

O QUE PODEMOS APRENDER COM A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA? OBSERVAÇÕES DE UMA RESIDENTE BRASILEIRA EM TRIESTE

What Can We Learn from the Italian Psychiatric Reform? Observations of a Brazilian Resident in Trieste

Ana Carolina de Souza Pieretti¹

Vinícius Batista Vieira²

Artigo encaminhado: 22/04/2019
Artigo aceito para publicação: 25/03/2022

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo principal promover uma reflexão sobre as mudanças propostas a partir de 2016 para a política de saúde mental brasileira inspirando-se na experiência de desinstitucionalização da Psiquiatria Democrática Italiana. Para isso, descreve-se observação participante realizada em Trieste-Itália por uma residente brasileira em estágio optativo. É feito também breve histórico do processo brasileiro e análise, a partir de documentos emitidos por diferentes entidades, das mudanças refletidas na Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite e na portaria 3588 do Ministério da Saúde. Percebe-se que estes documentos representam um retrocesso na política de saúde mental brasileira visto não ter havido diálogo com atores comprometidos com a reforma psiquiátrica ou representação do controle social; estimularem a hospitalização e investimento nos hospitais psiquiátricos; incentivarem ambulatorios em detrimento de outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial; e executam financiamento de 240 milhões de reais para comunidades terapêuticas. A partir do paralelo com a história da Psiquiatria Democrática Italiana, conclui-se que para fazer frente a estes retrocessos é necessário aliar fortalecimento e unidade do movimento antimanicomial com o restabelecimento da democracia, visto estes ataques

¹ Professora do curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco. contatodacarol@gmail.com

² Professor do curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco. vvieira.psiq@gmail.com

aconteceram em um contexto de enfraquecimento democrático e desinvestimento em políticas sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Desinstitucionalização; Política de Saúde; Saúde Mental; Reforma psiquiátrica; Psiquiatria Democrática italiana.

ABSTRACT

The main objective of this article is to look to the experience of deinstitutionalization of the Italian Democratic Psychiatry and reflect on the changes proposed for Brazilian mental health policy. Participant observation carried out in Trieste-Italy by a Brazilian resident in optional internship is presented as well as a brief history of the Brazilian process and an analysis of the changes brought in Resolution 32 of the *Comissão Intergestores Tripartite* (Three fold Interadministrators Committee) and the Ministry of Health 3588 ordinance. These documents represent a setback in Brazilian mental health policy as there has been no dialogue with actors committed to the Brazilian psychiatric reform or community participation; the documents encourage psychiatric hospitalization and investment in psychiatric hospitals; promote a focus on outpatient psychosocial care in detriment of the established Psychosocial Care Network; bring R\$ 240 million in funding for therapeutic communities, perceived as a form of mass re-institutionalization. It is concluded that in order to face these setbacks, it is necessary to combine strengthening and unity of the anti-asylum movement with the restoration of democracy, as these events occurred in a context of democratic weakening and disinvestment in social policies.

KEY-WORDS: Deinstitutionalization; Health Policy; Mental Health; Psychiatric reform; Italian Democratic Psychiatry.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo principal refletir sobre a conjuntura atual da política de saúde mental brasileira, inspirando-se na experiência de desinstitucionalização da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI). Tal propósito surge no contexto de estágio opcional realizado na residência médica em Psiquiatria da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), o que oportunizou contato com a experiência italiana que influencia a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) (AMARANTE, 2013). A referida residência tem a proposta de formar médicos especialistas no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da capital pernambucana, em alinhamento com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Como objetivos específicos, tem-se: 1. Descrever estágio observacional realizado na rede de saúde mental e em outros dispositivos da rede substitutiva de Trieste; 2. Traçar breve histórico da reforma psiquiátrica italiana e brasileira; 3. Discutir, a partir da experiência em Trieste, as mudanças propostas na política de saúde mental brasileira no final de 2017.

No ano de 2018, completou-se 40 anos da promulgação na Itália da lei 180, conhecida como lei Basaglia, marco jurídico da luta da psiquiatria democrática naquele país (ROTELLI, 1994). E apesar das diferentes mudanças econômicas e sociais na Europa desde a promulgação desta lei, percebe-se que o paradigma da desinstitucionalização continua sendo norteador do cuidado em saúde mental em Trieste e região. Espera-se, então, a partir do mergulho nesta experiência, traçar perspectivas de resistência do campo da saúde mental brasileira em um momento em que avanços reconhecidos internacionalmente são colocados em risco.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa tem abordagem qualitativa na medida em que, como traz Minayo (2010a), as metodologias qualitativas seriam aquelas que conseguem incorporar significado e intencionalidade aos atos, às relações, e às estruturas sociais. Nesse sentido, entende-se que analisar o cuidado em saúde mental, bem como as políticas de saúde na área, não se esgota em uma perspectiva meramente técnica, passando também por uma dimensão política, cultural e epistemológica (AMARANTE, 2007).

As reflexões nesse artigo têm como pilar uma observação participante a partir de vivência de estágio realizado em janeiro de 2018 junto à Associação de Voluntariado Franco Basaglia, sediada em Trieste-Itália. Esta associação, fundada em 1993, organiza a circulação de diversos voluntários na rede de saúde mental e em cooperativas sociais, peças fundamentais no processo de desinstitucionalização dessa cidade (DIPARTAMENTO DI SALUTE MENTALE, 2018). Adotou-se o diário de campo como ferramenta de registro; ele é o instrumento mais tradicional da observação participante em que se registra, dia a dia, o que é observado, mas também impressões pessoais, conversas informais, comportamentos contraditórios em relação ao que é dito (MINAYO, 2010b). Nesta pesquisa foram objeto de observação, registro e reflexão: reuniões de Centros de Saúde Mental, associações e grupos de usuários da rede de saúde mental, visitas a serviços territoriais e de emergência em hospital geral, moradias assistidas e dispositivos da assistência social, mas também a vida político-cultural da cidade e a presença de imigrantes e sua difícil inserção na sociedade.

Os resultados e discussão aqui apresentados sobre o contexto triestino formulam-se a partir dos registros e reflexões da observação descrita, consulta à lei 180 de 1978 (ITÁLIA, 1978), que trata da reforma psiquiátrica italiana, e ainda acesso a obras na língua original que tratam da história da reforma em Trieste.

A discussão sobre o contexto brasileiro se dá dialogando com autores consagrados no debate da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), com a lei 10.216 e também a partir da análise da Portaria 3588 do Ministério da Saúde e da Resolução nº32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), consideradas por entidades e movimentos sociais da área da saúde como um retrocesso nas políticas de saúde mental (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2017; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL, 2018). Foi realizada também pesquisa documental sobre posicionamentos emitidos por algumas entidades influentes no campo da saúde, saúde mental e psiquiatria: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Psiquiatria democrática triestina: entre a história contada e a experiência vivida no estágio

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, e particularmente sua ocorrência Triestina, tem grande importância na história das experiências de crítica e superação do manicômio, inspirando o movimento de RPB (AMARANTE, 2013). Trieste é uma pequena cidade localizada no nordeste italiano, conhecida como a “Nápoles do Norte”, segundo o escritor triestino Mauro Covich (2006), tida como uma metonímia da Europa Central: mistura de raças, herança austríaca e de forte tradição literária. Foi em Trieste que Franco Basaglia assumiu a direção do hospital psiquiátrico local e junto com sua equipe pode levar adiante ideias gestadas durante sua experiência em Gorizia. Rotelli (1994) conta que o manicômio foi substituído por sete Centros de Saúde Mental que funcionavam 24 horas por dia e dentro do território, com grande parcela do trabalho acontecendo nos domicílios. Também foi estabelecida uma rede de cooperativas e apartamentos para as pessoas que não podiam ficar com suas famílias. Estas experiências se sustentam ainda hoje pela premissa de que *a Liberdade é terapêutica*.

A experiência triestina se baseia na ideia de *desinstitucionalização*, conceito que difere da desospitalização, visto que não se propõem apenas a retirar as pessoas do manicômio, mas sim, reinseri-las na comunidade e superar a cultura e saberes criados pelo manicômio, prescindindo deste (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Para Rotelli, em *L'istituzione inventata* (2009), as instituições tradicionais tais como manicômio e mesmo hospitais gerais ou psicanálise eram incapazes de lidar com a complexidade da existência-sofrimento do sujeito por redução deste à periculosidade, doença ou conflito inconsciente/consciente. Refuta o modelo médico ou psicológico, tornando agora objeto a existência-sofrimento e sua relação com o corpo social, é construída a verdadeira desinstitucionalização entendida como “processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energia e saberes, estratégias e intervenções em direção a este objeto bem diverso” (ROTELLI, 2009). O problema deixa de ser a cura para ser a emancipação. Com isto são necessários novos dispositivos em lugar dos tradicionais que não correspondiam a este objeto. No lugar de ambulatórios, surgem laboratórios

que são entendidos como espaços de oportunidade e possibilidades (ROTELLI, 2009). No lugar do manicômio, a cidade e sua *trama* social constituindo o chamado *centro diurno difuso* nas palavras de uma das trabalhadoras da Associação Franco Basaglia. Para Rotelli, a Instituição Inventada são estes novos serviços que rompem a separação corpo e mente trazida pelo modelo médico e biológico e entram no território dessa engenharia social promovendo sociabilidade e sentidos, interferindo nas relações e opressões cotidianas.

Mas o que vem a ser esta instituição inventada na concretude da cidade? Este foi o principal foco das visitas no estágio e que será descrito um pouco aqui correlacionando com o referencial teórico. A fim de sistematizar melhor os diferentes aspectos dessa experiência, pode-se dividir o que foi vivenciado em quatro aspectos materializados em dispositivos e tecnologias de cuidado: 1) Um outro olhar sobre a questão da doença mental, colocando-a entre parênteses para vislumbrar o sujeito em sua existência (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001); 2) Outra postura profissional, sintetizada na expressão triestina *prendere in carico*, de alguma forma traduzida para responsabilizar-se pelo projeto terapêutico, mas um tanto mais ampla que isto (ROTELLI, 2009); 3) Novos serviços e dispositivos tidos como fortes, ou seja, concretamente substituindo o manicômio, tendo inserção comunitária, interrompendo o circuito de porta-giratória característico de processos de desospitalização (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001); 4) Finalidade do cuidado e dos serviços desloca-se da cura ou controle da sociedade para o cuidado e emancipação, materializado na garantia de direitos como habitação, trabalho, ir e vir pela cidade.

Um conceito central no pensamento Basagliano é a ideia de colocar a doença entre parênteses (BASAGLIA, 2005). Não é negar a existência da doença, também não é admitir um autonomismo biológico ou psíquico como nos modelos médico ou psicológico, mas lidar com a existência do sujeito, existência marcada pela experiência da loucura, *esistenza malata* (ROTELLI, 2009). A psiquiatria tem a doença mental como objeto fictício e separado da existência do sujeito, a qual no manicômio se sobrepunha a periculosidade. Neste paradigma, a biografia do sujeito e subjetividade se perdem na objetividade de sinais e sintomas do olhar médico que subjuga corpo e mente do doente aos seus saberes (ROTELLI, 2009). Colocando então a doença

entre parênteses, o cuidado se desdobra numa nova postura profissional (*prendere in carico*) mas também entram em cena novos atores como educadores e técnicos em reabilitação psicossocial, artistas e outros trabalhadores fora do mundo profissional da saúde mental, mas inseridos na perspectiva da construção de vida. Novos serviços também surgem para possibilitar esse enriquecimento da existência, empobrecida pela doença, mas principalmente pela institucionalização. São laboratórios ao invés de ambulatórios, entendidos como espaços plenos de consciência, percepção, máquinas de desinstitucionalização (ROTELLI, 2009). Laboratórios de música, cerâmica, costura ou a rádio Fragola (morango), na qual qualquer pessoa que deseje pode participar e não será questionada se tem algum transtorno mental. Ou ainda o centro de práticas integrativas *Androna dei Giovani*, com foco no cuidado corporal de pessoas com problemas pelo uso de heroína, que vão em busca de tratamentos como sauna e práticas de cuidado orientais para lidar com os sintomas da abstinência em paralelo ao uso da metadona que é ofertado em outro serviço diariamente.

Uma expressão muito escutada e vista nos diferentes textos que poderia resumir esta postura é *prendere in carico* que pode ser entendida, mas não necessariamente traduzida, como ser responsabilidade (o paciente) de alguém (técnicos, serviços), que devem levar em conta não apenas necessidades médicas, mas as necessidades de vida de cada pessoa, tais como moradia, como sustentar-se, como conviver. Na prática esta perspectiva se traduz, por exemplo, nos SARs (Servizio Abilitazione e Residenze) entendidos na lógica de um “viver suportado”, tanto no sentido de suporte material para as necessidades básicas de habitação, mas também de suportar/auxiliar a pessoa em sua existência adoecida. A moradia é morada mas também, para aqueles que necessitam, é espaço de acolhimento da dor e mal-estar que acompanha o adoecimento ou o longo processo de institucionalização pregresso. Surge inicialmente para alguns que moravam no antigo Ospedale Psichiatrico Provinciale (OPP) e que pouco a pouco foram ocupando a cidade em casas próprias ou alugadas, contando com cuidadores em maior ou menor presença conforme suas necessidades. Das 1200 pessoas internadas no antigo manicômio, hoje cerca de 140 residem nestes apartamentos, visto que os demais foram reinseridos em suas famílias ou readquiriram um grau de

autonomia que possibilitou residirem sozinhos. Mas o que isto difere dos Serviços Residenciais Terapêuticos brasileiros?

No início da saída dessas pessoas do hospital, a forma de garantir uma moradia digna parecia com as Residências Terapêuticas brasileiras, moradias governamentais, cuidadores contratados diretamente pela municipalidade. Paulatinamente isto foi transitando para um cenário em que as pessoas passam a ser proprietárias (através de programas de habitação) ou locatárias da casa (quando possuem renda), passando a responsabilizar-se mais por ela, rompendo a tutela, mas mantendo o suporte de que necessitam através da presença dos cuidadores. São casas onde estas pessoas podem sair e entrar quando quiserem, podem ter seus animais de estimação, receber visitas. Enfim, são casas e não serviços.

Outro aspecto fundamental no processo triestino é a constituição de serviços territoriais fortes; ao contrário das experiências inglesa, francesa e também americana, a reforma italiana trouxe uma preocupação no desmantelamento do manicômio (ROTELLI, 1994). Ao invés de esvaziar o manicômio paulatinamente com a demanda sendo assumida pelos serviços territoriais, estes acabam por alimentar o manicômio, fazendo a rede funcionar como um circuito, gerando o mecanismo de porta-giratória (revolving-door) das internações (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Para fugir deste engodo, em Trieste optou-se por prescindir do manicômio em qualquer situação e fechá-lo, ou melhor, na linguagem triestina, abri-lo, já que este processo de desmantelamento se dá a partir da abertura das portas do manicômio à cidade, permitindo que aqueles antes confinados pudessem sair e a cidade pudesse entrar e retomar o parque de San Giovanni até então subtraído pelo manicômio (DELL'ACQUA, 2014).

A partir disso, constituem-se serviços territoriais eficazes que assumem toda a demanda de Saúde Mental da cidade. No início eram 7 Centros de Saúde Mental (CSM) espalhados pela cidade; em 2018 existiam apenas quatro devido ao contingenciamento financeiro. Estes centros funcionam 24 horas, possuem leitos para pernoite e realizam trabalho territorial (ROTELLI, 1994). São o coração da rede de saúde mental. Existe ainda, conforme previsto na lei 180, o *Servizio Psichiatrico di diagnosi e Cura* - SPDC (ITALIA, 1978) instalado no hospital geral, também com leitos, fazendo diálogo com as demandas que

chegam ao Hospital Geral mas tentando referenciá-las brevemente para o CSM apropriado (ROTELLI, 1994).

Nova estratégia surgida no final de 2017 é a *Equipe Crisi* com o intuito de atuar no domicílio no momento da crise, evitar internações e melhorar adesão ao tratamento. É composta por profissionais de cada CSM, num total de 12, realizando o trabalho das 4 às 20h durante a semana e até às 16h no sábado. Faz visitas diárias, até várias vezes ao dia, preferencialmente por um período mínimo de 3 dias a fim de manejar situações de crise no território. Mantém contato próximo com o SPDC e o CSM. Este último assume a responsabilidade pelos casos fora do horário de funcionamento da *Equipe Crisi*.

Por outro lado, enquanto a psiquiatria tradicional se ocupa com a cura e controle da sociedade, guardiã da sociedade diante da periculosidade do louco, na psiquiatria democrática questões como cidadania e emancipação são centrais (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Isso fica flagrante no movimento capitaneado pelo grupo *Artículo 32* e também nas diversas associações e cooperativas que mantêm relações diversas com os serviços de saúde.

Artículo 32 é um grupo constituído principalmente por usuários, mas também por técnicos que se inspira no 32º artigo da constituição italiana o qual versa sobre o direito à saúde. Este grupo se coloca então nas biografias dos participantes em um momento de superação da crise, não se constituindo um grupo de autoajuda, mas sim na construção de uma narrativa coletiva sobre a experiência da loucura e a luta pela garantia do lugar desta na sociedade. Em suma, um grupo de luta pelo direito à saúde e cidadania daqueles que se identificam a partir da experiência da loucura. Além de articular-se com outros dispositivos e promover ações de estudo e reflexão realiza campanha destinada à sociedade chamada *impazzire si può* - enlouquecer é possível - que visa reduzir o estigma da loucura (DIPARTAMENTO DI SALUTE MENTALE, 2018).

A experiência mais significativa e disseminada em Trieste sejam as diferentes associações e cooperativas. Inspiradas no movimento sindical italiano, surgem como forma de inserir os sujeitos no mundo do trabalho, contrapondo-se a ideia de ergoterapia. Por sinal, em Trieste, é perceptível o

esforço para que as ações de reabilitação não caiam no lugar comum das terapias, mas sim que se ancorem na garantia de direitos.

As cooperativas também servem de estratégia de organização dos trabalhadores que prestam assistência nos serviços de saúde mental e apartamentos, num contexto de um ente público com poucos trabalhadores sob administração direta. Existem, portanto, dois tipos de cooperativas: tipo A constituída por trabalhadores que são contratados e supervisionados pelo ente público para assistência; e tipo B, constituídas por 80% de usuários e 20% de trabalhadores. Estas últimas têm como incentivo pagar menos impostos e se atuam em diferentes áreas de produção e serviços: hotelaria, costura, marcenaria, restaurante, café, bijuteria, gráfica, centro de produção de vídeos (ROTELLI, 1994).

Atualmente, a inserção de pessoas em cooperativas do tipo B se dá inicialmente como parte do projeto terapêutico em que esta pessoa recebe uma *bolsa-lavoro* (bolsa-trabalho), experimentando um tipo específico de ofício. Caso posteriormente queira entrar na cooperativa pode tornar-se sócio através de uma cota. Outro caminho possível é a partir do ofício aprendido inserir-se num emprego formal. Um desafio que essa estratégia vem enfrentando é o fato de que com **os** anos de recessão econômica, é mais difícil para os europeus, especialmente os jovens, conseguirem um emprego (SERAPIONE, 2017). Desta forma, o direito ao trabalho está ameaçado para todos e não apenas para aqueles com sofrimento psíquico.

3.2 Desafios para a Psiquiatria Democrática em tempos de crise

Da mesma forma que os avanços do movimento de Psiquiatria Democrática aconteceram em um contexto de organização dos trabalhadores, movimentos de contracultura e constituição do Servizio Sanitario Nazionale – SSN, a manutenção das conquistas enfrenta desafios ligados ao momento que a sociedade italiana vivencia. Desde antes da década de 90 o SSN vem passando por reformas em um contexto neoliberal que inicialmente dificultam sua consolidação e, mais recentemente, contribuem para o seu desmonte com consequente fortalecimento da iniciativa privada. Exemplo disso é a implantação do co-pagamento (ticket) como resposta às despesas crescentes pelo estado no final da década de 80. Em 1992 o sistema passa por uma

reorientação através do processo de *aziendalizzazione*, ou seja, as agências sanitárias (*azienda*) intitulam-se como espaço de gestão acima da municipalidade e tem o setor privado como parceiro. Com o intuito de regionalizar o SSN, o que tem acontecido é um aprofundamento das diferenças regionais já instaladas pelas discrepâncias econômicas entre o Norte e o Sul da Itália (LIMA et al, 2009).

Com a crise econômica de 2008, além de um aumento das demandas dos serviços de saúde especialmente por parte da população mais vulnerável e atingida pelo desemprego, há progressiva redução do gasto estatal paralelamente a um aumento das despesas privadas com saúde atingindo os mais pobres. (SERAPIONE, 2017). Dentre os problemas de saúde agravados com a crise, destacam-se os de saúde mental como ansiedade, depressão e suicídio (KARANIKOLOS et al, 2013).

Este panorama no contexto Triestino gerou: 1. redução do gasto público com impacto na rede assistencial; 2. unificação, com finalidade de redução de gastos, da *Azienda ospedaliera* e *Azienda territoriale* (LA CITTÀ SOCIALE, 2018) com percepção pelos trabalhadores de possibilidade de drenagem de recursos da assistência territorial para a hospitalar; 3. Aumento de demandas de saúde mental.

Aliado à crise econômica e suas repercussões políticas outro fenômeno intensificado neste momento é o intenso fluxo migratório para a Europa em paralelo a um crescente sentimento de xenofobia. Pela sua condição de fronteira, Trieste sempre conviveu com grande população eslava em seu território, mas também de outras nacionalidades. Nos últimos anos, tem vivido o desafio de receber outros povos, refugiados de conflitos ou em busca de oportunidades, e lhes oferecer assistência em um clima de tensão social crescente.

Um último desafio que pode ser elencado, considerando os objetivos deste artigo, é algo apontado por diversos atores ao longo do trabalho de campo. Constitui-se da dificuldade do movimento de psiquiatria democrática forjar novos dirigentes considerando o baixo envolvimento político dos jovens e a centralidade ainda em figuras do início do processo de reforma contemporâneas de Basaglia, como é o caso de Franco Rotelli, Giovanna Del Giudice e Peppe Dell'Acqua. Nesse contexto, percebe-se que iniciativas como

a comemoração dos 40 anos da Lei Basaglia em 2018 e a Associação de Voluntariado Franco Basaglia, que organiza também os jovens do serviço civil italiano, entraram como algumas das iniciativas para enfrentar este desafio político-organizativo.

3.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira e inspirações da Psiquiatria Democrática

O processo de RPB surge do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no contexto das lutas do movimento sanitário e redemocratização do país, trazendo uma crítica importante ao modelo manicomial hegemônico no Brasil até o período. Durante o período da ditadura cívico-militar aprofundou-se no Brasil o modelo asilar privatista, constituindo a chamada “indústria da loucura” que colabora para a existência de manicômios do tamanho de cidades, como o de Juquery em São Paulo, que chegou a ter 16 mil internos (AMARANTE, 1995). Em 1987 acontece o congresso dos trabalhadores em saúde mental em Bauru-SP com lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste momento o MTSM assume uma nova estratégia no sentido de superar o caráter técnico-científico e configurar-se como um movimento social propondo mudanças na sociedade e transformações profundas no campo da saúde mental (AMARANTE, 1995).

Outro marco importante será, em 1989, a intervenção na casa de saúde Anchieta na cidade de Santos. Este era um hospício privado com mais de 500 leitos, cuja intervenção pública foi possibilitada pelo processo de municipalização do sistema de saúde, dando início à substituição do modelo assistencial com o fechamento dos leitos e criação de serviços substitutivos no território que funcionavam 24 horas. É clara a inspiração no processo de reforma psiquiátrica italiana e a influência nesta experiência e em muitas outras que florescem pelo Brasil, constituindo o lastro para a luta institucional, o que foi potencializado pela vinda de Basaglia ao país no final da década de 70 em conferências que acabam sendo sumarizadas no material *Conferências Brasileiras* (AMARANTE, 2007).

À semelhança do que acontece na Itália com a lei 180, um marco legal importante da luta antimanicomial brasileira é o projeto de lei do deputado Paulo Delgado que surge em 1989, prevendo a extinção dos leitos em hospitais

psiquiátricos e substituição por outras modalidades de assistência. O projeto de lei leva doze anos para ser aprovado em função principalmente da forte oposição feita pelos donos de hospitais, os empresários da loucura (AMARANTE, 2013). É aprovado em 2001 apresentando, porém, importantes modificações em relação ao seu texto original que comprometem o projeto de desinstitucionalização, sobretudo com a retirada do texto da diretriz de extinção de hospitais psiquiátricos e consequente substituição pela perspectiva de progressiva diminuição de leitos.

Pitta (2011) aponta que apesar da demora na aprovação da lei, o período até este êxito foi marcado por intensos debates na sociedade, experiências assistenciais nos estados e normatização da assistência através de portarias aliadas à indução financeira por parte do Ministério da Saúde. Isso ocasionou ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental através da expansão da rede substitutiva principalmente a partir dos anos 2000. A autora aponta também que paralelamente há uma diversificação e fortalecimento do movimento de luta antimanicomial com maior influência sobre os espaços institucionais e de controle social, como no caso da II Conferência Nacional de Saúde em 1992, da III Conferência Nacional de Saúde em 2001 e da Marcha dos usuários em Brasília em 2010.

Apesar dos avanços nas duas primeiras décadas, evidenciados pelo crescimento do número de CAPS, acompanhado do fechamento de leitos asilares, a autora aponta que seguem como desafios a assistência nas crises psicóticas e às demandas de fissura e abstinência dos usuários de drogas visto a maior parte dos serviços ainda fechar ao final do dia, continuando no imaginário social o manicômio como abrigo para situações críticas. Esse cenário tem sido agravado pelas forças contra-reformistas acentuadas no final da década de 2010.

3.4 Desafios brasileiros para a Reforma Psiquiátrica em tempos de crise

No Brasil, aliado à crise econômica, instalou-se uma crise política e social exemplificada pelo impeachment da então presidenta Dilma Rousseff e início do governo de seu vice, Michel Temer, no ano de 2016. Este processo gera implicações importantes na saúde visto que o novo governo implementa diversas medidas que sinalizam ou configuram cortes de investimentos nesta

área e outras das políticas sociais. Exemplo disso é a aprovação da Emenda Constitucional que limita os gastos primários do governo nos próximos 20 anos incluindo saúde, educação, previdência e assistência social, entre outros (NORONHA; NORONHA; COSTA, 2017).

Na saúde mental os impactos foram sentidos principalmente no final de 2017 quando, após sinalização já dada pela coordenação de saúde mental, são emitidos dois documentos que, na análise de diversas entidades da saúde coletiva e saúde mental, significam retrocessos importantes no processo de reforma psiquiátrica já trazido neste artigo. São estes documentos a Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14 de dezembro, que “estabelece diretrizes para o fortalecimento da RAPS” e a portaria 3588, de 21 de dezembro, a qual altera portarias prévias, dispendo sobre a composição da RAPS e outras questões. Para finalidade de análise neste artigo, além dos citados documentos, foram buscados os posicionamentos oficiais sobre eles das seguintes entidades: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Conselho Nacional de Saúde (CNS), além da Carta de Bauru-30 anos, fruto de encontro comemorativo do histórico encontro do MTSM, e edital lançado em janeiro de 2018 sobre o credenciamento de comunidades terapêuticas à RAPS, fruto dos desdobramentos dos documentos anteriormente citados.

Uma das principais críticas às medidas adotadas pelo MS para área da saúde mental, materializadas nos dois documentos, é a ausência de diálogo com setores historicamente comprometidos com a Reforma Psiquiátrica Brasileira ou instâncias do controle social como o CNS, além do desrespeito às deliberações das Conferências de Saúde Mental (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL, 2018). Por outro lado, para a ABP isto não parece ser um problema, visto que já no dia 11 de dezembro de 2017, emite um documento intitulado “Carta Aberta à População”, demonstrando seu apoio às mudanças propostas pelo MS na figura do coordenador de Saúde Mental, Quirino Cordeiro Júnior (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2017). Vale atentar que a carta é emitida dias antes dos documentos oficiais, já trazendo os pontos considerados indispensáveis pela ABP para a reestruturação da política de

saúde mental: sistema de atendimento ambulatorial; qualificação e financiamento dos hospitais especializados (hospitais psiquiátricos); incentivo à saída de moradores dos hospitais psiquiátricos sem, no entanto, o fechamento de leitos; estímulo às unidades de saúde mental em Hospitais Gerais; criação de CAPS AD especial para áreas de uso intenso (cracolândias); regulamentação e integração à RAPS das chamadas comunidades terapêuticas. As justificativas trazidas pela ABP para tais mudanças são os resultados “pífios” da política de saúde mental e aumento das taxas de suicídios. Isso contradiz dados do próprio Ministério da Saúde que em seu primeiro boletim sobre suicídio mostra que a presença de CAPS em um município reduz em 14% o risco de suicídio (BRASIL, 2017c). Nesta mesma direção, Pitta (2011) traz a expansão da RAPS entre os anos 2002-2010 como importante fator de acesso ao cuidado em saúde mental, com o aumento do número de CAPS de 424 para 1650 neste período. A ABRASME (2018) indica números mais recentes e robustos da RAPS: são 2209 CAPS, 7240 equipes de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), 34 Unidades de Acolhimento, 888 leitos de saúde mental em hospital geral e 610 Serviços Residenciais Terapêuticos.

Uma outra crítica feita à portaria do MS e à resolução da CIT é o incentivo à hospitalização, indo na contramão do direcionamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira de um cuidado territorial e extra hospitalar (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL, 2018). Esse incentivo aparece essencialmente em dois dispositivos: leitos ou unidades de saúde mental em hospital geral e hospitais psiquiátricos. Os dois documentos trazem ainda, sem maior detalhamento, o hospital-dia, dispositivo no geral substituído pelos CAPS dos processos de desinstitucionalização (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

No que se refere aos leitos em hospital geral a recomendação emitida pelo Conselho Nacional de Saúde de revogação da portaria 3588 traz como principais pontos críticos deste documento: 1) o aumento do número máximo de leitos de psiquiatria no Hospital geral de 15% para 20% do total do hospital; 2) aumento de 4 para 8 o número mínimo de leitos para custeio; 3) atrelamento do custeio à taxa de ocupação mínima de 80% destes leitos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018; BRASIL, 2017b). Ora, a partir destas diretrizes,

a imagem-objetivo que se pode imaginar são enfermarias de saúde mental em hospital geral cada vez maiores e repletas, na contramão do que o processo exitoso da Itália, por exemplo, construiu com os SPDCs (Servizio Psichitrico di Diagnosi e Cura) colocados como última alternativa, idealmente esvaziados, e sempre buscando referenciar o cuidado para o território com o CSM (Centro di Salute Mentale) dotado de acolhimento noturno.

É, porém, no que concerne aos hospitais psiquiátricos que o retrocesso fica mais evidente. Como bem aponta o documento da Associação Brasileira de Psiquiatria (2017), perde-se a perspectiva estratégica de fechamento de leitos de caráter asilar, além de aumentar o financiamento destes através do incremento dos valores das diárias, privilegiando hospitais “menores” (até 160 leitos) mas ainda assim contemplando hospitais de mais de 400 leitos (BRASIL, 2017b). Outro aspecto preocupante é que, contrariando a lógica de reversão de recursos hospitalares para territoriais que possibilitou o avanço da RAPS, agora após a desativação de leitos nesses hospitais, o recurso não ficará mais com o município, mas retornará à união.

Outra crítica importante é feita à perspectiva de “ambulatorização” da RAPS. Sob o nome de equipe multiprofissional de atuação especializada em saúde mental, a gestão traz a proposta da implantação de equipes multiprofissionais no intuito de ampliar a assistência à saúde mental (BRASIL, 2017b). Essa medida, no entanto, é criticada na medida em que historicamente se tem feito um esforço de ampliar o acesso à assistência através da constituição de serviços territoriais e interdisciplinares ao invés de ambulatórios pouco efetivos e burocratizados (PITTA, 2011), daí o questionamento do Conselho Nacional de Saúde (2018): Por que não investir mais nos NASFs, Estratégias de Saúde da Família (ESFs) e CAPS ao invés de apostar no retorno do ambulatório?

No entanto, talvez o ponto mais crítico das atuais medidas seja o incentivo explícito às comunidades terapêuticas. No próprio edital que regulamenta o acesso ao recurso são definidas como *instituições de caráter privado sem fins lucrativos que realizam o acolhimento voluntário em regime residencial, fornecendo assistência para pessoas que em função do uso de álcool e outras drogas necessitem afastar-se do seu ambiente* (BRASIL, 2018). Ou seja, o cerne do tratamento é o afastamento do território. Para estas

instituições serão destinados 240 milhões de reais, sendo metade da verba vinda do Ministério da Saúde e o restante da articulação com outros ministérios (Justiça, Desenvolvimento Social, Trabalho), enquanto para a expansão da RAPS, por outro lado, são previstos pouco mais de 31 milhões (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2017). Fica evidente, portanto, a preferência por serviços privados, à parte do território, por vezes de cunho religioso, não respeitando a laicidade do estado, que trabalham com internamentos de até 12 meses, sendo protagonistas de diversas violações aos direitos humanos.

A previsão é da destinação de recursos para contratação de até 20 mil vagas nesta modalidade de tratamento. Por outro lado, apenas 9 Unidades de Acolhimento são previstas nas novas diretrizes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL, 2018). Quando comparamos com a experiência italiana, pautada na redução de danos e integralidade do cuidado realizado em liberdade, vemos que isso significa um retrocesso a uma abordagem moral e estigmatizadora sobre o uso de drogas.

Ainda no que concerne ao cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas, os documentos em questão trazem a previsão de um novo dispositivo, o CAPS AD IV, com funcionamento 24 horas, destinado a prestar assistência nas cenas de uso (cracolândias) (BRASIL, 2017a). A ênfase no crack e cracolândias traz a vocação midiática deste serviço, que pouco difere dos já previstos CAPS AD III, talvez servindo de captação para as comunidades terapêuticas. Isto demonstra a tônica geral das propostas em que se privilegia o cuidado hospitalar/asilar, mesmo que sob novos nomes, em detrimento do cuidado territorial e em liberdade, marcas do processo da reforma psiquiátrica brasileira.

3.5 Paralelo entre os contextos e desafios para a reforma italiana e brasileira

A partir da breve análise do processo histórico das reformas psiquiátricas italiana e brasileira percebe-se que estes processos não são descolados do contexto político e social geral de seus países e são profundamente influenciados pelo grau de mobilização em torno da pauta.

Da mesma forma que a crise econômica de 2008, com consequente enxugamento estatal, provocou uma redução de recursos públicos investidos na rede própria em Trieste e outras regiões italianas, no Brasil é visto de maneira cada vez mais clara o desinvestimento na Rede de Atenção Psicossocial e o recrudescimento de propostas privatistas e manicomiais.

Com o avanço da agenda conservadora no governo brasileiro, percebe-se inclusive que cada vez mais estas propostas saem do âmbito do Ministério da saúde e são trazidas por outros entes governamentais como é o caso da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred) do Ministério da Cidadania. Esta secretaria lançou em março de 2022 um edital de chamamento público para celebrar termo de colaboração com Organizações da Sociedade Civil que prestem atendimento como hospitais psiquiátricos.

No próprio edital, o governo faz críticas ao processo de desinstitucionalização, afirmando que essa “Antiga Política” promoveu desassistência às pessoas com transtornos mentais e com problemas por uso de substâncias. Além disso, acusa a desospitalização de levar à violação de direitos humanos, condenando o fechamento dos leitos psiquiátricos. Há uma explícita defesa do resgate das instituições fechadas como serviço da rede de cuidado, expressa mais concretamente pela reabertura do financiamento a tais instituições (BRASIL, 2022).

Enquanto o governo prioriza investir em hospitais privados e comunidades terapêuticas, a rede de saúde mental construída em anos de maior vitalidade da reforma psiquiátrica segue cada dia mais sucateada, com profissionais exaustos pela sobrecarga física e emocional trazida com a pandemia. Do outro lado, uma população empobrecida pela crise econômica busca nos serviços de saúde ora um prato de comida para aplacar a fome, ora um lenitivo para suportar as inúmeras dores do corpo e da alma.

Os dois países enfrentam entraves importantes para manutenção da política antimanicomial, sendo fundamental resgatar para atual geração de trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental a história dos manicômios, suas consequências nefastas, e reforçar os avanços trazidos pela reforma psiquiátrica. Historicamente, foram os movimentos sociais e de trabalhadores que impulsionaram a reforma; o desafio atual é resistir aos desmontes diante

dos contextos macropolíticos e da realidade de sofrimento da população (incluindo os trabalhadores e trabalhadoras).

4 CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, não é de surpreender que num momento em que a democracia brasileira vive um baque e o projeto econômico neoliberal volta à tona (NORONHA; NORONHA; COSTA, 2017) isso se reflita na política de saúde mental como retrocessos nos marcos regulatórios e o avanço de setores contrários ao projeto ético-assistencial da RPB. Dessa forma, alterações na legislação são importantes e refletem a conjuntura atual, mas, como nos mostra o processo italiano, a resistência cotidiana e capilarizada será fundamental para evitar o aprofundamento desses retrocessos.

Nesse sentido, entre os desafios que o momento coloca, está superar a fragmentação atual do movimento antimanicomial e colocar a defesa da democracia na pauta do dia de todos os movimentos que defendem os direitos humanos e a saúde como direito e não mercadoria, visto que o sucesso destas lutas está ligado à conservação do pacto democrático instituído pela Constituição de 1988, como reafirmado pela carta construída coletivamente no Encontro de Bauru-30 anos (ENCONTRO DE BAURU, 2017).

Sem dúvida a reforma psiquiátrica brasileira questiona em certa medida o discurso médico sobre a loucura, gerando resistência e medo entre aqueles que não entendem ou se colocam contrários ao cuidado em liberdade. Sobre isso, Basaglia, em *A instituição Negada* (2001), reflete sobre a experiência de Gorizia, definindo as chamadas instituições de violência, entre elas o manicômio, e elucida que papel os técnicos têm na manutenção destas instituições. Pontua como o tecnicismo cumpre o papel de mitificar a violência sem, no entanto, mudar o seu caráter

Em oposição a essa perspectiva, ainda é possível ratificar que a liberdade é terapêutica e defender o enorme legado teórico e assistencial da RPB, mas acima de tudo, a mudança nas vidas daqueles que estariam em manicômios e agora estão no espaço das cidades, frequentando, quando necessário, os serviços da RAPS, mas readquirindo cotidianamente o status de cidadãos. A centralização radical na defesa dos direitos humanos é o grande ensinamento que não pode ser perdido de vista pelos trabalhadores e militantes da

saúde mental no Brasil. É o momento de, como faz Basaglia (1979) ao citar Antonio Gramsci em um de seus livros, contrapor ao pessimismo da razão o otimismo da prática.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse e que a pesquisa foi realizada com recursos próprios.

5 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Carta aberta à população: propostas de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. **ABP**, Rio de Janeiro, 11 dez. 2017. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/carta-aberta-populacao-propostas-de-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental/> Acesso em: 26 jan. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Nota Abrasco contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de Saúde Mental. **ABRASCO**, Rio de Janeiro, 11 dez.2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/retrocesso-s-saude-mental-governo-temer/32436/> Acesso em: 23 jan. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. A (re)volta dos que não foram (ou a falácia da segunda reforma psiquiátrica). **ABRASME**, Florianópolis, 01 jan. 2018. Disponível em: http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=372 Acesso em: 23 jan. 2018.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./sep. 1995

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: _____ (Org.). **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 51-87.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

_____. As instituições da violência In: BASAGLIA, B Franco (Org.). **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001. p. 99-134.

_____. Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 35 – 61.

BRASIL. Resolução nº32 da Comissão Intergestores Tripartite, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 dez. 2017a. Seção 1, p. 239. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html

_____. Portaria nº3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 dez. 2017b. Seção 1, p. 236-238. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

_____. Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. **Portal da Saúde**. Brasília: 2017. Apresentação de slides. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2017/17-0522-cartilha-agenda-estrategica-publicada-pdf/view> Acesso em: 23 fev. 2018.

_____. Edital de Credenciamento – SENAD nº 01/2018. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 abr. 2018. Seção 3, p. 93-96.

_____. **Edital de chamamento público n.º 03 de 2022. Ministério da Cidadania. Brasília: 2022.** Disponível em:
https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/editais-1/chamamento-publico/SEI_71000.011057_2022_04.pdf Acesso em: 06 abr. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 001**, de 31 de janeiro de 2018. Disponível em:
conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf. Acesso em: 25 fev. 2018.

COVACICH, Mauro. **Trieste Sottosopra**: Quindici passeggiate nella città del vento. Bari: Gius. Laterza & Figli, 2006.

DELL'ACQUA, Peppe. **Non ho l'arma che uccide il leone**. La vera storia del cambiamento nella Trieste di Bassaglia e nel manicomio di San Giovanni. 3. ed. Merano: Edizioni Alpha beta Verlag, 2014.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE. **Ingegnerie Sociali-Mappa delle attività**. Trieste: DSM, 2018.

ENCONTRO DE BAURU. **Carta de Bauru – 30 anos**. Bauru, dez. 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANO-S.pdf> Acesso em: 06 jan. 2018.

ITALIA. Legge n. 180, 13 maggio 1978. "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori". **Gazzetta Ufficiale**, Roma, n.133, 16 mag. 1978.

KARANIKOLOS Marina et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. **The Lancet**, Reino Unido, v. 381 n. 9874, p. 1323- 1331, mar. 2013. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)60102-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)60102-6.pdf) . Acesso em: 2 de mai. 2018.

LA CITTÀ SOCIALE. **# 1Sanità**. Trieste, gen. 2018.

LIMA, Rita de Cássia Gabrielli Souza, et al. A Construção do Direito à Saúde na Itália e no Brasil na Perspectiva da Bioética Cotidiana. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n.1, p. 118-130, mar. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contradições e Consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010a. p. 54-76.

_____. Técnicas de Pesquisa. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010b. p. 261-298.

NORONHA, José Carvalho de; NORONHA, Gustavo Souto de; COSTA, Ana Maria. A revolta contra os pobres: saúde é para poucos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p.13-19, jan./mar. 2017.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579 - 4589, dez, 2011.

ROTELLI, Franco. L'istituzione inventata. In: **Microtesti** Trieste: Stella Arti Grafiche, 2009.

_____. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 149-170.

_____; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana (Org.). **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-61.

SERAPIONE, Mauro. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 33, p. 1 – 13, set. 2017.