

A LUTA ANTIMANICOMIAL E O PROCESSO IDENTITÁRIO: UM LONGO CAMINHO DE TRANSFORMAÇÃO DO 'DOENTE MENTAL' PARA O CUIDADO DE UMA PESSOA COM TODAS AS SUAS NECESSIDADES

THE ANTI-ASYLUM STRUGGLE AND THE IDENTITY PROCESS: A LONG ROAD OF TRANSFORMATION FROM THE "MENTALLY ILL" TO THE CARE OF A PERSON WITH ALL THEIR NEEDS

LA LUCHA ANTIMANICOMIAL Y EL PROCESO DE IDENTIDAD: UN LARGO CAMINO DE TRANSFORMACIÓN DEL "ENFERMO MENTAL" A LA ATENCIÓN DE UNA PERSONA CON TODAS SUS NECESIDADES

Sueli Terezinha Ferrero Martin

● Doutora e Mestre em Psicologia Social pela PUC-SP (1994; 1987), com graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (1978). É professora assistente doutora aposentada da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Construção da Subjetividade Humana, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, abordagem sócio-histórica, psicologia social, processo grupal e atenção primária.

● E-mail: sueliterezinha@yahoo.com.br.

Esse texto apresenta uma versão adaptada da fala proferida no evento "Políticas Públicas e Processos Identitários", realizado no dia 17/06/2023, na PUC-SP. Aproveito para manifestar a importância de se discutir o tema e, portanto, da realização deste evento pelo NEPIM (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Identidade Metamorfose) na referida instituição. O título escolhido remete a uma afirmação de Franco Basaglia no livro "A psiquiatria alternativa" (1982).

RESUMO

Este relato tem como foco as políticas públicas em saúde mental e os processos identitários, enfatizando o papel dos movimentos sociais no avanço da reforma psiquiátrica brasileira e a transformação da identidade desenvolvida no decorrer da história recente. De uma pessoa doente, não-cidadã, sem direitos, tratada com isolamento, hospitalização, medicalização e restrição das relações, vemos surgir o cuidado em liberdade, gerando ampliação das relações interpessoais, dos vínculos e das possibilidades de expressão e comunicação. Uma nova identidade se constitui, rompendo com a extrema negatividade e a exclusão da anterior. É um movimento de transformação histórica e social, que avança mais ou menos no decorrer do tempo a depender das forças políticas e econômicas que definem as relações de poder. **Palavras-chave:** Luta antimanicomial; Reforma psiquiátrica; Processos identitários.

ABSTRACT

This report focuses on public policies in mental health and identity processes, emphasizing the role of social movements in the advancement of Brazilian psychiatric reform and the transformation of identity developed throughout recent history. From a sick person, a non-citizen, without rights, treated with isolation, hospitalization, medicalization and restriction of relationships, we see the emergence of care in freedom, generating an expansion of interpersonal relationships, bonds and possibilities for expression and communication. A new identity is formed, breaking with the extreme negativity and exclusion of the previous one. It is a movement of historical and social transformation, which progresses more or less over time depending on the political and economic forces that define power relations. **Keywords:** Anti-asylum struggle; Psychiatric reform; Identity processes.

RESUMEN

Este informe se centra en las políticas públicas de salud mental y los procesos identitarios, destacando el papel de los movimientos sociales en el avance de la reforma psiquiátrica brasileña y la transformación de la identidad desarrollada a lo largo de la historia reciente. De una persona enferma, no ciudadana, sin derechos, tratada con aislamiento, hospitalización, medicalización y restricción de las relaciones, vemos surgir el cuidado en libertad, generando una ampliación de las relaciones interpersonales, de los vínculos y de las posibilidades de expresión y comunicación. Se forma una nueva identidad, rompiendo con la negatividad extrema y la exclusión de la anterior. Se trata de un movimiento de transformación histórica y social, que avanza más o menos en el tiempo en función de las fuerzas políticas y económicas que definen las relaciones de poder. **Palabras clave:** Lucha antimanicomial; Reforma psiquiátrica; Procesos identitarios.

É difícil falar de processos identitários sem situar o que tem ocorrido nas últimas décadas na saúde mental no Brasil. Então, o meu objetivo é contextualizar esse cenário e ir caminhando no sentido de relacionar as políticas públicas e os processos identitários.

O que vimos acontecer nesse campo no Brasil resultou da construção de um projeto de reforma psiquiátrica, que foi desencadeada e sofreu influências das reformas internacionais que já estavam acontecendo desde a década de 1940 e 1950¹. Ao mesmo tempo, foi influenciada pelo avanço tecnológico e pelo intenso desenvolvimento da indústria farmacêutica. Porém, fundamentalmente, gostaria de enfatizar o papel e a influência que tiveram os movimentos sociais nesse processo de construção de um projeto não hospitalocêntrico e que se pretendeu antimanicomial. Esse é o ponto fundamental para se pensar a construção de uma nova forma de enxergar a questão da saúde mental do Brasil e no mundo e, assim, transformar, ao mesmo tempo, a visão que a sociedade tem da pessoa com necessidade de cuidado em saúde mental.

No caso do Brasil, é importante citar o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que já estava em curso, mas se oficializou em dezembro de 1987, no 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores, realizado em Bauru. Um congresso que foi importante, pois redigiu e divulgou a Carta de Bauru, onde também se definiu um dia nacional da luta antimanicomial. Por isso temos décadas de comemoração e debates no dia 18 de maio, que se transformou em uma data relevante nessa história. Ao mesmo tempo, como desdobramento do MNLA, surgiu também a Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila), em 2003. Temos, portanto, quase 40 anos de luta explícita, que foi – e ainda vai – para as ruas todos os anos no dia 18 de maio e, sempre que algum acontecimento relevante exige, segue defendendo a bandeira “Por uma sociedade sem manicômio!” – uma bandeira que vai atravessando toda a discussão e o debate da sociedade para a construção de uma política nacional em saúde mental.

1 Reformas importantes, cujas histórias já foram contadas e recontadas. Para quem tem interesse em ler e se aprofundar sobre a história das reformas psiquiátricas em vários países e, em particular no Brasil, sugiro a leitura dos seguintes materiais: AMARANTE, P. D. C. (org). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995; AMARANTE, P. D. C; DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Trad. Vera Ribeiro. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. (Loucos & Civilização); TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, n. 9, v. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

Antes desses dois movimentos importantes, tivemos a história do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), e que, de algum modo, foi estimulando o debate no final da década de 1970 e toda a década de 1980, para que surgisse um movimento claramente antimanicomial. Esse projeto foi construído em um debate com a sociedade em geral e uma parte desse debate aconteceu de uma forma muito interessante, através das conferências nacionais de saúde e, em seguida, das conferências específicas de Saúde Mental, que foram surgindo a partir de 1987. Até o presente momento, nós tivemos cinco edições² da Conferência Nacional em Saúde Mental (CNSM).

A 1ª CNSM, de 1987, foi organizada a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, que foi importantíssima na história, pois definiu os caminhos para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios gerais. A partir dessa primeira conferência, tivemos o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, apresentado em setembro de 1989, que vai ser aprovado somente 12 anos depois, em 2001, com a Lei 10.216 (Brasil, 2001). É por isso que o diálogo com a sociedade é muito importante, pois essas questões vão se articulando. A 2ª CNSM, em 1992, vai centrar na construção de uma rede de atenção em saúde mental e se tornou diretriz para a reestruturação – esse diálogo com gestão, sociedade, movimentos sociais, tudo articulado e entrelaçado. Em 2001, nós tivemos a 3ª CNSM, cujo tema foi “Cuidar sim, excluir não”, na qual há a definição de uma ação de acompanhamento e de construção de políticas estaduais e nacionais em saúde mental. No período de preparação dessa conferência, foi aprovada a Lei 10.216 (Brasil, 2001), o que acaba impulsionando também a discussão.

Depois de nove anos, acontece a 4ª CNSM, que foi uma conferência importante e intersetorial e, apesar da dificuldade de garantir a representação dos diferentes setores, houve um avanço nesse sentido e o seu foco foi consolidar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e fortalecer os movimentos sociais. Logo após essa conferência, de forma mais explícita, tem-se a aprovação da Portaria da Rede de Atenção Psicossocial em 2011 (Brasil, 2011). A RAPS é a forma mais avançada de política pública em saúde mental nesse país, pois articula toda uma rede de atenção

² A 5ª CNSM “Domingos Savio” foi realizada de 11 a 14 de dezembro de 2023, após a realização do evento do NEPIM.

e de cuidado específico. Ainda que com problemas e dificuldades, porque nessa época já se tinha um debate claro em relação ao subfinanciamento e às polêmicas em torno das comunidades terapêuticas. De todo modo, apesar dos tensionamentos público-privado e modelo biomédico-modelo psicossocial, a RAPS é um avanço.

Nas décadas de 1960 e 1970, durante a ditadura civil-militar, o hospital psiquiátrico era muito lucrativo, constituindo-se um modelo privatizado sustentado por verba pública, lotado de pessoas submetidas a condições absurdas de falta de cuidado. Então, apesar desses tensionamentos e contradições, nós vimos acontecer muitos avanços para garantir a ampliação da rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico e até mesmo para assegurar mudanças internas nos hospitais psiquiátricos, já que algumas reformas da história seguiram por aí. O tema da 5ª Conferência Nacional em Saúde Mental de 2023 foi “A política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS”. Claramente uma defesa dos princípios do SUS e da importância dos movimentos sociais, de quem faz a gestão numa perspectiva crítica e antimanicomial, defendendo a universalidade, a integralidade e a equidade no trabalho em saúde mental. É um projeto de constituição da política nacional e luta diante da contrarreforma do período anterior, do governo Temer ao governo Bolsonaro.

Só para retomar: não é simples e, em nenhum momento, foi tranquilo. Há um tensionamento político e econômico o tempo inteiro, disputas de diferentes projetos, relações de poder que tensionam mais ou menos, avançam mais ou menos, a depender da conjuntura. Um exemplo são as comunidades terapêuticas: há uma disputa contínua de ocupar esse espaço desde antes dos anos 2000, de receber verba pública para o seu funcionamento, e o que vemos nos últimos anos é exatamente um avanço e uma ampliação de poder das comunidades terapêuticas. A esse respeito, a Portaria de 2011 traz uma grande contradição que é a citação explícita das Comunidades Terapêuticas como fazendo parte da RAPS, enquanto Atenção Residencial de Caráter Transitório. Nesse processo, são muitos os sujeitos ativamente envolvidos, desde os trabalhadores de saúde mental até os trabalhadores dos vários setores que se articulam com a saúde mental, além dos usuários, familiares e gestores.

Antes de ir para a UNESP de Botucatu, eu fui professora na UNESP de Bauru, onde trabalhei na saúde mental como supervisora de estágio, participando com a equipe das unidades básicas de saúde. Nesse período, nós tivemos uma gestão muito importante e que fez muita diferença, uma pena que durou pouco tempo e não o suficiente para consolidar um projeto antimanicomial no município. Então, na Secretaria Municipal de Saúde, tivemos inicialmente o David Capistrano e, em seguida, a Cidinha Pimenta, que tiveram um papel fundamental; além do Tikanori³, como coordenador de saúde mental no município; enfim, foi um período riquíssimo de imersão nesse processo, com muitos gestores envolvidos também. E, nesse movimento de construção, muitos militantes se transformaram em gestores e continuaram sendo militantes, então temos vários caminhos, diversos processos, muito debate, e também a inserção dos estudantes em formação. Teve um encontro na USP, no início dos anos 2000⁴, do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, em que os estudantes reivindicaram a sua participação oficial dentro do movimento. Foi muito interessante vê-los se posicionando, pois sempre se falava dos usuários, familiares, trabalhadores, mas raramente se falava dos estudantes e eles marcaram presença e tiveram – e ainda têm – um papel importante nesse processo.

Nesse sentido, o que vemos é que todos nós temos que aprender a ser antimanicomial. Muitos de nós fomos formados na perspectiva manicomial, hospitalocêntrica e medicamentosa. Eu me formei na década de 1970, a única coisa que conhecíamos em saúde mental era o hospital psiquiátrico: falava-se da doença mental na formação do psicólogo, fazíamos visitas ao hospital e ponto. Logo, a partir da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, nós tínhamos que aprender a pensar e a agir de forma diferente, debatendo e discutindo novos modos de fazer. Os movimentos sociais foram muito importantes nesse contexto, porque eles abriram um espaço para que fosse possível se apropriar desse debate, conhecendo as reformas que estavam em curso em outros países e seus avanços, principalmente a reforma italiana, respeitando as condições concretas de nossas

3 David Capistrano Filho foi Secretário Municipal de Saúde de Bauru no período de janeiro de 1984 a fevereiro de 1986, durante a gestão 1983/1988 de Tuga Angerami. De 1986 a 1988, Aparecida Linhares Pimenta assumiu a secretaria. Roberto Tikanori Kinoshita coordenou a saúde mental em Bauru de dezembro de 1987 a abril de 1989.

4 A Plenária do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial foi realizada em outubro de 2002 na Universidade de São Paulo (USP).

regiões e país. Tem uma frase do Rotelli (2014) que representa bem esse momento ao trazer o quanto não podemos parar de aprender a ser antimanicomial, porque é um processo contraditório, que o tempo inteiro nos coloca questões essenciais na prática, seja na prática da formação, seja na prática do trabalhador na rede. Diz ele: “[...] é preciso inventar algo novo a cada dia, algo mais rico, diferente, pois esse é o trabalho terapêutico, não existe outro trabalho terapêutico que não seja esse” (p. 42). Ou seja, não tem modelo anterior definido claramente para seguir, é preciso pensar cada dia em algo novo.

Ao falar desse processo todo, que foi bem mais longo do que se pretendia, vivenciamos uma ruptura – ou a busca da ruptura – com a identidade anterior do louco, do doente mental e de todos os envolvidos nesse processo. Ao longo da história, nós tivemos momentos diferentes do que era o chamado “louco”, como a pessoa era identificada. Com a medicina e o avanço da psiquiatria, tem-se o “doente mental” e algumas variações, como “pessoa com transtorno” e “pessoa com um sofrimento psíquico intenso”. Qual era a identidade anterior claramente definida? A pessoa com um sofrimento psíquico intenso era considerada não-cidadã, sem direitos, submetida ao isolamento e ao “tratamento” centrado na hospitalização, na medicalização e na restrição das relações. E qual era a função do hospital psiquiátrico? A função não era terapêutica, dizia Basaglia (1986), mas sim a segregação, a violência e a exclusão: “Estas organizações chamadas reabilitadoras têm, portanto, uma dupla função: a violência como sistema concreto de eliminação e destruição e a violência como ameaça simbólica desta destruição e eliminação” (p. 79).

Basaglia (1986) chamava a atenção para o fato de que o avanço da ciência e da medicina, em particular da psiquiatria, não garantia de fato uma mudança real no modelo, e afirma “como cada instrumento tecnicamente inovador tem servido na realidade só para dar um novo aspecto formal, uma ‘fachada’, a condições que continuam as mesmas no que se refere à sua natureza e significado” (p. 74). Ele falou isso na década de 1980, mas continua valendo até hoje. A organização institucional, desde o seu início, mantém uma relação estreita com a estrutura econômica, com os princípios capitalistas, vide década de 1960 e 1970 no Brasil, onde era lucrativo ter hospital psiquiátrico e o máximo de leitos possíveis, pois os proprietários dos

hospitais psiquiátricos recebiam verba pública por cada pessoa internada. Era um valor alto, porém não utilizado no cuidado das pessoas que ali estavam. Outro exemplo dessa relação estreita com o capitalismo é a chamada indústria da loucura. Temos a prevalência de um modelo biomédico – porque este ainda é o modelo fundamental dentro da área da saúde –, que resulta em uma sociedade cada vez mais medicalizada, ou seja, uma medicalização exacerbada da vida⁵ e o sofrimento sendo explorado cotidianamente nesse sentido.

Vou dar o exemplo do Relatório de Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho (2020). Em dezembro de 2018, foram pesquisados 40 hospitais psiquiátricos de 17 estados das cinco regiões brasileiras, o equivalente a 33% da rede no Brasil. Quais irregularidades foram encontradas? Trabalho de pacientes nas atividades de rotina do hospital, violação de direitos, tortura e violência. Às vezes temos a falsa ideia de que, “com a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, todos os hospitais mudaram”, mas não mudaram, eles continuam não desempenhando sua função terapêutica em sua grande maioria, se não todos. Violências de diversos tipos foram encontradas, como violência sexual e física, com pessoas amarradas por exemplo. Além disso, em 42% dos hospitais, os banheiros não tinham portas; em 22% deles não tinha água quente para banho; 27% não tinha cama para todas as pessoas; e em 62% a alimentação era insuficiente – vejam que mais da metade dos hospitais psiquiátricos não tinham alimentação suficiente para as pessoas que estavam internadas. Parece cena do filme “Em nome da Razão”, um documentário de Helvécio Ratton (1979), gravado em Barbacena no final da década de 1970. Mas não é: trata-se de um documento recente, que mostra que os hospitais psiquiátricos continuam tendo um papel de exploração e opressão das pessoas com necessidades relacionadas a saúde mental.

Com a luta antimanicomial e a construção da política nacional, vemos uma mudança de perspectiva: “tratamento em liberdade; a liberdade é terapêutica”, uma frase estampada nos muros de Trieste. Modelo este que, para garantir o seu caráter

5 Medicalização da vida ou medicalização social: “pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos” (Tesser, 2006, p. 62).

terapêutico, precisa implicar em uma “relação de escuta, compreensão; valorização das possibilidades, potencialidades, experiências de vida anteriores e da história de cada pessoa” (Furlan, 2014, p. 167). Esse é outro ponto importante, porque é muito comum pessoas que chegam a um processo de internação ou tratamento, e que a equipe de trabalhadores da área da saúde ignora que elas têm uma história de vida, tanto antes quanto depois de receber um diagnóstico ou apresentar uma situação de sofrimento que a leva a buscar um cuidado. E é exatamente essa história que pode nos contar do seu sofrimento. Não podemos esquecer que o sofrimento psíquico se manifesta individualmente, mas sua natureza é histórico-social. Enfim, é possível mudar quando existe condições concretas de se relacionar com os outros livremente, fora de espaços institucionais fechados, com muito trabalho e também um tanto de diversão. A pessoa com alguma necessidade em saúde mental é um ser humano com necessidades múltiplas, como qualquer um de nós: “O doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades” (Basaglia, 1982, p. 17). Falamos do sofrimento psíquico do outro, mas quantos de nós também não estamos em sofrimento?

A prática antimanicomial deve gerar produção de autonomia e emancipação, pela ampliação das relações interpessoais, dos vínculos sociais e das possibilidades de expressão e comunicação; uma mudança na cultura psiquiátrica da improdutividade e periculosidade do louco – lembrando que essa tem sido a principal justificativa para o isolamento. Assim, temos a construção de uma nova identidade, que rompe com a extrema negatividade e exclusão da identidade anterior. É um movimento de transformação histórica e social que avança mais ou menos no decorrer do tempo a depender das forças políticas e econômicas que definem as relações de poder. Um exemplo disso é que, nos últimos anos, nos governos Temer e Bolsonaro, nós tivemos uma contrarreforma ocorrendo, não só na saúde mental – onde ocorreu de forma incisiva –, com um desmonte das políticas de ampliação da rede psicossocial. Neste momento, vimos avançar explicitamente a legitimação das comunidades terapêuticas, compondo a RAPS; a defesa da internação hospitalar voltou com tudo, junto a defesa da abstinência contra a política de redução de danos e o desfinanciamento da RAPS, só para citar algumas questões ligadas à contrarreforma.

Para retomar rapidamente a questão das comunidades terapêuticas: foi realizada uma inspeção nestas instituições pelo Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal (2018). O que se constatou? Violação de direitos religiosos e direitos do trabalho, uso de mão de obra, isolamento, enfim, é arrepiante ler os relatórios e ver o que é possível se fazer nesses lugares. Isso porque, para construir uma política não hospitalocêntrica, com uma rede articulada, com ênfase na permanência no território e no fortalecimento da atenção básica, é um processo contraditório. O tempo inteiro temos que lidar com a identidade como produto, aquela que se cristalizou com o tempo e que gerou um tipo de etiquetagem, um estigma provocador de mais sofrimento. Basaglia *et al.* (1994) afirmam que “a diagnose assume o valor de uma ‘etiquetagem’ que serve para distanciar quem a usa e para estabelecer, através desta distância, a natureza *diversa* de uma classe, uma categoria: a dos doentes mentais” (p. 18). Apesar disso, ao mesmo tempo se constitui uma nova identidade, que se quer libertadora e emancipadora.

Nos ares da contrarreforma, há uma intensificação da presença da identidade do passado em nosso cotidiano e até mesmo em documentos oficiais, gerando, assim, uma retomada dos estigmas e da exclusão. Muita gente que estava nas equipes de saúde, que não tinha coragem de expor seu ponto de vista contrário ao avanço da reforma psiquiátrica e, principalmente, da perspectiva antimanicomial, veio à tona, se manifestando. Temos que lidar com essa questão e a identidade cristalizada se mantém ainda como um entrave nesse processo todo, não desaparece magicamente. Essa discussão poderia avançar para outras questões: se olharmos para as pessoas em sofrimento intenso, usuários e familiares, veremos determinações fundamentais atravessando esse processo, seja de classe, raça ou gênero. Então, ser pobre, negro, mulher ou da população LGBTQIAPN+ significa estar mais suscetível ao sofrimento psíquico. Vimos, no último período, muita violência, criminalização, ódio, aumento de mortes e do sofrimento psíquico, o que se agravou ainda mais com a pandemia, gerando muitos desdobramentos sérios para a área da saúde mental.

Por isso, temos que continuar aprendendo a ser antimanicomial, não podemos desistir em momento algum, nem no processo formativo, nem na prática

cotidiana do serviço e da gestão. A gestão também precisa continuar trabalhando nesse sentido, enfrentando o modelo biomédico de saúde-doença totalmente ligado aos interesses do capitalismo. Finalizando, enfatiza-se o papel da participação social e dos movimentos sociais e políticos nesse processo. No Brasil, mesmo com todos os problemas que a reforma psiquiátrica brasileira tem, se não fossem os movimentos de luta antimanicomial, não teríamos avançado tanto na construção de uma rede e nas mudanças de compreensão das pessoas com necessidades de cuidado em saúde mental. Tem muita coisa ainda para se fazer e o papel dos governos, dos movimentos sociais e da participação social é fundamental, seja no enfrentamento dos retrocessos – que agora nos coloca a tarefa de reconstruir, de retomar, de cobrar do Ministério da Saúde –, seja intensificando as discussões com os diversos atores desse processo. É necessário pensar na consolidação de uma cultura antimanicomial e da identidade da pessoa em sofrimento como cidadão, discutindo com os profissionais no território para que essa concepção seja reconstruída, com uma articulação maior entre os usuários, familiares, trabalhadores, estudantes e professores que estão na formação. E, por fim, a defesa das políticas públicas em todos os setores: assistência social, educação, saúde mental, cultura etc.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, F. O homem no pelourinho. **Educação & Sociedade**, n. 25, p. 73-95, dez. 1986.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa**: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil. Trad. Sonia Soianesi, Maria Celeste Marcondes. 3ª ed., São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BASAGLIA, F. *et al.* Considerações sobre uma experiência Comunitária. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 11-40.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Casa Civil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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). Ministério da Saúde: Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Hospitais psiquiátricos no Brasil**: Relatório de inspeção nacional. 2. ed. Brasília DF: CFP, 2020.

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 em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília, DF: CFP, 2018.

FURLAN, M. Entrevista. In: SADE, R.M.S. **Portas abertas**: do manicômio ao território. Entrevistas Triestinas. Marília: Cultura Acadêmica, 2014. p. 163-177.

RATTON, H. (Diretor). **Em nome da razão**. Belo Horizonte: Quimera Filmes, 1979.

ROTELLI, F. Entrevista. In: SADE, R.M.S. **Portas abertas**: do manicômio ao território. Entrevistas Triestinas. Marília: Cultura Acadêmica, 2014. p. 37-53.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.61-76, jan./jun. 2006.