A Reforma Psiquiátrica precisa se olhar no espelho

Processo que combateu manicômios foi radical e transformador. Mas é hora de questionar: a institucionalização está ocupando o espaço do cuidado e esvaziando suas propostas? Não estamos esquecendo de lutar por mais financiamento e trabalhadores qualificados?

⊙UTRASAÚDE

SAÚDE MENTAL

Por **Fernando Ramos** e **José Gomes Temporão**

Publicado 10/09/2026 às 08:46



Créditos: Pablo Picasso, fragmento de *Garota diante de espelho*, 1932

Receba o Boletim Outra Saúde

De segunda a sexta, às 7h, as principais notícias de Saúde em seu email

Email

Inscreva-se

A reforma psiquiátrica brasileira não nasceu isolada. Ela foi uma das expressões mais radicais da Reforma Sanitária, do processo de redemocratização no contexto da luta contra a ditadura militar e da construção do Sistema Único de Saúde, nas décadas de 1970 e 1980, quando são formulados os princípios que dariam origem ao SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Seu horizonte não era apenas reorganizar a assistência psiquiátrica, mas participar de uma transformação mais ampla da saúde pública brasileira.

De outro lado, a reforma psiquiátrica deslocou a saúde mental, do campo da medicina institucionalizada, para o campo dos direitos humanos, da cidadania e da política pública, ao afirmar que a loucura não autoriza exclusão, nem violência institucional.

Esse deslocamento foi, ao mesmo tempo, clínico, ético, político e sanitário. Clínico, porque exigiu transformar a forma de compreender e cuidar do sofrimento psíquico; ético, porque recusou a naturalização histórica da segregação e da violência; político, porque inscreveu a saúde mental no campo dos direitos de cidadania; sanitário, porque vinculou a superação do manicômio à construção de uma rede pública, territorial, universal e integrada ao SUS.



Por estar organicamente articulada à Reforma Sanitária, a reforma psiquiátrica pôde contar com uma linguagem de direitos, uma base institucional e uma agenda pública que não teria sido possível de outro modo. Mas, por essa mesma razão, seus impasses atuais não podem ser compreendidos separadamente dos impasses do SUS. O subfinanciamento crônico, a precarização dos vínculos de trabalho, a

fragmentação da rede, a fragilidade da atenção básica, as desigualdades regionais e a dificuldade de sustentar políticas públicas universais afetam diretamente a capacidade real do cuidado psicossocial no território.

Defender a reforma psiquiátrica hoje, portanto, exige mais do que reafirmar sua história. Exige recolocá-la no interior da crise mais ampla do SUS e, ao mesmo tempo, recuperar aquilo que constituiu sua força originária, a da articulação entre direito, política pública e clínica viva.

A clínica como condição viva da atenção psicossocial

A reforma psiquiátrica brasileira nasceu da exigência ética, política e clínica de transformar a relação do Estado, da sociedade, das instituições e dos trabalhadores da saúde com a loucura e com as pessoas em sofrimento psíquico severo e persistente.

Seu objetivo nunca foi apenas substituir leitos hospitalares por serviços territoriais, reduzir internações ou trocar uma arquitetura normativa por outra. Em sua formulação mais forte, a reforma implicava deslocar o eixo do cuidado: da instituição para o sujeito, da segregação para o vínculo, da custódia para a responsabilidade clínica, da tutela para a ampliação de direitos e da autoridade vertical para a construção compartilhada do cuidado.

Essa transformação exigiu novos dispositivos como CAPS, serviços residenciais terapêuticos, leitos em hospitais gerais, equipes multiprofissionais, dispositivos de crise, projetos terapêuticos singulares e redes territoriais. Mas a reforma nunca se confundiu inteiramente com esses dispositivos. Nenhum serviço isolado substitui o manicômio. O que pode substituí-lo é uma rede complexa, composta por diferentes dispositivos, funções clínicas, formas de hospitalidade e graus de intensidade de cuidado.

Por isso, o CAPS não deve ser compreendido como equivalente territorial do manicômio, mas como serviço estratégico no interior de uma rede mais ampla. E nenhum serviço, por sua simples designação administrativa, garante uma prática reformista. Um CAPS pode sustentar uma clínica territorial, intensiva e emancipadora; mas também pode reproduzir burocracia, autoritarismo, fragmentação e abandono sob uma linguagem reformista. Da mesma forma, uma enfermaria ou um leito em hospital geral, se integrados à rede e orientados por uma racionalidade clínica não manicomial, podem cumprir função legítima no cuidado.

O que define a natureza do cuidado não é o lugar em si, mas o modo como nele se escuta, se interpreta, se decide e se acompanha.



Essa distinção permite escapar de uma oposição simplificada entre território e hospital, CAPS e enfermaria, reforma e resistência asilar. Essa oposição teve função histórica importante, pois a crítica ao hospital psiquiátrico tradicional era necessária e urgente. Mas, transformada em moralização dos dispositivos, empobrece a análise. O hospital não é, por essência, manicomial; o território não é, por essência, emancipador. O manicômio não é apenas uma edificação, é uma lógica estruturante. Essa lógica pode reaparecer em dispositivos formalmente territoriais sempre que a clínica é substituída predominantemente por rotinas, protocolos, formas de controle, tutelas disfarçadas de proteção ou mera gestão de fluxos.

Enquanto política pública, a reforma depende de leis, normas, financiamento, pactuações e gestão. Mas enquanto prática viva, depende de sujeitos, equipes e serviços capazes de transformar esse repertório institucional em experiência concreta de cuidado. A norma pode prescrever; a clínica precisa realizar.

Quando as palavras permanecem e as práticas se deslocam

A crise contemporânea da reforma começa quando a gestão, a nomenclatura e a conformidade institucional passam a ocupar o lugar da clínica como princípio ordenador do cuidado.

A gestão é indispensável a qualquer política pública. Sem organização, financiamento, pactuação, regulação e normas, não há rede. O problema surge quando indicadores, metas, fluxos, registros e protocolos passam a substituir a construção singular do caso, e a decisão clínica, que exige prudência, interpretação, vínculo e responsabilidade diante do singular, é rebaixada à execução de diretrizes.

Nesse processo, conteúdos centrais da reforma podem ser preservados enquanto sua prática se esvazia. Território pode deixar de significar inserção viva em uma rede de vínculos e passar a justificar desresponsabilização. Rede pode deixar de significar articulação clínica e passar a significar fluxo administrativo. Projeto terapêutico singular pode deixar de ser construção interpretativa compartilhada e tornar-se formulário. Desinstitucionalização pode deixar de significar transformação da lógica manicomial e reduzir-se à diminuição de leitos, internações ou tempo de permanência.

Há, portanto, uma forma particularmente perigosa de esvaziamento que surge quando as palavras continuam as mesmas, mas passam a operar em outro regime.

É isso que podemos chamar de captura semântica da reforma. A reforma se preserva no vocabulário, enquanto se desloca em sua prática. Essa falsificação é mais difícil de combater do que a oposição frontal, porque se apresenta como continuidade.

Os documentos seguem falando em território, rede, cuidado em liberdade e desinstitucionalização. Os serviços seguem usando as designações legitimadas pela reforma. Mas a prática pode estar comprometida por uma racionalidade na qual predomina a contenção de custos, a padronização de processos, a produção de indicadores, a acomodação institucional e a neutralização do conflito.

O risco, nesse caso, é a miniaturização difusa da função hospitalar, onde não temos mais o grande manicômio concentrado, mas pequenos hospitais psiquiátricos territorializados, menos visíveis porque protegidos pela designação CAPS. O hospital psiquiátrico tradicional era evidente em sua materialidade de grande edifício, segregado, concentrador e socialmente identificável. Sua violência podia ser denunciada porque se condensava em um lugar específico. Já a reprodução difusa de funções hospitalares em pequenos dispositivos territoriais é mais difícil de perceber. Ela não se apresenta como retorno do manicômio, mas como funcionamento ordinário da rede. O manicômio deixa de ser monumental e passa a ser capilar.

Trabalho, equipe e clínica comum

A reforma também precisa interrogar o modo como os diferentes saberes e práticas profissionais se articulam no interior da atenção psicossocial. A equipe multiprofissional foi uma conquista decisiva, pois rompeu com o monopólio médico que, na tradição manicomial, concentrava a autoridade sobre o diagnóstico, a internação e a condução do tratamento, e ampliou a compreensão do sofrimento para além de sua redução medicalizante. Mas a simples presença de diferentes profissões não produz, por si só, interdisciplinaridade. Esta só se realiza quando há integração efetiva entre os saberes, interação contínua entre as práticas, atravessamento recíproco das perspectivas e um horizonte ético e epistemológico comum que oriente a construção compartilhada do caso.

Sem espaço clínico comum, a equipe se fragmenta: o psiquiatra prescreve, o psicólogo atende, o assistente social encaminha, o terapeuta ocupacional organiza atividades, a enfermagem sustenta o cotidiano, mas ninguém constrói efetivamente o caso. Cada profissão realiza sua parte, mas o cuidado não se integra. A interdisciplinaridade torna-se mera justaposição organizada.

Ao mesmo tempo, a crítica necessária ao poder médico não garantiu, por si só, a democratização do cuidado. O poder não desaparece quando uma de suas formas históricas é denunciada. Ele tampouco apenas se distribui horizontalmente, porque

pode encontrar novas formas de concentração, assumir linguagens mais aceitáveis e instalar-se em práticas menos visíveis, muitas vezes apresentadas como técnicas, administrativas ou simplesmente necessárias. Em certos momentos, a crítica ao monopólio médico favoreceu uma hegemonia psicologizante, moralmente identificada com a escuta, o sujeito e a própria reforma. Mais recentemente, observa-se o fortalecimento de uma racionalidade gestionária, apoiada na regulação dos fluxos, na administração cotidiana dos serviços, na ocupação de cargos estratégicos e na gestão do risco institucional.

A questão não é substituir uma hegemonia corporativa por outra. Não se trata de restaurar o monopólio médico, nem de criticar a psicologia, a enfermagem ou a gestão como campos profissionais. Todos são indispensáveis. A questão é recusar que qualquer profissão, função ou linguagem ocupe silenciosamente o lugar de garantia ética da reforma.

Quando a clínica desaparece, seu lugar não permanece vazio, pois tende a ser preenchido por formas substitutivas de ordenação como a gestão dos fluxos, a autoridade corporativa, a rotina institucional, o cálculo do risco e a necessidade administrativa.

A falsa ética da escassez

Há ainda um problema político-institucional mais profundo que é o estigma estrutural da saúde mental. A dificuldade de implantar leitos psiquiátricos em hospitais gerais expressa não apenas obstáculos técnicos, mas também a resistência do próprio hospital geral à presença da loucura. A saúde mental permanece relegada a um lugar desvalorizado, vista como campo incômodo, pouco prestigioso, pouco tecnológico e pouco atraente do ponto de vista econômico e institucional.

Esse lugar desvalorizado favorece a naturalização da escassez, como se a precariedade fosse parte da própria ética reformista. Essa identificação é falsa e perigosa. A reforma psiquiátrica não se realiza por meio de um voto de pobreza institucional. A precariedade não é prova de compromisso antimanicomial, ao contrário, é uma das formas pelas quais a reforma pode ser esvaziada.

Justamente porque se dirige a pessoas em situações graves de sofrimento, vulnerabilidade e exclusão, a reforma exige investimento robusto e recursos consistentes. Cuidar bem não é uma política de baixo custo pois requer equipes qualificadas e estáveis, tempo clínico, supervisão, formação permanente, retaguarda hospitalar, dispositivos residenciais, articulação intersetorial e capacidade efetiva de resposta à crise.

Essa discussão recoloca a saúde mental no centro dos impasses do SUS. Não há clínica do vínculo sem trabalhadores vinculados. A precarização dos vínculos de trabalho, a multiplicação de contratos temporários, a rotatividade das equipes e a baixa remuneração comprometem diretamente a continuidade do cuidado. A atenção psicossocial depende de presença, memória institucional, confiança, acompanhamento longitudinal e responsabilidade compartilhada. Nada disso se sustenta quando o trabalho é permanentemente precarizado.

Do mesmo modo, não há cuidado territorial sem território real de políticas públicas. A reforma exige articulação com atenção básica, assistência social, habitação, educação, cultura, trabalho, justiça, políticas de drogas e políticas de redução de danos. A rede de saúde mental não pode ser convocada a resolver sozinha aquilo que é produzido pela pobreza, pelo racismo, pela violência urbana, pela precariedade habitacional, pelo desemprego, pelo encarceramento, pela exclusão social e pela desproteção familiar.

Os determinantes sociais do sofrimento psíquico não são apenas contexto. São causas reais e fatores de manutenção de sofrimentos que nenhuma clínica, por mais qualificada, pode resolver isoladamente. O cuidado em saúde mental para populações negras, indígenas, LGBT+, em situação de rua, privadas de liberdade ou em extrema pobreza exige dispositivos e articulações específicas. A equidade não é apenas princípio geral do SUS; é condição concreta de uma reforma psicossocial que não se converta em abandono territorializado.

Nesse cenário, a disputa em torno da política de álcool e outras drogas torna-se decisiva. A expansão das comunidades terapêuticas, com financiamento público e sem compromisso com a redução de danos e o cuidado em liberdade, representa ameaça real à coerência do modelo psicossocial. Sob novas roupagens, reaparecem lógicas de segregação, abstinência compulsória, tutela moral e confinamento. Defender a reforma significa defender também uma política de drogas baseada em evidências, direitos humanos, liberdade e responsabilidade pública.

A atenção básica também precisa voltar ao centro do debate. A ampliação do apoio matricial em saúde mental foi uma das estratégias mais promissoras para democratizar o acesso ao cuidado psicossocial, acolhendo sofrimentos de menor intensidade, próximos à vida das pessoas e evitando que todo sofrimento fosse encaminhado automaticamente para serviços especializados. O enfraquecimento das equipes multiprofissionais na atenção básica e a desidratação do apoio matricial comprometem tanto o acesso quanto a longitudinalidade do cuidado. Reconstruir essa integração é tarefa prioritária.

Avaliar para defender

Outro ponto decisivo é a ausência de uma cultura avaliativa consistente. A reforma brasileira, em muitos contextos, não desenvolveu mecanismos sólidos de autoavaliação, nem se deixou avaliar externamente de forma suficiente. Avaliar passou muitas vezes a ser percebido como gesto de desconfiança, ameaça de retrocesso ou concessão aos adversários da reforma.

Mas nenhum processo clínico, institucional ou histórico pode evoluir sem avaliação. A reforma não deveria temê-la; deveria exigi-la. Avaliar não é trair a reforma, mas levá-la a sério. É reconhecer que seus princípios são importantes demais para serem deixados à autodeclaração.

Essa avaliação precisa ocorrer em dois planos inseparáveis. O primeiro é clínico. Todo projeto terapêutico singular (PTS) deve ser provisório, situado, revisável e sensível às transformações do sujeito, de sua família, de seu território, de sua crise e de sua relação com o cuidado. Um PTS que não é reavaliado deixa de ser projeto e passa a ser formulário. Deixa de ser terapêutico e passa a ser rotina. Deixa de ser singular e passa a ser fórmula.

O segundo plano é institucional. É preciso avaliar que rede foi efetivamente construída, que funções ela cumpre, que lacunas preserva, que sofrimentos produz, que populações abandona, que formas de cuidado sustenta e que modalidades de reinstitucionalização reproduz sob novos nomes. É preciso avaliar a implantação de leitos em hospitais gerais, a suficiência e qualidade dos serviços residenciais terapêuticos, o uso real dos acolhimentos noturnos, a frequência da porta giratória, a continuidade do cuidado, a participação de usuários e familiares, a formação das equipes, a presença ou ausência de psiquiatras, a articulação com a atenção básica, a assistência social, as emergências e os hospitais gerais.

Há muita produção normativa, militante e comemorativa, mas pouca avaliação longitudinal, comparativa e independente sobre o funcionamento concreto da rede. Sabe-se pouco, de modo sistemático, sobre o que acontece com os usuários ao longo do tempo; sobre a efetividade dos projetos terapêuticos; sobre a qualidade do cuidado nos diferentes dispositivos; sobre os efeitos da insuficiência de retaguarda; sobre as formas de circulação institucional; sobre a experiência das famílias; sobre a sobrecarga das equipes; sobre os desfechos clínicos, sociais e existenciais produzidos pela rede.

Uma reforma que não se avalia corre o risco de transformar suas certezas em dogmas. E dogmas, no campo da saúde mental, são sempre perigosos. Avaliar é proteger a reforma de sua redução a palavra de ordem, de sua captura administrativa, de sua instrumentalização corporativa e de sua fossilização ideológica. Uma reforma viva precisa de indicadores, mas não pode ser reduzida a eles; precisa de avaliação externa, mas não pode ser governada apenas por

métricas; precisa de pesquisa, mas não pode perder sua dimensão clínica; precisa de crítica, mas não pode confundir crítica com ataque.

Avaliar é criar condições para que a reforma continue sendo prática transformadora, e não apenas memória de si mesma.

Memória não é mitologia

A reforma brasileira também se isolou progressivamente do debate internacional. A experiência italiana, que foi uma referência simbólica fundamental, permaneceu muitas vezes como mito de origem, mas deixou de funcionar como interlocutora viva. Falou-se muito da Itália como inspiração e legitimação histórica, mas pouco se acompanhou do que aconteceu depois. De suas dificuldades, variações regionais, insuficiências de leitos aguda, expansão de estruturas residenciais, problemas de qualidade, tensões entre setor público e privado, sobrecarga das famílias e esforços de avaliação.

Grande parte do que se produziu sobre a história da reforma tem tom celebratório, militante e pouco analítico. A reforma costuma ser narrada como epopeia moral, em que se tem de um lado, manicômio, violência e atraso; de outro, liberdade, território, direitos e cidadania. Essa narrativa teve força política e cumpriu papel importante na construção de uma memória coletiva da luta antimanicomial. Mas, quando se transforma em matriz historiográfica dominante, impede a compreensão dos conflitos internos, das disputas profissionais, das inflexões regionais, das zonas de silêncio e dos efeitos não pretendidos.

+ Franco Basaglia: patrimônio da humanidade?

A reforma precisa de memória, mas não de mitologia. A memória preserva a experiência, honra as lutas, reconhece a violência combatida e transmite às novas gerações o sentido político da transformação. A mitologia, ao contrário, fixa personagens, lugares e palavras de ordem em uma narrativa imune à contradição. Uma reforma viva precisa poder contar sua história de outro modo. Não como marcha linear do manicômio à liberdade, mas como processo contraditório, situado, regionalmente desigual, atravessado por disputas institucionais, interesses profissionais, insuficiências materiais, impasses clínicos e efeitos imprevistos.

Por isso, a defesa da reforma não pode ser apenas comemorativa. O 18 de maio é uma data fundamental da luta antimanicomial, mas corre o risco de se converter em ritual cívico da própria reforma e como momento de reafirmação identitária e repetição de palavras de ordem, sem interrogação efetiva sobre seus impasses atuais.

Uma agenda mínima de sobrevivência

Preservar a reforma exige reconstruir condições materiais, clínicas e institucionais que sustentem o cuidado em liberdade. A rede territorial não pode funcionar como solução de baixo custo para populações pobres e vulneráveis. Uma agenda mínima de sobrevivência da reforma deveria incluir a implantação efetiva de leitos em hospitais gerais para crises agudas, com curta duração e integração à rede; a expansão qualificada dos serviços residenciais terapêuticos; a proteção da especificidade dos CAPS-III e do acolhimento noturno; a revalorização da construção clínica do caso; a formação permanente das equipes; e a avaliação regular dos projetos terapêuticos e da rede como um todo.

No horizonte do SUS, essa agenda se articula a exigências mais amplas como a recomposição do financiamento federal em saúde mental; a revisão das políticas de gestão do trabalho em saúde pública; o fortalecimento da atenção básica como ordenadora do cuidado territorial; a responsabilização e pactuação dos entes federados; a articulação entre RAPS, assistência social, habitação e políticas intersetoriais; a defesa de uma política de álcool e outras drogas fundada na redução de danos e nos direitos humanos; e a resistência à expansão de modelos asilares privados ou religiosos financiados com recursos públicos.

Essa agenda exige também restituir densidade ao debate público. A crítica não deve ser sequestrada pela polarização entre defesa abstrata da reforma e nostalgia hospitalocêntrica. A pergunta fundamental é de outra ordem e busca avaliar que dispositivos, equipes, leitos, moradias, práticas e responsabilidades são necessários para que o cuidado em liberdade não se converta em abandono, tutela administrativa ou circulação interminável entre níveis de atenção?

Defender criticamente a reforma

A reforma psiquiátrica brasileira produziu conquistas inegáveis. Afirmou direitos, denunciou violências, criou serviços, ampliou acesso, deslocou práticas e abriu espaços de cuidado antes inexistentes. É também, e por isso mesmo, um processo aberto.

No contexto do SUS, a sobrevivência da reforma psiquiátrica depende da capacidade de articular o particular e o universal, onde o cuidado singular de cada pessoa em sofrimento e a política pública capaz de garantir, a todos, condições reais de acesso, continuidade e qualidade se encontrem. Isso exige fidelidade aos princípios fundadores da Reforma Sanitária – universalidade, integralidade, equidade e participação social – e coragem de avaliar, criticar e reinventar práticas e dispositivos que se tornaram insuficientes.

Defender a reforma hoje exige protegê-la de seus adversários externos, mas também de sua redução a uma retórica sem prática, a uma instituição sem clínica e a uma gestão sem sujeito. Isso significa recusar a idealização dos dispositivos, a

repetição de palavras de ordem, a desqualificação automática de tudo o que não se reconhece sob o signo do CAPS e a polarização simplista entre “antimanicomiais” e “hospitalocêntricos”.

A reforma psiquiátrica só existe onde a clínica permanece viva. Não qualquer clínica, mas uma clínica profissionalmente qualificada, capaz de articular direitos e responsabilidade, liberdade e cuidado intensivo, território e retaguarda, equipe e construção de caso, singularidade e política pública. Uma clínica sustentada por escuta, vínculo e compromisso ético, mas também por formação rigorosa e competência técnica. Sem essa clínica, os dispositivos permanecem, os textos permanecem, o vocabulário permanece, mas a reforma se esvazia por dentro.

O desafio não é escolher entre defender a reforma ou criticá-la. É compreender que, hoje, só será possível defendê-la criticamente.

Talvez seja este o principal desafio, não apenas proteger a reforma brasileira de ataques explícitos, mas permitir que ela própria, e o SUS como um todo, tenham a coragem de se olhar no espelho, para reconstruir, reavaliar e sustentar práticas reais de cuidado em liberdade.

Outras Palavras é feito por muitas mãos. Se você valoriza nossa produção, seja nosso apoiador e fortaleça o jornalismo crítico: ***apoia.se/outraspalavras***

TAGS

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, AUTORES CONVIDADOS, CAPA-OP, CAPA-SAUDE, REFORMA PSIQUIÁTRICA, REFORMA SANITÁRIA, SAUDE MENTAL

FERNANDO RAMOS

Médico psiquiatra e ex-diretor do Instituto Philippe Pinel.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Médico sanitarista, pesquisador da Fiocruz, membro da Academia Nacional de Medicina e político luso-brasileiro. Foi, durante os anos 1970 e 80 um importante militante da reforma sanitária, que posteriormente se consolidou na criação do SUS. Temporão foi ministro da Saúde entre 2007 e 2011, tendo uma passagem especialmente marcante pelo êxito no combate ao H1N1, pelas inúmeras campanhas vacinais de adesão nacional como a campanha contra a Rubéola, que bateu recordes históricos de vacinação, e pela primeira quebra de patentes da história do MS.

LEIA TAMBÉM: