as necessidades das maiorias populares historicamente oprimidas, entendendo esse sujeito enquanto multifacetado e complexo, capaz de ser moldado pelo seu ambiente, mas também capaz de transformá-lo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo compreender o percurso da Reforma Psiquiátrica, desde o contexto que levou à sua proposição até o seu

desenrolar no cenário mundial, nacional e regional, considerando que Juiz de Fora fazia parte do chamado “corredor da loucura”. Para tal, foi necessário inicialmente abordar o processo histórico de construção do entendimento contemporâneo da loucura, o seu percurso do trágico ao crítico. Ao explicitar que o lugar de segregação e objetificação é historicamente construído, baseado em conceitos imaginários de mundo e sociedade, é possível perceber que não se trata de uma noção natural e imutável.

Em seguida, buscando entender como o Brasil chegou a um número exorbitante de leitos psiquiátricos, foi explorada a construção da assistência à saúde no país que, principalmente depois do golpe de 64, teve na privatização um importante mecanismo de segregação e cerceamento da liberdade do diferente. No intrincamento da lógica mercadológica com a patologização da vida se constrói a indústria da loucura, onde o sofrimento humano se torna a principal fonte de lucro.

Em contrapartida ao enriquecimento do setor privado, o modelo hospitalocêntrico de cuidado se mostrou custoso e ineficiente para o setor público em diversos países, surgindo propostas de reformulação da Psiquiatria em nível mundial que serviram de inspiração para o contexto brasileiro. Nesse sentido, o trabalho abordou o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil em si, que teve na organização civil pela luta antimanicomial o seu marco inicial e, atualmente, o principal foco de resistência frente à chamada contrarreforma.

O resgate da história da reforma é importante para compreendê-la enquanto um processo de luta que envolve múltiplos atores. Por processo entende-se uma construção lenta e contínua, com ganhos e perdas. Luta por se tratar da reivindicação por direitos, dignidade e humanização do cuidado e tratamento para aqueles em sofrimento mental, que antes lhes era dificultado ou até impossibilitado através de leis, decretos e instituições que tinham como padrão de conduta a segregação e controle daquele tido como louco. Assim, o tópico final trata das capacidades de contribuição da Psicologia no e para o cuidado em liberdade, tendo em vista que a reforma psiquiátrica se faz no tempo presente e é essencial que o profissional da Psicologia tenha o comprometimento com a luta antimanicomial como norteador do seu saber e prática.

REFERÊNCIAS

ACÁCIO, T. **O processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma construção**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/4eZxzMC> Acesso em: 20 abr. 2024

AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1 ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

ARBEX, D. Secretaria de Saúde notifica entidade por falhas na assistência à saúde mental. **Tribuna de Minas**, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3YtcJQo> Acesso em: 20 maio 2024

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. **Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Rio de Janeiro, 3 de julho de 1934. Disponível em: <https://bit.ly/3C0Tm8c> Acesso em: 10 abr. 2024

BRASIL. PORTARIA GM/MS nº 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 (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/403d5yi> Acesso em: 20 mar. 2024

BOSI, L.; GIUGNI, M.; UBA, K. The Consequences of Social Movements: Taking Stock and Looking Forward. In: BOSI, L.; GIUGNI, M.; UBA, K. (Org.). **The Consequences of Social Movements**. Cambridge: Cambridge University Press, 2016. p. 3–38. Disponível em: <https://bit.ly/3Yuji4U> Acesso em: 12 set. 2024

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 1984

CHIOSSI, J. N. **O Impacto da Luta Antimanicomial nas Novas Políticas Públicas de Saúde Mental: Uma revisão de Literatura**. 2023. 77f. Trabalho de Conclusão (Bacharel em Ciências Sociais) - Centro de Educação em Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS — Centro de Atenção Psicossocial. Brasília: CFP, 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3A4fKNt> Acesso em: 10 out. 2024

_____. Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os) no CRAS/SUAS. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3BQhric> Acesso em: 18 out. 2024.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FANON, F. Carta ao Ministro Residente. In: _____. **Alienação e Liberdade:** Escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu Editora, 2020. p. 292-294

FANON, F. Encontro entre a Sociedade e a Psiquiatria. In: _____. **Alienação e Liberdade:** Escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu Editora, 2020. p. 268-291

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica** (1961). 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

GOULART, M. S. B. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. SPE, p. 194–213, 1 dez. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3A4z6lG> Acesso em: 10 maio 2024

GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**. v. 22, n. 44, p. 111-132, mai.-ago. 2019

MACEDO, J.P.; DIMENSTEIN, M. Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 37-45, jan.-abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1034>

MARQUES, A. J. S. Reabilitação Psicossocial e A Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora. In: PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. Cap. 5, p. 104-112.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do Psicólogo. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 2, n. 1, p. 7–27, jan. 1997. Disponível em: <https://bit.ly/4hcPFfM> Acesso em: 15 maio 2024

MENDES, S. M. D. O. **Saúde Mental e Trabalho:** Transversalidade das Políticas e o Caso de Juiz de Fora. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Juiz de Fora: Juiz de Fora, 2007.

OKA, C. P. B.; COSTA, P. H. A. Os Caminhos da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 14, n. 40, p. 01–29, 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3YrJ4a7> Acesso em: 2 out. 2024.

ROTELLI, F. L'istituzione inventata. **Rivista del Centro Regionale Studi e Ricerche sulla Salute Mentale: Per la salute mentale**, n. 1. Friuli-Venezia Giulia, 1988. Disponível em: <https://bit.ly/3YtIRmF> Acesso em: 15 out. 2024

SAÚDE MENTAL, II Congresso Nacional de Trabalhadores em. Manifesto de Bauru (1987). **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 537–541, 2018. DOI: 10.26512/insurgncia.v3i2.19775. Disponível em: <https://bit.ly/3YqYqM1>. Acesso em: 19 out. 2024.

SCHLÖSSER, M. R. de O. A.; SILVA, J. P. da. Revisão Integrativa: Atuação da Psicologia na Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 19-32, jul./set. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3A4yi02>

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B.. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591–595, jul. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019> Acesso em: 10 set. 2024

SOUZA, E. E. C. M. de. **A Prática do Serviço Social nas Instituições Psiquiátricas de Juiz de Fora - MG**. 1985. 162f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1985.

Trabalhadores do CAPS denunciam e repudiam sucateamento e desmonte do sistema. **SINSERPU-JF**. Juiz de Fora, 01 nov. 2022. Notícias. Disponível em: <https://bit.ly/3BPNSH6> Acesso em: 20 maio de 2024

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.