



**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Reconhecido pelo Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016  
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Thais Raianny Lima Silva

**AS RECENTES REFORMULAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL:  
direitos violados?**

Palmas –TO  
2020

Thais Raianny Lima Silva

AS RECENTES REFORMULAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL:  
direitos violados?

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. M.e Lauriane dos Santos Moreira.

Palmas – TO  
2020

Thais Raianny Lima Silva

AS RECENTES REFORMULAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL:  
direitos violados?

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. M.e. Lauriane dos Santos Moreira.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. M.e Lauriane dos Santos Moreira.

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof.a M.e. Izabela Almeida Querido

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof.a M.e. Thais Moura Monteiro

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2020

Dedico este trabalho a milhares de pessoas que tiveram seus direitos violados dentro de um modelo de atenção asilar, a todos aqueles que pagaram com suas vidas por não serem compreendidos.

Aos profissionais que com o seu trabalho, lutaram ou lutam pela construção de Políticas Públicas de Saúde Mental que respeite a condição humana. A todos aqueles que contribuíram ou contribuem para uma sociedade mais justa e igualitária.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo aos meus queridos pais, Rozimar Araújo Lima da Silva e Gildeone Pereira da Silva, por sempre me incentivar, mesmo nos momentos mais difíceis não mediram esforços para que eu realizasse esse sonho. Apenas me resta agradecer, pois nunca conseguirei recompensar a altura por toda dedicação que tem para comigo.

Agradeço aos meus avós, principalmente a minha vó Ermantina, que sempre esteve ao meu lado me apoiando, que tanto se esforçou para arrecadar a quantia da minha matrícula nessa graduação. Nunca me esquecerei do que fez para que eu estivesse aqui hoje.

A esta instituição de ensino que me proporcionou tantos momentos agradáveis.

Agradeço grandemente a minha orientadora, Lauriane dos Santos Moreira, pelo seu tempo dedicado a este trabalho, pelas suas correções, sugestões, conselhos e incentivo, não somente na construção dessa pesquisa, como também pelos seus ensinamentos ao longo de cinco anos de graduação. Sem seu olhar acolhedor, empático e sincero esse trabalho seria apenas um emaranhado de palavras sem sentido e eu apenas mais uma graduanda que não vê relevância na Psicologia Social Comunitária. Obrigada por me inspirar e por ser simplesmente você.

Aos meus queridos professores que tive durante a vida escolar, que me ensinaram lições que não somente estavam nos livros. Agradeço aos professores da graduação, Ana Letícia Covre Odorizzi, Caroline Santin Cotica, Cristina D'Ornellas Filipakis Souza, Fabiana Curado, Fabiano Fagundes, Gabriela Ortega Coelho Thomazi, Heitor Dantas, Heloíse Acco Leão, Hudson Eygo Mota, Iran Johnathan Silva Oliveira, Irenides Teixeira, Liliane, Marta Lúcio Adorno, Mayra Dias Tavares, Nara Wanda Hernandez, Pierre Soares Brandão, Renata Alves Bandeira, Rodrigo Barbosa Silva, Rosângela Veloso de Freitas Morbeck, Ruth do Prado Cabral, Sonielson Luciano de Sousa, Valquíria de Maranhão. Por compartilharem seus conhecimentos, pela paciência, dedicação e pelos ensinamentos que levo para a vida.

Meu muito obrigada em especial para as professoras Ana Beatriz Dupré Silva, Izabela Almeida Querido, Muriel Correa Neves Rodrigues e Thaís Moura Monteiro, por me inspirarem todos os dias.

Agradeço aos meus tios, Alexandro Araújo, Antônio Araújo, Cleidon Araújo, Deijacy Lima e Ires Araújo, por ter me acolhido, me dando todo o suporte necessário para que eu me dedicasse ao estudo superior. Agradeço também às minhas tias e primos, Alexandra Abreu, Artemes Gomes, Deydson Araújo, Érika Araújo, Gildete Silva, Leila Araújo, Lidiane Araújo e Rosimeire Araújo, por todo carinho que me foi dado, que nos momentos de minha ausência

dedicados a graduação me fizeram compreender que o futuro se faz com base na incessante dedicação ao presente.

Meus agradecimentos aos meus amigos, companheiros de trabalho e colegas de curso, Ângela Vitória, Ana Patrícia Auriema, Karla Roberta, Anny Paiva, Bruna Machado, Dayane Tassi, Fabíola Valadares, Jéssica Neres, Isabela Bosque, Lara Cristina, Pedro Brito, que fizeram parte da minha formação e que carregou comigo para todo sempre. Agradeço em especial a minha melhor amiga Thayza Noletto, que esteve presente em todos os meus momentos de dificuldade, me estendendo um ombro amigo. Meu muito obrigada a cada risada que compartilhamos juntos, que mesmo eu querendo desistir de tudo, pude contar com cada um de vocês para deixar meus dias mais leve. Acredito que ser amigo é isto, ser parceiro, confidente, relevar o erro, mas dá a direção para o caminho certo, é o amor em sua forma mais rara.

O meu muito obrigada a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para com a minha formação!

Eis, portanto, a loucura devolvida a uma espécie de solidão: não a solidão ruidosa e de certo modo gloriosa que lhe foi possível conhecer até a Renascença, mas outra solidão, estranhamente silenciosa; uma solidão que aos poucos a isola da comunidade confusa das casas de internamento e a cerca com uma espécie de zona neutra e vazia (FOUCAULT, 1972, p. 459).

## RESUMO

SILVA, Thais Raianny Lima. **As recentes reformulações na Política de Saúde Mental no Brasil: direitos violados?** 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2020.

O presente trabalho aborda o processo de construção das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil, tendo por objetivo verificar, a partir de análise bibliográfica de artigos, teses e monografias disponíveis nas bases de dados *online*, além de livros disponíveis na biblioteca da ULBRA, a influência do modelo manicomial no atual cenário da saúde mental dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Nota Técnica MS N. 11/2019 e a Lei 13.840/2019 como documentos norteadores. Nesse sentido, esta pesquisa se preocupou em apresentar uma visão histórica desde o nascimento da psiquiatria até as propostas de reforma psiquiátrica e críticas ao modelo de psiquiatria asilar sobre a eficácia do modelo médico clássico, que trata a saúde mental apenas do ponto de vista biológico. Discute-se que esse modelo asilar desconsidera os aspectos psíquicos e sociais do contexto do sujeito para as causas e determinantes do estado de saúde, culminando a criação de movimentos a favor de um modelo de saúde mental humanitário, preventivo, terapêutico, extra-hospitalar e comunitário, que disponibilizasse ao usuário um tratamento que favorecesse a sua recuperação pelo olhar biopsicossocial, sem violar seus direitos. Para tanto, foram delimitados os marcos históricos e metodológicos do processo que resultou na reforma psiquiátrica brasileira, relacionando desta forma com as atuais Políticas de Saúde Mental implantadas em 2019, nomeada de “Nova Saúde Mental”, que apesar da nomenclatura apresenta evidências de um possível retrocesso à lógica manicomial.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas de Saúde Mental. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Antimanicomial.

## ABSTRATC

SILVA, Thais Raianny Lima Silva. **Recent reformulations in Mental Health Policy in Brazil: rights violated?** 54 f. Course Conclusion Paper (Undergraduate) - Psychology Course, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas / TO, 2020.

The present work approaches the process of construction of Public Mental Health Policies in Brazil, aiming to verify from bibliographic analysis, through articles, theses, monographs available in online databases, as well as books available at the Ulbra library, on the influence of the asylum model in the current scenario of mental health within National Health Service, having the Technical Note MS N. 11/2019 and Law 13.840 / 2019 as guiding documents. In this sense, this research was concerned with presenting a view of historical from the birth of psychiatry to the proposals of psychiatric reform and criticism of the asylum psychiatry model on the effectiveness of the classical medical model, which treats mental health only from the biological point of view. It is argued that this asylum model disregards the psychic and social aspects of the subject's context in relation to the causes and determinants of health status, culminating in the creation of movements in favor of a linked humanitarian, preventive, therapeutic, extrahospital mental health model and linked to the community, who offer users treatment that favors recovery through biopsychosocial eyes without violating their rights. To this end, the historical and methodological milestones of the process that resulted in the Brazilian psychiatric reform were delimited, thus relating to the current Mental Health Policies implemented in 2019, named "New Mental Health", which despite the nomenclature presents evidence of a possible regression to asylum logic.

**Key words:** Public Mental Health Policies. Mental health. Psychiatric Reform. Anti-asylum.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- CAPS – Rede de Atenção Psicossocial
- CAPS I – Rede de Atenção Psicossocial I
- CAPS II – Rede de Atenção Psicossocial II
- CAPS III – Rede de Atenção Psicossocial III
- CAPS AD – Rede de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
- CAPS AD III – Rede de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III
- CAPS AD IV – Rede de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas IV
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- CNDH – Conselho Nacional de Direitos Humanos
- I CNSM – I Conferência Nacional de Saúde Mental
- II CNSM – II Conferência Nacional de Saúde Mental
- III CNSM – III Conferência Nacional de Saúde Mental
- DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública
- DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
- ECT – Eletroconvulsoterapia
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- MES – Ministério da Educação e Saúde
- MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública
- MS – Ministério da Saúde
- MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NASP – Núcleo de Atenção Psicossocial
- RASP – Rede de Atenção Psicossocial
- REME – Movimento de Renovação Média
- SESP – Serviço Especializado em Saúde Pública
- SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
- SNPCT - Sistema Nacional de Prevenção e Combate a Tortura
- SRT – Serviço Residência Terapêutica
- SUAS – Sistema Único de Assistência Social
- SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde

- UAs – Unidades de Acolhimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1 DA LÓGICA DO CUIDADO MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>17</b>
<b>2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL A PARTIR DO SUS.</b>	<b>25</b>
<b>3 O POSSÍVEL REGRESSO DA LÓGICA MANICOMIAL.....</b>	<b>35</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>

## INTRODUÇÃO

As políticas públicas de Saúde Mental vigentes no Brasil foram sendo construídas ao longo de mais de três décadas. Em seu processo histórico, os cuidados destinados à saúde mental da população foram sendo formulados pouco a pouco, de acordo com a evolução histórica e as necessidades da população, de modo que o respeito a condição humana fosse o fator primordial para se ter saúde.

No princípio, as pessoas com transtornos mentais eram vistas como loucas, assim como relatam Millani e Valente (2008), que a loucura era um fenômeno tido como sobrenatural, motivada por deuses e demônios. Foucault em sua obra clássica “História da Loucura” de 1972, relata que a loucura era um problema acerca do qual a sociedade escondia ou até mesmo eliminava das ruas de suas cidades, sendo escoreçados, entregues a barqueiros que davam um destino incerto para essas pessoas.

Os tratamentos destinados às pessoas em sofrimento mental sofreram muitas alterações com o passar do tempo, sendo comum a restrição de sua liberdade em hospitais psiquiátricos, modelo este que predominou no Brasil até o final do século XX. Com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, que lutava em prol de melhorias nas políticas de assistência à saúde mental, o processo de reforma psiquiátrica começa a engatinhar. Tal movimento foi considerado o precursor da reforma psiquiátrica brasileira, desde então muito foi debatido e discutido em conferências de âmbito nacional em favor da construção da reforma psiquiátrica no país, envolvendo não apenas trabalhadores e equipe médica, como também usuários e familiares dos serviços públicos de assistência à saúde mental (AMARANTE, 1995).

Um dos marcos essenciais para o processo de reforma psiquiátrica brasileira foi a inserção da Lei 10.216/01, lei está que dispõe a respeito da proteção e dos direitos das pessoas em sofrimento decorrente de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Tal legislação ficou popularmente conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que imprime o marco histórico pela luta de reformulações no sistema público de saúde mental, que estabelece o respeito à dignidade humana das pessoas em sofrimento mental através da implantação de uma rede de cuidados territoriais que substituísse a legislação anterior, que excluía a pessoa em sofrimento mental do convívio social.

Antes da implantação da Lei 10.216/01, era comum a internação involuntária de pessoas em sofrimento mental em manicômios, assunto sobre o qual Amarante (1995) explica que os hospitais psiquiátricos eram comparados aos campos de concentração na Europa na Segunda Guerra Mundial, onde o modelo de tratamento asilar psiquiátrico não exercia sua finalidade de

recuperar as pessoas em sofrimento mental, pelo contrário, era o responsável pelo seu agravamento. A jornalista Daniela Arber denuncia em seu livro “Holocausto Brasileiro” (2013), histórias de maus-tratos a pacientes do hospital psiquiátrico Colônia em Barbacena, em Minas Gerais, em que os internos comiam ratos e bebiam esgoto para sobreviver, dormiam em capim e vestiam trapos, isso quando tinha trapos para vestir, em sua maioria ficavam nus em meio ao frio intenso da Serra da Mantiqueira, espancados e violados, uns até a morte. A história dos hospitais psiquiátricos e as atrocidades cometidas em seu interior representam a omissão coletiva que fez e faz tantas vítimas no Brasil.

Em 2019, o Governo Federal Brasileiro propôs mudanças na legislação em saúde mental alterando a Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, especialmente por meio da Nota Técnica MS N. 11/2019 e da Lei 13. 840/19. A Nota Técnica MS N. 11/2019 autoriza a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas dentro da Rede de Atenção Psicossocial conhecida como RAPS, e o financiamento pelo Ministério da Saúde para a compra de máquinas de eletroconvulsoterapia. Também inclui a possibilidade de internação de criança e adolescentes e abstinência do uso de drogas como alternativa para a desintoxicação (BRASIL, 2019).

Já a Lei 13.840/19 altera a Lei antidrogas 11.343/06. Nela está descrita a possibilidade de internação involuntária de usuários de drogas mediante laudo médico, sendo que a família ou o responsável legal poderão pedir a interrupção do tratamento a qualquer momento (BRASIL, 2019).

No final de 2018, o Ministério da Saúde suspendeu aproximadamente R\$78 bilhões destinados para a saúde mental. Os recursos seriam para 319 unidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidade de acolhimento, serviços de residências terapêuticas e leitos em hospitais gerais. Para 2019 estava previsto um orçamento de R\$1,6 bilhões, o que corresponde apenas 1,5% do orçamento total para o mesmo ano (BIDERMAN, 2019). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2019), o Brasil registra a maior taxa de incapacidade ocasionada por depressão e ansiedade. Podemos concluir que o teto orçamentário está muito abaixo para abarcar o número crescente de pessoas acometidas por algum transtorno mental.

Escrever sobre as mudanças da Política de Saúde Mental no Brasil ocorridas a partir de 2019 é falar sobre retrocesso. No passado as pessoas ditas loucas eram tratadas de forma desumana, perseguidas e torturadas no tempo da inquisição, internadas a força em manicômios entre os séculos XVIII e XX. Na cidade de Barbacena – MG, ocorreu o maior genocídio da história do Brasil cometido pelo próprio Estado, onde pelo menos 60 mil pessoas morreram no manicômio Colônia. Falar das consequências que essas mudanças trazem para a sociedade é

uma forma de atrair a atenção dos leitores a repensarem sobre formas humanitárias de tratar a pessoa em sofrimento psíquico.

É sobretudo dar ênfase a uma minoria esquecida pela sociedade e negligenciada pelo Estado. Destaca-se um trecho retirado do livro “Holocausto Brasileiro”, para que estudos como o que aqui se pretende sirvam para garantir que histórias como a do seu Cabo não se repitam, que a segregação e violação dos direitos humanos não sejam mais vistas com passividade.

Recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colocada à força entre os lábios, única maneira de garantir que não tivesse a língua cortada durante as descargas elétricas. O que acontecia após o choque Cabo não sabia. Perdia a consciência, quando o castigo lhe era aplicado (ARBEX, 2013. p. 35).

Vale aqui ressaltar o que está previsto na Constituição Federal de 1988, Art. 196 que aborda a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196). Com base no que foi dito, a Lei 10.216/01, que respalda a Política Nacional de Saúde Mental, tem por objetivo um modelo aberto de base comunitária, em que o usuário tem livre acesso a comunidade e ao convívio com os familiares (BRASIL, 2001).

Sobre as mudanças na Política de Saúde Mental o Conselho Federal de Psicologia – CFP (2019), publicou uma nota em seu *site* em que:

Manifesta repúdio à Nota Técnica Nº 11/2019 intitulada “Nova Saúde Mental”, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, na última segunda-feira (4). O teor do documento aponta um grande retrocesso nas conquistas estabelecidas com a Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216 de 2001), marco na luta antimanicomial ao estabelecer a importância do respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais no Brasil.

Considerando o cenário acima apresentado, surgem questionamentos importantes acerca das alterações na Política Nacional de Saúde Mental do Brasil, especialmente sobre a possibilidade de um retorno às práticas tidas como manicomiais. Se formulou, assim, o seguinte problema de pesquisa: De que maneira se dá a influência do modelo manicomial no atual cenário da saúde mental no Brasil frente às mudanças nas políticas públicas de saúde mental? Propôs-se, portanto, responder a essa questão, a partir de análise bibliográfica, tendo como foco a saúde mental praticada no Sistema Único de Saúde (SUS), norteado pela Nota Técnica MS N. 11/2019 e a Lei 13.840/2019, que permitem discutir um retroceder dos cuidados ao usuário às ideias manicomiais. Para tanto, os dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica, selecionando os principais marcos da história a respeito da Saúde Mental no Brasil e comparando-os com as orientações da Nota Técnica MS N. 11/2019 e da Lei 13.840/2019.

Então, foram realizadas buscas de artigos, teses e monografias nas bases de dados *online*, além de livros editados sobre o tema “Reforma Psiquiátrica” disponíveis na Biblioteca do CEULP/ULBRA e, especialmente, a Nota Técnica MS N. 11/2019 (disponibilizada no *site* do Ministério da Saúde) e a Lei 13.840/2019 (acessível no Portal da Legislação).

Assim, a proposta do estudo que se segue é levantar a história do cuidado oferecido no Brasil para pessoas em sofrimento mental durante o século XX e XXI; descrever a lógica manicomial e os movimentos sociais existentes no Brasil historicamente contrários àquela; apresentar a Política Nacional de Saúde Mental, que foi se desenvolvendo desde a criação do SUS e analisar a Nota Técnica MS N. 11/2019 e a Lei 13.840/2019, de modo a verificar aspectos que contribuem com a lógica manicomial. Para tal, foi descrito sobre a história do cuidado ofertado às pessoas em sofrimento mental, a partir dos principais marcos na atenção à saúde mental desde a antiguidade até os tempos atuais.

Alicerçado no que foi apresentado, a pesquisa mostra-se ser relevante para o campo social, pois diante das mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional Sobre Drogas, viu-se o surgimento de um processo de contrarreforma psiquiátrica. Esse cenário vai contra tudo que já foi preconizado e construído ao longo da história, negligenciando mais de três décadas de Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que pode levar a um possível retrocesso. Isso porque retoma a política de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, considerado a principal figura do modelo asilar de tratamento exercido práticas violentas e punitivas no passado.

A Nota Técnica MS N. 11/2019 e a Lei 13.840/2019, colocam em risco o modelo de saúde mental integrado, voltado para a prevenção e centralizado na participação ativa da comunidade, onde os serviços estão próximos a quem precisa de cuidados. Vertzman, Serpa Jr. e Cavalcante (1992, p. 21), na obra *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*, dizem que “muitos dos sintomas psíquicos que o paciente apresenta são na verdade reflexo do ambiente na qual este se encontra mergulhado”.

Considerando o exposto acima, para o campo acadêmico o presente trabalho promove a compreensão dos fenômenos sociais e coletivos no âmbito da saúde mental, enfatizando diversos teóricos que problematizam o tema. A psicologia forma profissionais que defendam os direitos humanos conforme descrito no Código de Ética do Profissional do Psicólogo, então temas como esse agregam sobremaneira para a formação na área.

Para o profissional que opta em atuar no campo da Psicologia Social Comunitária e da Psicologia da Saúde, podemos destacar as áreas de atuação nos diversos dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que priorizam sempre

pela qualidade de vida e pelo desenvolvimento das relações sociais e comunitárias, respaldados pelo princípio da equidade e justiça social, o que contribui para a construção de políticas públicas comprometidas com os direitos humanos.

Considerando a temática exposta, o presente estudo, portanto explorou a questão das políticas de saúde mental no cenário brasileiro, as quais têm passado por recentes reformulações, trazendo o questionamento sobre possíveis retrocessos em relação a garantia de direitos às pessoas em sofrimento psíquico.

## 1 DA LÓGICA DO CUIDADO MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA

Quando se fala em lógica manicomial logo se pensa em pacientes psiquiátricos enclausurados em manicômios. Entretanto, lógica manicomial vai além desta simples definição. Podemos acrescentar que a lógica manicomial é centrada num sistema de saúde puramente institucionalizante, ou seja, voltado para um modelo de atenção asilar, no qual os cuidados restrinjam-se ao modelo biomédico. A hospitalização e a medicalização costumam ser o centro dos cuidados. Conforme agrega Oliveira (2009, p. 54), a lógica manicomial

trata-se de uma série de posturas, olhares, maneiras de encarar o usuário dos serviços públicos ou privados de saúde mental, e que norteiam relações institucionais, interprofissionais e interpessoais. Estas relações se contextualizam num sistema que se caracteriza pela objetivação do sujeito, cuja identidade passa a ser atribuída a partir de sua categorização como doente mental. O termo lógica manicomial é utilizado por ser o manicômio o centro histórico de localização do paciente psiquiátrico e por ter se desenvolvido nestes ambientes a prática clínica que fundamenta o conhecimento psiquiátrico sobre a doença mental.

De outro lado, os defensores desse modelo afirmam que tal procedimento é para o bem do recluso e dos que os cercam, para solucionar problemas comportamentais tidos como incuráveis apresentados pelos usuários, mesmo que para tal seja necessário o uso de tratamentos agressivos, como a lógica higienista e manicomial, que busca por meio da ciência, métodos para prevenir e tratar as doenças mentais. Métodos esses que, no passado, incluíam intervenções e experimentos como cirurgias no encéfalo, inoculação de malária, indução de comas insulínicos, estimulação de convulsões, dentre outros, sem haver qualquer forma de preocupação sobre as sequelas ocasionadas pela utilização de tais intervenções (OLIVEIRA, 2009).

Portanto, a lógica manicomial é um modelo de cuidados, em que a reclusão social dos “loucos” garantia que eles não ficassem vagando pelas ruas, a mercê dos olhares da sociedade. Segundo Amarante (1995, p. 28), “o asilo psiquiátrico situava-se em um quadro de extrema precariedade, não cumprindo a função de recuperação dos doentes mentais. Paradoxalmente, passava a ser responsável pelo agravamento das doenças (...)”.

Essa lógica foi construída ao longo da história. Por exemplo, a seguir é relatado sobre como a loucura era vista na idade antiga.

A loucura como fenômeno é relatada, inicialmente, na Antiguidade grega e romana, junto a outras tantas doenças classificadas como práticas mitológicas, manifestações sobrenaturais motivadas por deuses e demônios. Nessa época, a loucura era identificada pela influência da ideologia religiosa e pela força dos preconceitos sagrados (MILLANI; VALENTE, 2008, p. 2).

Já na idade média, no período da Inquisição, a loucura era vista como manifesto do sobrenatural, ou mesmo que estas pessoas estavam possuídas por uma espécie de demônio. A

sociedade da época sentia medo e até mesmo ódio das pessoas “loucas”. Elas eram tachadas como deficientes e consideradas perigosas para a sociedade, cujo tratamento dado era desumano. Os “loucos” eram perseguidos, torturados e assassinados nas fogueiras ou eram afogados, recebendo o mesmo tratamento dos hereges, que eram vistos com “feiticeiros”, “bruxos”, uma verdadeira caças às bruxas (GOODWIN, 2005).

Conforme Foucault (1972), na alta idade média havia um grande número de pessoas com lepra (hoje conhecida como hanseníase), tendo hospitais destinados a cuidar apenas dos leprosos, chamados de leprosários. “Para um milhão e meio de habitantes no século XII, Inglaterra e Escócia tinham aberto, apenas os dois países, 220 leprosários” (FOUCAULT, 1972, p. 5).

Segundo Szasz (1978, *apud* MILLANI; VALENTE, 2008, p. 3), “no século XVII, com o declínio do poder da igreja e da interpretação religiosa do mundo, o complexo inquisidor-feiticeira desapareceu e, em seu lugar, surgiu o complexo alienista-insano mental”. Esse seria um novo modelo de tratar a loucura a partir da ideia da ruptura da identidade ou mesmo daquelas pessoas alheias a si mesmo, não sendo responsáveis pelos seus atos, perdendo dessa forma, a capacidade de raciocínio.

Nos séculos subseqüentes o número de leprosos caiu significativamente e os leprosários foram sendo desativados. Logo em seguida, as chamadas casas especiais ou casas de internação, destinadas a cuidar dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis, ocuparam o espaço dos leprosários. É curioso como o modelo de internação se repete (leprosários e casas especiais para doenças “venéreas”), sendo que desde a idade média os cuidados eram voltados para o isolamento, para a retirada do contexto social (FOUCAULT, 1972).

As casas de internação tinham como prática controlar os ociosos pelo método da correção, com intuito de proteger a sociedade de prováveis ataques. Todavia, tal prática estava vinculada a punição dos internos, tendo como finalidade manter a ordem e o equilíbrio no interior dessas instituições. As casas especiais não abrigavam apenas os portadores de doenças sexualmente transmissíveis, mas também os mendigos, bandidos, libidinosos, eclesiásticos que tivessem descumprido alguma regra, e os próprios loucos (OLIVEIRA, 2009).

Ainda conforme Foucault (1972), é no século XV que surge a ideia do louco. As pessoas ditas loucas eram escorraçadas das cidades e detidas pelas autoridades municipais, entregues a barqueiros, que os deixavam em cidades vizinhas ou nunca chegavam a lugar nenhum, essas embarcações eram chamadas de Nau dos Loucos, costume este frequente na Alemanha. Acredita-se que esse manejo era feito apenas com os estrangeiros, aceitando cuidar apenas dos seus habitantes que eram alojados e mantidos, mas sem receber tratamento adequado,

permanecendo a segregação. Esses lugares eram verdadeiras prisões, nas quais as pessoas não tinham direitos, sem possibilidade de fazer qualquer reivindicação em prol de um cuidado humanizado.

O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a representação da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o pouco, tido como perigoso e passível de perda de voz (AMARANTE, 1995. p. 44).

Como até hoje, o poder econômico determinava o tipo de tratamento que a pessoas em sofrimento mental iriam receber, os que detinham de status econômico elevado, eram tratados muitas vezes com compaixão pela sociedade local. Os pobres não recebiam tratamento e quando recebiam eram os piores tipos. Por exemplo, eles eram acorrentados em paredes, trancafiados em quartos ou em casas especiais onde ficavam por toda vida. Os loucos eram apenas depositados nesses lugares para ficarem longe dos olhares da comunidade (GOODWIN, 2005).

No segundo capítulo do livro clássico “História da Loucura”, Foucault (1972) sob o domínio do pensamento do filósofo Descartes, descreve “A Grande Internação” como um período da história marcado pelas prisões arbitrárias dos doentes mentais. Nesse sentido, a sociedade rompe com a ideia da loucura atrelada ao sobrenatural e passa a separar loucura de razão. Seu marco foi em 1656 com o decreto da fundação do hospital geral em Paris, destinado não mais somente aos loucos, como também aos pobres. Os hospitais tinham um caráter assistencial, pois cuidavam daqueles que a sociedade rejeitava ou mesmo que não tinha condições de cuidar, que ao longo do tempo foi perdendo sua finalidade.

No final do século XVIII e início do século XIX, a doença mental passou a ser vista do ponto biológico, suscetível a tratamento (medicalização da loucura). Isso se deve ao médico francês Phillipe Pinel, que baseou-se nas ideias de Tosquelles sobre a “terapêutica ativa”. Segundo Amarante (1995, p. 32), tal prática seria o “resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico”. Entendia-se que o hospital psiquiátrico tinha se afastado da sua finalidade primordial, que era de cura e tratamento das doenças mentais, pois ocorria um mau uso dos tratamentos destinados a esses pacientes, juntamente com uma má administração, o que por consequência tornou-se lugar de punição (AMARANTE, 1995).

Conforme Goodwin (2005), Pinel considerado o criador da Psiquiatria moderna, implantou reformas humanitárias nas instituições de tratamento mental em Paris. O programa cujo nome era Tratamento Moral, tinha o intuito de melhorar as condições de vida dos usuários, assim sendo, instituiu melhorias na higiene e nutrição dos pacientes. Em 1793 instituiu reformas no hospício masculino de Bicêtre, e em seguida no hospício feminino de Salpêtrière. Seu maior

feito foi remover as correntes dos pacientes, todavia tal feito tinha beneficiado apenas 15% dos internos, e que em grande parte dos casos as correntes foram apenas trocadas por outro tipo de “tratamento”. A base do conceito do Tratamento Moral era a recompensa e a punição, com o intuito de modificar os comportamentos dos pacientes.

Para o sistema terapêutico de Pinel, o confinamento e o isolamento do doente eram fundamentais e visavam, ao mesmo tempo, afastá-lo do seu ambiente costumeiro, oferecer medidas de segurança à sociedade e ao próprio alienado e melhor observá-lo, para melhor tratá-lo. Assim, a função do hospício de alienados seria oferecer um tratamento que reconduzisse à razão pela disciplina e por uma justa repressão, num ambiente calmo, regado e afastado dos tumultos e paixões da vida cotidiana, eles próprios vistos como causadores de certos tipos de loucura (ODA, 2004. p. 135).

Ainda segundo Goodwin (2005), na Inglaterra as reformas humanitárias eram lideradas por William Tuke. Tuke em 1792 fundou um novo modelo de instituição, o York Retreat, localizada na zona rural para camuflar o conceito de prisão e implantar a ideia de retiro. William Tuke seguia o mesmo princípio de Pinel, os pacientes que se comportavam bem recebiam maiores benefícios (tempo estendido de recreação, maior número de visitas e maior liberdade). Os que se comportavam mal, eram punidos (isolados e acorrentados as camas).

Tosquelles, assim como Pinel, “acreditava que com um hospital reformado, eficiente, dedicado à terapêutica, a cura da doença mental pode ser alcançada e o doente devolvido a sociedade” (AMARANTE, 1995. p. 32). Assim sendo, uma das formas de tratamento dado aos doentes mentais era por meio da sangria, tratamento esse criado por Rush. Acreditava-se que muitas das doenças eram ocasionadas por problemas de origem sanguínea. O tratamento consistia em retirar uma parte do sangue doente ou que estava em excesso, com isso se atingia a cura. O manejo funcionava para acalmar os pacientes mais agitados, provavelmente devido à perda de sangue que deixava o indivíduo fraco (GOODWIN, 2005).

Ainda neste sentido houve outras formas de tratamentos específicos, tais como: purgações, inoculação de sarna, aplicação de substâncias corrosiva na pele, administração de substâncias que provocasse o vomito, mesmerismo, entre tantas outras que não detinham o poder de cura. Entendia que a causa das doenças mentais era em decorrência de lesões no cérebro ou por outra causa de origem biológica, o que na realidade é um problema de ordem social que acarreta os comportamentos desadaptativos do sujeito com o ambiente (TILIO, 2007).

Tendo em vista as brechas deixadas pelos tratamentos citados acima, surge, em meados do século XX, a necessidade de transformar o cuidado às pessoas em sofrimento mental. Em 1959, Maxwell Jones, influenciado pelos trabalhos preliminares de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman consagra as bases da então Comunidade Terapêutica, com isso

lança uma série de reformas institucionais limitadas ao hospital psiquiátrico, as quais objetivavam reformular a dinâmica dos manicômios por meio de novas perspectivas e propostas higienistas, resgatando assim a função terapêutica do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

Segundo Desviat (2015), a Comunidade Terapêutica responsabiliza não só a equipe médica pelo tratamento dos doentes mentais, como também os pacientes. Existem vários modelos de Comunidade Terapêutica, cujos princípios se resumiam em participação ativa da equipe, familiares do paciente e dos próprios internos no que tange aos processos de tomadas de decisões administrativas; atividades em conjunto, tais como passeios e festas; liberdade para se expressarem; reuniões com a participação dos pacientes, equipe e familiares para discussão de demandas e ao rompimento do autoritarismo. Por intermédio dessas características específicas, se objetivou aproximar a comunidade e o hospital psiquiátrico.

Na França, na década de 40, com forte influência Psicanalista e Marxista, surgiu o movimento liderado pelo médico psiquiatra espanhol François Tosquelles, que consistiu em transformar o método de segregação do espaço asilar. Tosquelles objetivou alterar as características de tratamento dos manicômios, iniciando pelo hospital psiquiátrico de Saint-Alban em Lozère, tendo foco muito mais nos médicos do que nos próprios pacientes. Contudo, a Psiquiatria Institucional surgiu com o intuito de recuperar o modelo asilar de tratamento enquanto um espaço terapêutico, postulando que a instituição em seu conjunto é que deveria ser reformulada, ganhando destaque nos anos 50, passando a ser denominado de Psicoterapia Institucional (JORGE, 1997).

Após a segunda guerra civil da Espanha, Tosquelles foi refugiado na França, onde trabalhou no asilo rural de Saint-Alban, local em que reformulou os cuidados ofertados, tendo origem mais tarde a Psicoterapia Institucional. Vertzman, Serpa Jr. e Cavalcante (1992, p.18) postula que “a psicoterapia institucional busca a transformação do hospital psiquiátrico feita de dentro para fora”. Esse novo movimento liderado por Tosquelles não propunha o fim do hospital psiquiátrico, pois era relevante para alguns indivíduos em detrimento de suas psicoses.

O médico espanhol seguiu a linha de pensamento de que todos dentro de uma instituição, seja ela hospitalar ou carcerária, estão adoecidos. Dessauant (1971 *apud* DESVIAL, 2015, p. 30), diz que “não são os muros do hospital que fazem dele um manicômio. São as pessoas: os que prestam cuidados e os enfermos que vivem nele”. Por fim, a terapia deveria englobar tanto as instituições como a equipe e os pacientes, ou seja, ajustar todo o conjunto da instituição. Oury (1976, p. 250 *apud* VERTZMAN; SERPA JR.; CAVALCANTI, 1992, p. 23) conceitua

que “sob um aspecto, a psicoterapia institucional pode ser considerada como a elaboração das condições necessárias para trabalhar”. Ou seja, modificar o ambiente para melhor tratar.

Ainda sobre a lógica de Oury (1976, *apud* VERTZMAN; SERPA JR.; CAVALCANTI, 1992), a psicoterapia institucional permite a criação de campos transferenciais múltiplos, para tanto são necessários ter condições mínimas para a criação dos campos transferenciais, dando ao paciente sobretudo a possibilidade de escolha. Vertzman, Serpa Jr. e Cavalcante (1992) nomeiam quatro condições mínimas, os chamados “axiomas de base”, são elas: liberdade de circulação; lugares estruturados concretos, como os ateliês e serviços; contratos facilmente revisados de entrada e saída; um acolhimento permanente dispondo de grades simbólicas e de mediações. A comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional construíram juntas as bases para a reforma dos manicômios.

Em um segundo momento, também na França, a Psicoterapia Institucional foi o ponto de partida para a implantação da política de setor, inspirado nas ideias de Bonnafé, o hospital psiquiátrico foi dividido em zonas. Cada zona representava um território da comunidade que assim contribuía para manter a cultura de cada região. Houve, desse modo, uma maior manutenção do tratamento após a saída do hospital, o que era uma nova forma de reorganizar os serviços psiquiátricos (JORGE, 1997).

Dessa forma, a setorização foi um movimento entre os anos de 1945 e 1947, que permitia organizar a estrutura dos serviços de psiquiatria em serviços públicos de apoio e tratamento, ou seja, o paciente recebe assistência em seu próprio meio social, o que por si só já é um fator terapêutico de extrema relevância. Sendo implantadas diversas instituições compostas por uma equipe contendo psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, responsáveis por oferecer tratamento psiquiátrico de prevenção e supervisão a pacientes em seu espaço territorial antes e depois de uma internação. Entretanto, tal medida não alcançou os fins desejados, pois não conseguiu transformar o domínio da psiquiatria habitual (AMARANTE, 1995).

Na perspectiva de Rotelli (1994 *apud* AMARANTE, 1995, p. 36),

a experiência francesa de setor não apenas não pôde ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psiquiátricas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos ‘normais’ e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura.

Conforme Amarante (2007) anos mais tarde nos Estados Unidos da América, na década de 1960, foi implantada a Psiquiatria Preventiva como estratégia dos programas de saúde. Nesse período da história os EUA apresentavam um cenário de crise social, política e econômica. A

Psiquiatria Preventiva ou Psiquiatria Comunitária foi definida por Geraldo Caplan, que dividiu seu trabalho em:

Prevenção primária, intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio; Prevenção secundária, intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental; Prevenção terciária, que se defini pela busca da readaptação do paciente à vida social, após sua melhoria (2007, p. 49).

Caplan objetivava com tal estratégia a prevenção do adoecimento psíquico como meio de evita-lo, assim partiu da crença de que os transtornos mentais podem ser prevenidos se identificados precocemente. Uma pessoa suspeita de ter um transtorno mental teria que ser direcionada a um psiquiatra para realizar uma investigação diagnóstica (AMARANTE, 1995).

Já na Itália, em 1961 a 1968, Franco Basaglia instala um projeto no hospital psiquiátrico Provisório de Gorizia, denominado Comunidade Terapêutica. Nascida na Inglaterra, a Comunidade Terapêutica objetivava a prevenção do adoecimento mental, pois acreditava-se que se a doença mental fosse identificada em seu estágio inicial, seria então possível evitar o surgimento ou o agravamento do desenvolvimento da doença. Com esse intuito, foi criada uma rede de serviços comunitária no território, voltando assim a atenção para aquele que vive em situação de crise (AMARANTE, 1995).

A Comunidade Terapêutica enfatizava a saúde mental, a prevenção da doença, a coletividade, as equipes comunitárias, a comunidade e a unidade biopsicossocial (HEIDRICH, 2007). Amarante (2003 *apud* HEIDRICH, 2007, p. 39) “define o modelo de Comunidade Terapêutica como sendo um processo de reformas institucionais predominantemente restritas ao espaço do hospital psiquiátrico, marcado por medidas administrativas e técnicas que enfatizam aspectos democráticos, participativos e coletivos”.

Tendo como base a Comunidade Terapêutica, emerge o movimento Antipsiquiatria. Esse movimento procurava denunciar as formas de cuidados psiquiátricos da época, sendo liderado pelos psiquiatras Ronald Laing, David Cooper e Aaran Esterson. O método de tratamento da Antipsiquiatria buscava valorizar a análise do discurso do sujeito, não tendo tratamentos de origem química ou física na sua ideologia (AMARANTE, 1995).

A Antipsiquiatria saiu em defesa das pessoas vítimas das atrocidades exercidas pelas práticas do saber médico-psiquiátrico. Ela negava a psiquiatria habitual da época, seu foco era possibilitar formas alternativas de tratamento para aqueles que se encontravam em sofrimento mental, isto é, o movimento objetivava a recuperação do sujeito em sofrimento psíquico, liberdade e autonomia dos pacientes, e a introdução da ‘Medicina Alternativa’. Acreditava-se que não existia doença mental, que era apenas um rótulo que limitava as pessoas. Nesse sentido

a antipsiquiatria propagava o fim dos hospitais psiquiátricos, argumentando que as práticas de saúde mental vigentes pautavam-se no uso de violência e pela inexistência de direitos humanos. Dessa forma, surge um novo modelo de Comunidade Terapêutica, que procurava afastar do contexto médico a compreensão e tratamento das doenças psíquicas (OLIVEIRA, 2011).

Amarante (1995) relata críticas acirradas feitas pelo movimento a respeito das ações dos psiquiatras, como a aplicação inapropriada de conceitos, técnicas e instrumentos médicos; o tratamento contra a vontade do paciente e o isolamento do indivíduo do meio social. Oliveira (2011) acrescenta que o ser humano não vive isoladamente, mas sim através dos relacionamentos que mantem nos diferentes contextos sociais aos quais pertence, ou seja, o ser humano se desenvolve dentro da cultura em que está inserido. Todorov (2012, p. 06) diz que “o comportamento não pode ser entendido isoladamente do contexto em que ocorre”.

Apesar das críticas sobre a estrutura asilar instituída por Pinel em relação ao “Tratamento Moral”, somente após a segunda guerra mundial, diante das inúmeras queixas, o movimento de reestruturação da estrutura manicomial foi iniciado a partir dos trabalhos de Basaglia, nos anos 60 na Itália. Segundo Basaglia (1979, p. 57 *apud* AMARANTE, 1995, p. 46) a “psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença”. Assim sendo, a Psiquiatria Democrática Italiana objetivou a desinstalação gradual dos manicômios, substituindo por novas formas de lidar com a doença mental baseada em serviços abertos a comunidade (HEIDRICH, 2007).

Na perspectiva de Amarante (1995), Basaglia começou seu trabalho de humanização no manicômio de Gorizia, trabalho esse que vai além dos muros da estrutura asilar. Em 1971 inicia o desenvolvimento de desinstitucionalização do modelo manicomial em Trieste, com a construção de centros de saúde mental que funcionavam todos os dias da semana, 24 horas. Mais tarde, em 1978 foi implantada a Lei 180 ou Lei da Reforma Psiquiatria Italiana, conhecida popularmente como Lei Basaglia. Dito isso “o movimento Psiquiatria Democrática que, muitas vezes, é confundido com a própria tradição teórica de Franco Basaglia é, na verdade, um movimento político constituído, a partir de 1973, com o objetivo de construção basagliana, em todo o território italiano” (AMARANTE, 1995, p. 50).

Diante do cenário discutido ao longo desse capítulo, tanto a Psicoterapia Institucional e a Política de Setor francesa quanto o movimento Antipsiquiatria surgido na Itália exerceram grande influência não só na Europa, como também na América-Latina, em especial no Brasil. As mobilizações sociais e políticas desses movimentos deram as bases para a desinstitucionalização do modelo manicomial de tratamento, contribuindo de forma ativa para a reforma psiquiátrica brasileira.

## **2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL A PARTIR DO SUS**

A saúde pública brasileira começa a ser moldada com a chegada da família real portuguesa, entretanto, o império não conseguiu solucionar os graves problemas de saúde coletiva. Os médicos eram escassos e os poucos que aqui havia eram todos estrangeiros, muitos recusavam-se a ser transferidos para o Brasil devido ao baixo salário e os desafios que enfrentavam para exercer a profissão em meio a extrema pobreza. Além disso a população apresentava resistência ao tratamento à base de purgantes e sangrias, levando assim o enfraquecimento ou até mesmo a morte dos mais fracos. Nessa época o Brasil não detinha de um modelo de atenção à saúde, pois não havia interesse de Portugal em criar um sistema de saúde (FILHO, 1996).

Ainda sobre a perspectiva de Filho (1996), devido à ausência de serviços de saúde eficazes no século XIX, muitas pessoas vinham a óbito, e a única forma de conter as epidemias era isolar os enfermos do restante da população. As ações sanitárias limitavam-se em isolar os doentes, vacinas antivariólicas em tempos de epidemias, controle da entrada de escravos e a destruição do lixo. Visto a insuficiência dessas medidas sanitaristas, a população buscava por conta própria meios para combater as doenças, recorrendo aos curandeiros, isto é, enquanto os pobres eram tratados por curandeiros, os nobres buscavam tratamento em clínicas particulares na região serrana do Rio de Janeiro ou iam buscar tratamento na Europa. A falta de higiene nos poucos hospitais existentes e nas Santas Casas fazia com que as famílias evitassem internar seus familiares doentes, devido ao elevado índice de mortalidade.

As Santas Casas eram estruturas filantrópicas criadas por religiosos, se detinham a prestar assistência médica para a população que não tinha poder aquisitivo, seu objetivo era socorrer todos os enfermos, principalmente os mais pobres. Recebiam doentes mentais, portadores de doenças contagiosas, pessoas em estágio terminal e órfãos. Era um verdadeiro depósito de misérias, funcionando em condições insalubres até a chegada da corte portuguesa, quando passou por grandes reformas (SANGLARD, 2006).

Em relação aos cuidados aos doentes mentais, os ditos loucos não recebiam qualquer forma de tratamento psiquiátrico, pelo contrário, eram trancafiados em cadeias, deixados vagando pelas ruas da cidade ou eram resgatados pelas Santas Casas de Misericórdia, local em que também não era dado o tratamento adequado. Só em 1842, no Rio de Janeiro, com a criação do Hospício Pedro II, que os doentes mentais começaram a ter um tratamento, até então não existia uma estrutura destinada aos cuidados dos chamados alienados. O critério de admissão no hospício era dividido em quatro categorias. A primeira era destinada aos indigentes, que não pagavam nada, as demais categorias eram divididas em primeira, segunda e terceira classe,

sendo cobrado valores diários correspondente à classe. A construção do prédio só ficaria pronta em 1852 (SIRQUEIRA; EDLER, 2009).

Sirqueira e Edler (2009) relatam que quando os alienados chegavam à corte, eram logo deixados nas ruas da cidade, de onde eram retirados pela polícia e levados para o manicômio, na maioria das vezes recebiam o registro de indigente. Dentre os 37 anos que ficou aberto, os pacientes não se restringiam apenas àqueles que sofriam de algum distúrbio psíquico, o hospício também recebia paralíticos, epiléticos, alcoolistas, deficientes visuais, o público era os mais diversos. Sobretudo, seu foco era prestar atendimento aos brancos e europeus, atendendo apenas uma pequena parcela de negros e pardos, e os escravos não recebiam atendimento.

Já no início da república, a então capital Rio de Janeiro passou por reformas urbanas e sanitárias. As medidas tomadas expulsaram milhares de pessoas que viviam em cortiços no centro da cidade, pois se alegava que tais ambientes eram propícios para a proliferação de ratos, mosquitos transmissores de febre amarela e da peste bubônica. Em sequência, Oswaldo Cruz, no comando da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), iniciou os trabalhos de higienização, contexto em que os inspetores sanitários fiscalizavam casas e ruas. Oswaldo Cruz também ordenou a retirada das favelas dos morros e inseriu a obrigatoriedade da vacina contra a varíola. “Como reflexo dessas transformações, diminuíram os óbitos por doenças epidêmicas no espaço carioca” (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 25).

Com a proclamação da república, o Hospício Pedro II, passa a ser denominado Hospício Nacional de Alienados, deixando de ser administrado por religiosas (pois elas não tinham conhecimento de cunho científico para cuidar de doentes mentais), para ser coordenado por médicos especializados. Em 1890 foi criado o órgão Assistência-Médica Legal de Alienados, do qual o Hospício fazia parte (FABRÍCIO, 2009).

Na era Vargas, os grandes centros urbanos passaram por reformulações em seu espaço físico. Silva (2007) diz que a área sanitária passou a dividir com o setor educacional um ministério próprio, chamado Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), logo após sofreu alterações, sendo denominada Ministério da Educação e Saúde (MES). Com isso o novo ministério remodelou os serviços sanitários do Brasil. O novo setor da saúde passou a ter a responsabilidade de cuidar pelo bem-estar sanitário de toda a população. Ainda nesse seguimento, foi criado um movimento de educação em saúde, no qual seu objetivo era mudar hábitos de higiene na população. Nesse período da história, foram criadas as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e os Serviços Especializados em Saúde Pública (SESP).

O setor da psiquiatria também sofreu alterações, adotando hábitos mais condizentes com a nova realidade. Neste espaço de mudanças, surge Juliano Moreira no comando da

administração do Hospício Nacional de Alienados e da Assistência Médico-Legal de Alienados. Moreira esteve à frente da aprovação da primeira lei de assistência a doentes mentais em que se proibia o encarceramento em prisões e enfatizava o tratamento humanizado. Moreira preconizava que o tratamento oferecido aos pacientes deveria ser em diferentes níveis de assistência, de modo a proporcionar o desenvolvimento do interno. Ele defendia a criação dos hospitais-colônia, em que permitia o paciente a conviver no meio de pessoas sadias, chamado de assistência heterofamiliar, entretanto esse novo modelo de assistência não alcançou os objetivos almejados por Juliano Moreira (FABRÍCIO, 2009).

No Brasil existiram vários hospitais-colônia, surgidos logo após a proclamação da república, almejavam resgatar a função terapêutica da instituição psiquiátrica, denominado colônia de alienado ou Hospital Colônia, tendo como idealizador o Francês Geel. A ideia central era construir áreas agrícolas para que os pacientes pudessem exercer o trabalho terapêutico, além de admitir o contato direto da comunidade com os pacientes, mas logo percebeu-se que era mais uma estrutura asilar (AMARANTE, 2007).

Nessa lógica, tem-se como exemplo, o que ocorreu em Barbacena, no maior hospício do Brasil, funcionando de 1903 a 1980 na Serra da Mantiqueira em Minas Gerais, recebendo o nome de Hospital Colônia. Nesse período aproximadamente 60 mil pessoas morreram entre seus muros, tendo apenas 200 ex-internos como sobreviventes do que muitos consideram o maior genocídio do Brasil cometido pelo Estados, tendo médicos, funcionários e população em geral como cúmplices. A falta de critérios médicos para a admissão de pacientes, tornou-se um berço para a sociedade se livrar do que considerava fora das normas social, como homossexuais, militantes políticos, mães solo, pobres, negros, mendigos, alcoolistas, mulheres adúlteras, mulheres que iniciaram a vida sexual antes do casamento, pessoas em sofrimento mental, entre tantos outros (ARBEX, 2013).

O Hospital Colônia de Barbacena foi projetado para receber apenas 200 pacientes, mas cinco anos depois de sua criação, já abrigava cinco mil internos. Devido a sua superlotação, os leitos foram substituídos por capim, o que foi recomendado pelo poder Público a adoção do método em outros manicômios do estado. Os internos eram tratados da pior forma possível, comiam ratos e bebiam urina do esgoto para não morrerem de fome e sede, dormiam em capim sobre o frio da Serra da Mantiqueira, vestiam farrapos ou ficavam nus, recebiam choques elétricos que chegavam a ter um apagão em toda a cidade, levando a morte de milhares de pessoas que “tiveram sua humanidade confiscada” (ARBEX, 2013, p. 28). Para ilustrar, abaixo a descrição do local pelo olhar de umas das trabalhadoras da instituição.

Um cheiro insuportável alcançou sua narina. Acostumada com o perfume das rosas do escritório da Brasil Flowers, onde passou por sua única experiência profissional até aquele momento, Marlene foi surpreendida pelo odor fétido, vindo do interior do prédio. Nem tinha se referido de tamanho mal-estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esqueléticos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nu, rastejavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (ARBEX, 2013, p. 22).

Em meio a tantos horrores, a atenção à saúde mental considerou a necessidade de buscar meios terapêuticos eficazes e que respeitassem o direito e a subjetividade dos usuários, além da preocupação com o número crescentes de pessoas com transtorno mental. Dessa maneira a Psiquiatria Social emergiu, e com ela a transferência de doença mental para saúde mental. Segundo o Ministério da Saúde (2005), o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiu logo após o nascimento do Movimento Sanitário, que preconizava mudanças dos modelos de atenção e das práticas de saúde destinadas a população. O Movimento Sanitário ia em defesa da saúde do coletivo, buscava a equidade na distribuição dos serviços e colocava o trabalhador e os usuários dos serviços de saúde como participantes principais no desenvolvimento da construção, gestão e produção de ciências que promovam a saúde.

Com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), onde os profissionais do Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, entraram em greve, tendo por consequência a demissão de mais de 260 servidores em 1978, sendo que foi o fator primordial para ter início o movimento da reforma psiquiátrica brasileira. A crise surgiu em decorrência de uma denúncia realizada por médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, quando registraram no livro de ocorrências do pronto socorro as inconstâncias da unidade hospitalar, tendo apoio das demais instituições e do Movimento de Renovação Médica (REME), e do Núcleo Estadual de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), suscitando em reuniões, assembleias, etc., para discussões e questionamentos a respeito da precariedade dos serviços de saúde mental oferecidos a população. Surge assim o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM (AMARANTE, 1995).

O MTSM marca o início do processo de reforma psiquiátrica brasileira, e buscava “denunciar a falta de recursos das unidades, a consequente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhistas” (AMARANTE, 1995, p. 52). Tal movimento (juntamente com o Movimento Sanitário) objetivava a transformação das políticas de assistência psiquiátrica, para tanto foram realizados eventos em que se reivindicaram melhores condições de trabalho,

salário, criação de centros de estudos, entre outras. Esse contexto fez parte das discussões críticas em torno do autoritarismo, das ameaças que recebiam, da forma de tratamento aplicada aos internos, a terapia puramente biologista, a falta de profissionais qualificados, a violência institucional. O MTSM, segundo Amarante (1995, p. 57), “é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental”.

Um dos eventos produzidos pelo MTSM e Movimento Sanitário, foi a V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú em outubro de 1978, e que ficou nacionalmente conhecido como “Congresso da Abertura”, em que teve pela primeira vez a participação do movimento em saúde mental em um encontro com os setores que organiza a Associação Brasileira de Psiquiatria, o qual passou a apoiar o MTSM. No mesmo ano, ocorreu no Rio de Janeiro o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupo e Instituição, o que resulta na vinda de importantes figuras da corrente sobre o pensamento crítico em saúde mental, como Franco Basaglia, que contestou o elitismo do evento, influenciando de forma direta a constituição do pensamento crítico do MTSM (AMARANTE, 1995).

O período compreendido entre 1978 e 1980 foi de intensas articulações em variados eventos que contaram, inclusive, com a participação de lideranças e estudiosos de processos de reformas psiquiátrica em outros países, tais como Franco Basaglia, Robert Castel, Erving Goffman, entre outros (HEIDRICH, 2007, p. 100).

Um outro marco histórico que contribuiu para a reformulação da saúde como um todo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu em 1986 tendo a participação de mais de quatro mil pessoas e pela primeira vez contou com a participação popular. Foram cinco dias de debate onde se discutiu sobre as diretrizes para a construção de um sistema de saúde universalizado, democrático e descentralizado, ou seja, foi um momento para definições do Sistema Único de Saúde (SUS). A 8ª CNS levantou os temas em que a saúde é dever do estado e direito de todos, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde vigente na época e o financiamento setorial. O Movimento Sanitarista contribuiu para os debates, pois para implantar melhorias no Sistema de Saúde era preciso ir além de reformas administrativas e financeiras, era necessário haver uma Reforma Sanitária (CHAGAS; TORRES, 2008).

Com a organização da “Oitava” (como ficou conhecida) passaram a se envolver não apenas profissionais de saúde, mas também usuários do sistema, familiares, ativistas de associações, de organizações não governamentais, sindicatos, igrejas, partidos políticos, enfim, de vários segmentos da sociedade brasileira (AMARANTE, 2007, p. 78).

Logo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) em 1987, ano esse que marca o começo de um novo momento nas

políticas de saúde mental no Brasil. Segundo Amarante (1995), a I CNSM contou com a participação de 176 delegados, sendo estruturada mediante o impacto da economia, sociedade e do estado sobre a saúde mental; da reorganização dos serviços de saúde mental a partir da reforma sanitária; e dos direitos e deveres diante da legislação para pessoas com transtorno mental. Foi defendida a necessidade da participação popular na criação, implementação e nas decisões da política de saúde mental e ressaltado que o Estado identificasse locais criados pela própria comunidade que favorecessem a promoção de saúde mental para a população, além de destinar mais recurso financeiro para serviços multiprofissionais e extra-hospitalar.

Após a repercussão do I CNSM, no que tange à assistência psiquiátrica brasileira, criou-se novas formas de atenção ao modelo de assistência da saúde mental, como a criação em 1987 do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Rocha Cerqueira, construído na cidade de São Paulo e a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos, substituindo o modelo manicomial. A partir do I CNSM, o MTSM foi renomeado para Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, decidindo também o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, dia 18 de maio (HEIDRICH, 2007). Amarante (2007) relata que no II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM) foi marcado pela alteração do MTSM, que passou a contar com a presença dos usuários e familiares, não mais sendo um movimento predominantemente composto por profissionais da saúde mental, logo foi o primeiro movimento a contar com a participação popular. Outro fato relevante que ocorreu na II CNSM foi a aprovação dos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) realizada em 2001, fixou a reforma psiquiátrica como política do governo e conferindo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o ponto principal para a mudança do modelo de assistência em substituição do modelo asilar. “A realização das três Conferências Nacionais de Saúde Mental (...), ofereceu possibilidades inigualáveis de participação dos atores sociais na discussão e construção das políticas de saúde mental e atenção psicossocial” (AMARANTE, 2007, p. 79).

Com a inserção da constituição de 1988, se passa então a garantir a saúde como direito social fundamental. Os direitos fundamentais são aqueles que compreendem os direitos básicos individuais, sociais, políticos e jurídicos. Baseados nos princípios dos direitos humanos que garantem a liberdade a vida, de opinião e expressão; a igualdade; ao trabalho e a educação; a segurança e muitos outros. A saúde, então, passa a ser dever do Estado, que não pode se recusar a oferta-la sob pena de ofensa à Constituição, tendo aplicação imediata. No âmbito que engloba o direito à saúde, após a Segunda Guerra Mundial, diante de tantas atrocidades à pessoa humana, viu-se a necessidade de garantir os direitos humanos e reconhecer os direitos sociais

que garantem a igualdade social, melhorando as condições de vida e o desenvolvimento da coletividade (CARVALHO, 2003).

Ainda sobre a perspectiva de Carvalho (2003), a Constituição Federal de 1988 entre as constituições brasileiras, foi a primeira a elevar o direito à saúde na categoria dos direitos fundamentais. Nela está disposto entre os artigos 196 à 200 na seção II referente à saúde, que descreve à saúde como direito de todos e dever do Estado, sobre as condições de serviços de saúde, a organização de um sistema público de saúde tendo uma rede de prestação de serviços regionalizada e integrada, pautada na descentralização dos serviços, na integralidade, a participação popular, livre da iniciativa privada, controlar e fiscalizar até seu financiamento. Para tanto é necessário organizar ações de políticas públicas que implantam os serviços de assistência à saúde, até a produção de intervenções que proporcionem o lazer.

Voltando um ano antes da implantação da Constituição Federal de 1988, o cenário da saúde brasileira estava ganhando forma com a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que foi uma iniciativa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que buscava com essa ação universalizar a assistência que até então beneficiava apenas os trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes (HEIDRICH, 2007). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o sistema de saúde público brasileiro atendia somente aqueles que contribuía para a Previdência Social, o que beneficiava apenas uma pequena parcela da população. Aqueles que não contribuía para a Previdência, ficavam à mercê das entidades filantrópicas.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988, a gestão passa a ser articulada entre os níveis federal, estadual e municipal, tendo o poder de controle social efetuado através do Conselho Comunitário de Saúde. Tendo sido normalizado apenas em 1990, pela lei 8080/90, que regulamentou em todo território nacional ações e serviços em saúde. Lei essa que institui o SUS como sendo fundamentado pelo conjunto de ações de saúde exercido por órgãos e instituições públicas. Logo após foi implantada a lei 8.142/90, que estabelece a participação social na gestão do sistema de saúde, conhecida como “controle social”. Para tanto, o SUS fundamenta-se em três níveis de atenção, sendo eles: primário, secundário e terciário ou atenção de baixa complexidade, média complexidade e de alta complexidade (BRASIL, 1990).

A Lei 10.216/2001 ou Lei da Reforma Psiquiátrica, foi construída tendo o objetivo de transpor o modelo terapêutico que excluía a pessoa em sofrimento mental da sociedade, para a prevenção e assistência de serviços públicos de saúde mental, assegurando dessa forma os direitos dessas pessoas, incluindo os decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Em seus

primeiros artigos garante à pessoa acometida de transtorno mental o seu direito e a sua proteção sem quaisquer forma de discriminação quanto a sua raça, etnia, sexo, orientação sexual, opção política, religião, família, nacionalidade, idade, fator econômico, e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

No artigo 2º, parágrafo único, da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), se define os direitos das pessoas em sofrimento mental, como ter acesso ao melhor tratamento dentro do SUS, de acordo com suas necessidades, receber tratamento com humanidade e respeito, protegido contra qualquer forma de abuso e exploração, com interesse de beneficiar sua saúde, almejando conseguir sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, tendo livre acesso a comunidade. O parágrafo também ressalta o sigilo das informações prestadas, tendo direito à presença médica quando solicitado, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização juntamente com o maior número de informações acerca de sua doença e tratamento, tratando sempre em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

A Lei 10.216/01 responsabiliza o Estado pelo desenvolvimento da política de saúde mental, a prestação de assistência e promoção de ações de saúde as pessoas com transtorno mental com a participação da família e da sociedade, ofertando serviços de saúde mental comunitários e opções de tratamento e recuperação pela inclusão do familiar no trabalho e na comunidade. A legislação traz a questão da internação do usuário como medida extrema e, sendo de curta duração, utilizada apenas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. Em casos de internação tanto de modo voluntário quanto involuntário só poderão ser feitos mediante laudo médico. É ofertado para o paciente assistência integral, incluindo serviço médico, assistência social, psicológica, ocupacional e de lazer. Assim é vedada a internação em instituições de cunho asilar (BRASIL, 2001).

Em 2002 o Ministério da Saúde institui a Portaria de número 336, que estabelece os Centro de Atenção Psicossocial em suas três modalidades, sendo elas: CAPS I, atende um dado território de 20 a 70 mil habitantes, os atendimentos são diários, destinados a adultos com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS II, diferencia do anterior apenas no número de habitantes pertencentes ao seu território, atende uma população de 70 a 200 mil habitantes; CAPS III, engloba uma população de 200 mil habitantes ou mais, tendo a mesma finalidade dos CAPS I e II. Incluindo aqui os CAPS infantis, que são responsáveis por atender crianças, adolescentes e jovens de até 25 anos em sofrimento mental, em um território com mais de 200 mil habitantes; e os CAPS AD, que são especializados em atender pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, implantado em um território contendo 70 a 200 mil habitantes. Os CAPS

estão organizados em ordem crescente de nível de complexidade e de abrangência populacional. Os diferentes tipos de CAPS possuem a mesma finalidade, substituir os hospitais psiquiátricos e de seus métodos que violavam os direitos humanos (BRASIL, 2002).

Após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde proclamou portarias com o fim de regulamentar o funcionamento e o financiamento dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). De 2011 à 2012 o Ministério da Saúde instituiu uma série de portarias que implantou a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental, disponibilizando para a população que se encontra em sofrimento mental e/ou com necessidades devido ao uso de substâncias psicoativas, pontos de atenção integral e especializado, para atender suas necessidades (HEIDRICH, 2007).

Um importante avanço no âmbito da saúde mental, foi a implantação da Portaria Nº 3.388 de dezembro de 2011 pelo Ministério da Saúde que Institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, destinada a ampliar e articular pontos de atenção à saúde que atende pessoas em sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, no domínio do SUS. São pontos presentes na Portaria para o funcionamento da RAPS, o respeito aos direitos humanos, garantindo a pessoa sua autonomia e sua liberdade, a promoção da equidade e o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, o combate a estigmas e preconceitos, o acesso de qualidade aos serviços, o cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar, atenção humanitária, entre outros (BRASIL, 2011).

A RAPS é um modelo de atenção à saúde mental acessível e de base comunitária, propondo assegurar que o usuário circule livremente pelos serviços e pela comunidade. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residências Terapêuticas (SRP), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento – UAs, e os leitos de atenção integral disponibilizados em Hospitais Gerais e nos CAPS III, fazem parte da composição da RAPS (BRASIL, 2011).

A Portaria Nº 130 de 2012 definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III). Os CAPS são Unidades de serviços abertos a comunidade em pontos estratégicos do território com pelo menos 150 habitantes, compondo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os CAPS são compostos por uma equipe multiprofissional, no qual realiza atendimentos às pessoas em sofrimento mental, incluindo aquelas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Em contraposto ao modelo asilar de tratamento que privava o paciente de sua liberdade e dos seus direitos quanto cidadãos. Os CAPS AD III oferecem atendimento integral aos usuários,

funcionando 24 horas, inclusive finais de semanas e feriados de 07 às 19 horas, oferecem cinco vagas de atendimento noturno de âmbito de observação e acolhimento, atendendo todas as faixas etárias. Acolhe pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas.

O CAPS AD IV foi instituído em 2017 pela Portaria 3.588, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, a qual passa a vigorar com uma equipe multiprofissional especializada em Saúde Mental, disponibilizando de Unidades Ambulatoriais, Unidades de Referência em Hospital Geral; Hospitais Psiquiátricos e Hospitais Dia. Ainda sobre o CAPS AD IV, ele acolhe pessoas em quadros graves e intenso sofrimento mental decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como objetivo oferecer a população, de todas as faixas etárias, serviços de atenção contínua (24 horas), incluindo finais de semanas e feriados, com assistência de urgência e emergência, disponibilizando de leitos de observação. Esses serviços são implantados em metrópoles com mais de 500 mil habitantes e capitais de Estado, atuando juntos aos consultórios de rua, integrados a outros pontos de atenção da RAPS (BRASIL, 2017).

Ainda sobre a questão das drogas, em 23 de agosto de 2006 o Governo Federal instituiu a Lei nº 11.343 (BRASIL, 2006) com o objetivo de determinar e orientar ações de prevenção e repressão ao consumo e abuso de substâncias psicoativas. O Sistema Nacional de Política Pública sobre Drogas (SISNAD), estruturado a partir dessa Lei, define as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas, trata do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências, tendo a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar atividades ligadas com o que está disposto no Art. 3º parágrafo I e II, “I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas”.

Então, é possível verificar que a construção das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil teve o intuito de oferecer à população um serviço de saúde mental que garantisse ao usuário seus direitos humanos, sua liberdade de ir e vir e que preservasse a sua dignidade. A criação da Lei 10.216 em 2001 representou a consolidação da garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Logo após foram implantadas Portarias (336/2002, 130/2012, 3588/2017) que estabeleceram os CAPS, além da Portaria 3388 de 2011, que instituiu a RAPS. Além dessas, a Lei 11.343 de 2006 buscou constituir um modelo de ações que assegurasse formas dignas de cuidados aos usuários e dependentes de drogas. Todos esses marcos legais possibilitaram a oferta de serviços humanizados para a população em substituição àqueles que primavam pela lógica dos manicômios.

### **3 O POSSÍVEL REGRESSO DA LÓGICA MANICOMIAL**

No dia 04 de fevereiro de 2019 o Governo Federal publicou a Nota Técnica Nº 11/2019 que impõe mudanças na legislação em saúde mental, alterando a Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A Nota Técnica Nº 11/2019, também chamada de Nova Política de Saúde Mental ou simplesmente “Nova Saúde Mental”, tem como ponto central ampliar os dispositivos da RAPS, instituindo em seus serviços de assistência o Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Unidades de Ambulatório Especializado, comunidades terapêuticas e CAPS AD IV, este que já havia sido instituído no ano anterior, pela Portaria N. 544. Com isso temos a ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas dentro da RAPS, além do financiamento pelo Ministério da Saúde para a compra de máquinas de eletroconvulsoterapia, a possibilidade de internação de crianças e adolescentes e abstinência do uso de drogas como alternativa para a desintoxicação.

A partir da aprovação da Nota Técnica 11/2019 e da Lei 13.840/2019 se evidencia que o Governo Federal vem modificando de forma gradativa a Política Nacional de Saúde Mental e a de Álcool e outras Drogas. Tal postura parece desconsiderar os ganhos que a Lei da Reforma Psiquiátrica alcançou com sua luta por um serviço de saúde mental de qualidade. Até 2018, os dispositivos de saúde mental no Brasil tinham como orientação, a partir da Lei 10.216/2001, a oferta de cuidado integral, atendimento a todos de forma igualitária quanto aos direitos à liberdade, ao convívio em sociedade, a cuidado e tratamento adequados. Além disso, também havia a defesa do princípio da equidade, com a disposição dos serviços de forma que respeitassem a singularidade de cada indivíduo, oferecendo aos usuários condições para o seu desenvolvimento, bem-estar e a preservação da vida.

Entretanto, essas alterações ferem um conjunto de ações que foram construídas ao longo de uma luta que busca pelos direitos das pessoas em sofrimento mental, processo que ficou popularmente conhecido como Luta Antimanicomial, que deu origem ao Movimento da Reforma Psiquiátrica. Movimento esse que se baseia no desenvolvimento histórico, político, científico e sanitário que mais tarde resultou na Lei 10.216/2001. Em vista disso a “Nova Saúde Mental” inflige a Lei 10.216/2001, que norteou a Política de Saúde Mental no Brasil por 18 anos, estabelecendo os direitos das pessoas em sofrimento mental, dispondo de um serviço de saúde articulado em rede, integral, de base territorial e comunitária, que presa pela liberdade do sujeito. O que é um indicativo que ao implantar a Nota Técnica 11/2019, o Governo Federal parece incentivar o regresso a lógica manicomial.

Um dos pontos que a Nota Técnica apresenta é a ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, como sendo componentes da RAPS. Por muitos anos o hospital psiquiátrico compôs a Política de Saúde Mental no Brasil, mas diante das atrocidades cometidas em seu interior, viu-se que esses hospitais eram um desserviço para a sociedade, pois estavam centrados na lógica segregalista e na violação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Por essa razão foram implantados serviços que superassem o modelo asilar de tratamento. São os chamados serviços substitutivos de atenção psicossocial, como os CAPS, que possibilitaram oferecer a população um tratamento humanizado, que presa pela liberdade, pelo convívio social e comunitário. A Nota Técnica 11/2019 diz que: “não há mais porque se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum serviço substitui outro”, o que é uma afirmação bastante grave do ponto de vista histórico da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica.

A Lei 10.216/01 “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental” (BRASIL, 2001). Em seu Artigo 2º, Parágrafo único, descreve os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental:

**I- ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II- ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III- ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V- ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental** (BRASIL, 2001, Art. 2, grifo nosso).

Compreende-se que, com a ampliação de leitos em hospitais públicos, a inserção dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas, os direitos conquistados e estabelecidos pela Lei 10.216/2001, que propõe cuidados mais humanizados e eficientes, podem ser violados. Além de retroceder décadas no modelo de assistência de saúde, quando o foco das ações era clínico/assistencialista, voltadas para a doença já instalada, ou seja, para a atenção secundária. Essa situação deixa em segundo plano ações ligadas à saúde coletiva, ao modelo sanitário de saúde.

Do ponto de vista ético e de direito, as estruturas asilares aplicavam práticas violentas, sendo denunciadas por maus tratos e violação de direitos humanos. Com a reforma psiquiátrica viu-se a possibilidade de construir um modelo de atenção em saúde mental, pautado na

valorização do ser humano, em que os cuidados são voltados para dispositivos extra-hospitalares, integrados a uma rede de serviços que inclui a atenção primária. Com isso temos a lógica da RAPS (até 2018), que promove uma série de projetos terapêuticos singulares substitutos a essas instituições.

No Brasil tivemos o exemplo do maior hospital psiquiátrico do país, conhecido como “Hospital Colônia”, no qual, durante décadas, milhares de pessoas morreram em seu interior por fome, sede, frio, diferentes formas de tortura e por doenças causadas pela falta de higiene do ambiente (ARBEX, 2013). Esse era o tratamento dado aos internos de um Hospital Psiquiátrico, sendo que sua maioria foram internados a força. Com isso compreende-se que os erros cometidos no passado podem voltar a ser cometidos no presente, e estudar o processo histórico dessas instituições faz com que se entenda a importância da desinstitucionalização desse meio de tratamento ofertado para pessoa em sofrimento mental.

A Constituição Federal de 1988, no seu Artigo 196 refere que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196). Em 1990 a Lei 8.080 foi estabelecida com a finalidade de instituir o SUS. No Artigo 2º fala que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Assim, tanto a Constituição Federal como a Lei Orgânica da Saúde, dizem que o estado tem o dever de fornecer as melhores práticas de saúde, visando sempre a redução de riscos e agravos da doença, tendo finalidade de promover, proteger e recuperar à saúde do usuário.

Na premissa de combater e prevenir atos desumanos, o estado brasileiro aprovou a Lei nº 12.847/2013, que estabelece o Sistema Nacional de Prevenção e Combate a Tortura – SNPCT, tendo como objetivo “fortalecer a prevenção e o combate à tortura, por meio de articulação e atuação cooperativa de seus integrantes, dentre outras formas, permitindo as trocas de informações e o intercâmbio de boas práticas” (BRASIL, 2013). Levando em conta que essa grave violação dos direitos fundamentais do ser humano ainda ocorre em instituições de privação de liberdade, como é o caso dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas (CONSENHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). É preciso combater essa forma de tratamento, incentivando a ampliação do modelo assistencial, de modo a substituir a perspectiva asilar de tratamento por ações de saúde que disponibilizem serviços de base comunitária, presentes nos territórios.

No artigo 2º, parágrafo único da Lei 10.216/01, define os direitos das pessoas em sofrimento mental como ter acesso ao melhor tratamento dentro do SUS, de acordo com suas necessidades, receber tratamento com humanidade e respeito, protegido contra qualquer forma de abuso e exploração, com interesse de beneficiar sua saúde, almejando conseguir sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, tendo livre acesso a comunidade. O parágrafo também ressalta o sigilo das informações prestadas, tendo direito à presença médica quando solicitado, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização juntamente com o maior número de informações acerca de sua doença e tratamento, tratando sempre em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis (BRASIL, 2001). A Lei 10.216/01 foi uma conquista estabelecida pelo processo de reforma psiquiátrica, dando ao usuário dos serviços de saúde mental o melhor tratamento, o que a Nota Técnica 11/2019 e a Lei 13.840/2019 desconsidera ao tratar a pessoa em sofrimento mental por meios invasivos e que cerceiam seu direito de ir e vir, o que pode agravar o sofrimento do indivíduo.

O artigo 4º da Lei nº 12.847/2013 diz sobre os princípios do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT), onde estabelece a “**I - proteção da dignidade da pessoa humana; II - universalidade; III - objetividade; IV - igualdade; V - imparcialidade; VI - não seletividade; e VII - não discriminação**”. Já o Art. 5º, inciso primeiro, dispõe sobre o “**respeito integral aos direitos humanos, em especial aos direitos das pessoas privadas de liberdade**”. Considera-se que pessoas privadas de um dos seus direitos básicos, que é a liberdade, estão sujeitas a receber formas de tratamento em saúde que vão contra o SNPCT (BRASIL, 2013, grifo nosso). Ainda nessa perceptiva, em abril de 1997 o Governo Federal sanciona a Lei 9.455, na qual define os crimes de tortura (BRASIL, 1997). Visto a necessidade do respeito a condição humana que não se conquista com práticas vexatórias.

Não podemos desconsiderar também que, com a abertura de leitos em hospitais gerais em alas psiquiátricas, o atendimento em nível ambulatorio (relacionado à ausência de projetos terapêuticos e de uma equipe multiprofissional interdisciplinar), e o uso de máquinas de eletroconvulsoterapia, o foco do tratamento é no modelo biomédico, mecanicista, que tem como conceito de saúde a ausência de doença, contrariando uma visão biopsicossocial do sujeito. Ou seja, os tratamentos ofertados estão considerando o transtorno apenas do ponto de vista biológico, pois atribui uma origem física do sofrimento mental ao tratar os sintomas dessa pessoa por meio prioritariamente medicamentoso ou terapia a base de choques elétricos, sendo que o indivíduo é constituído não somente pelo aspecto biológico, mas também, e principalmente, pela sua inserção no mundo histórico, político, social, que reflete nos seus aspectos psíquicos.

A eletroconvulsoterapia por décadas foi um meio de tortura e abuso por profissionais que aplicavam o tratamento para punir maus comportamentos e submissão de pacientes restritos em manicômios. Seu uso foi denunciado pelo MTSM por ser um instrumento que fere a dignidade humana e posteriormente desqualificado como prática terapêutica. Conforme Oliveira (2019), foram realizadas diversas pesquisas científicas sobre a eficácia do uso da ECT, todavia estes estudos estão comprometidos, pois não abordaram corrigir as falhas cometidas no passado na sua aplicação como tratamento para o sofrimento psíquico.

Com a Nota Técnica 11/2019, a ECT volta como elemento de promoção de saúde financiada pelo Estado. Ainda segundo Oliveira (2019), a eletroterapia foi adotada em 1930, em um contexto que não dispunha de medicamentos para minimizar sintomas causados por doenças mentais, proporcionando ao paciente o efeito de sedação por um curto período de tempo. O que hoje não é mais observável, frente ao crescimento da indústria farmacêutica em paralelo com tratamentos não medicamentosos, que avançaram relevantemente na produção e construção de tratamentos que substituam práticas de “promoção de saúde” invasivas e potencialmente violentas como a ECT. Além da ECT não ser considerada um método que promova a recuperação do usuário, apenas suspende temporariamente alguns sintomas.

A Organização Mundial de Saúde (2005, p. 85) diz que “caso a ECT seja utilizada, ela só deve ser administrada depois de se obter consentimento informado. Ela só deve ser administrada de forma modificada, i.é., com o uso de anestesia e relaxantes musculares”. O que por sua vez, deixa a prática menos violenta, entretendo, apenas camufla o seu teor de controle de comportamento (OLIVEIRA, 2019). É inegável que a ECT possui uma história de abuso em sua aplicação, sendo uma prática questionável no meio científico, uma vez que revela um marco histórico no tratamento do sofrimento psíquico de tortura. A eletroconvulsoterapia é considerada como instrumento de exclusão social, uma vez que não promove a reinserção e reabilitação da pessoa em sofrimento mental.

A Nota Técnica 11/2019 também defende a internação de criança e adolescentes nos serviços da RAPS. Porém não apresenta em sua discussão como tal procedimento deve ser realizado, apenas fala que é “aplicável o bom-senso, a ética e o princípio da preservação da internação física, moral e da vida do paciente”, o que torna a decisão pela internação ou não extremamente subjetiva e, pelo cenário que se apresenta, possivelmente pendente para internação. Ressalta que “não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos”. Com a medida, fica evidente que a privação de liberdade retira da criança e adolescente direitos fundamentais descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº

8.069/90), como o direito à vida, à saúde, à educação, ao esporte, ao lazer, à se profissionalizar, à cultura, à dignidade, ao respeito, a liberdade e ao convívio familiar e comunitário. Além do mais, a nota abre uma brecha para a permanência do menor nos serviços de internação mediante laudo médico (BRASIL, 1990).

Inúmeros conselhos profissionais manifestaram o seu repúdio pela Nota Técnica 11/2019, entre eles o Conselho Federal de Serviço Social, Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, entre outros. Todos os conselhos concordam com o retrocesso que a “Nova Saúde Mental” traz para a Política de Saúde Mental do país. Entretanto, a esfera federal ignora tais manifestações, assumindo assim uma postura totalitária ao não considerar o que esses profissionais relatam. O Conselho Federal de Psicologia (2019) manifestou uma nota de repúdio em seu *site* em que diz:

A nota apresenta, entre outras questões que desconstroem a política de saúde mental, a indicação de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incentivando assim o retorno à lógica manicomial.

Apesar dos avanços na Política Pública de saúde mental nos últimos anos com a implantação da Lei 11.216/2001 e com uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, em 2019 houve um retrocesso com o reinvestimento dos hospitais psiquiátricos, a ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, além da inserção das comunidades terapêuticas na RAPS. São muitos os obstáculos para se então alcançar uma rede comunitária de atenção que prioriza o bem-estar do usuário sem ferir seus direitos humanos. Sem dúvidas o Estado brasileiro precisa investir na ampliação e qualidade dos serviços de atenção à saúde mental, de forma que seja aberto, comunitário, de base territorial e que a população tenha fácil acesso e participação em sua construção.

Em 2019 foi aprovado pelo Senado a Lei nº 13.840/2019, alterando trechos relevantes da Lei nº 11.343/2006, que aborda sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Com isso o Governo Federal implanta a nova política de drogas no país, viabilizando a internação do usuário que faz uso ou abuso de substâncias psicoativas de forma voluntária e involuntária, além de incluir as comunidades terapêuticas como eixo central de tratamento. Os trechos principais que levam a esse entendimento estão nos artigos 23 e 26, ambos inseridos no segundo capítulo que trata das atividades de prevenção, tratamento, acolhimento de reinserção social e econômica de usuários dependentes de drogas.

O artigo 23-A da referida Lei 13.840/2019 aborda o tratamento do usuário ou dependente de droga da seguinte maneira:

O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com **prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais** nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam: I - articular a atenção com ações preventivas que atinjam toda a população; II – orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, **sempre que indicado, ambulatorio**; III – preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individual; e IV – acompanhar os resultados pelo SUS, Suas e Sisnad, de forma articulada (BRASIL, 2019, grifo nosso).

A lei prioriza o tratamento ambulatorial e a internação em unidades de saúde e hospitais gerais, sendo que não se esclarece como essas modalidades de tratamento serão executadas, o que evidencia que o foco do tratamento seja biologicista, uma vez que o tratamento é priorizado em ambulatórios, unidades de saúde e hospitais, em detrimento dos CAPS AD, CAPS AD III E CAPS AD IV que dispõe de uma equipe multiprofissional. A Lei só faz menção à internação em comunidades terapêuticas, na qual o tratamento é prioritariamente baseado na abstinência. Tal cenário vai contra a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (formulada a partir da Lei 10.216), a estratégia de redução de danos sociais e à saúde implantada pelo Ministério da Saúde em julho de 2005, além dos CAPS AD.

O tratamento mais indicado seria em torno de desenvolver ações que permitissem reduzir os riscos associados ao uso de substâncias psicoativas daqueles que não podem, não conseguem ou não querem cessar o consumo de dada substância. Essa ação é chamada de “Redução de Danos” (PORTARIA Nº 1.028/2005), pois seu foco é promover intervenções que reduzam possíveis agravos de ordem biológica, psicológica, social e econômica ao mesmo tempo em que garante autonomia ao usuário. Dessa forma, se acolhe cada pessoa em sua singularidade, sem julgamentos, respeitando suas escolhas e as demandas específicas, definindo juntamente com o usuário o melhor tratamento para a defesa do seu bem-estar global. Pela perspectiva da redução de danos, o usuário pode deixar de fazer uso da substância psicoativa, porém tal comportamento tem que partir do usuário, não podendo forçá-lo a fazer algo que não deseja ou não consegue realizar.

No Artigo 9, inciso 1, da Portaria nº 1.028, publicada pelo Ministério da Saúde, está dito que: “Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento” (BRASIL, 2005). Com o proposto na Lei 13.840/2019, parece ficar inviável a prática da redução de danos, pois o direito a autonomia do usuário não é considerado ou abordado.

A nova Lei, ao não considerar a perspectiva da redução de danos, abre precedentes para a violação de um conjunto de práticas de saúde pública que tem por finalidade diminuir os danos provocados pelo uso e consumo de álcool e outras drogas, que objetivam fornecer tratamento humanizado, incentivar entre os usuários comportamentos mais seguros ao fazer uso de produtos, substâncias ou drogas, em práticas sexuais, diminuindo os índices de infecção do HIV e Hepatites B e C. Tais práticas visam a melhoria da qualidade de vida, sem violar seus direitos fundamentais à liberdade, ao convívio em sociedade, a receber cuidados e tratamentos adequados e integrais. A Lei 13.840/2019 simplesmente ignora esse cenário.

Diversos países como EUA, Espanha, Noruega, Dinamarca, Portugal, Suíça, Holanda, entre muitos outros, adotaram medidas, baseadas em evidências científicas, que flexibilizam o uso e o consumo de drogas como estratégia de redução de danos, buscando sempre a garantia dos direitos fundamental do ser humano, tendo por finalidade alcançar uma sociedade mais justa, menos violenta e menos desigual (OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE E CENTRO DE DOCUMENTOS VIRTUAIS, 2020). O Uruguai foi um dos primeiros países da América Latina a adotar ações de redução de danos como política para controlar os efeitos do consumo de drogas, implantando ações para prevenir o contágio do HIV/AIDS. Há sete anos, o país aprovou a Lei 19.172/2013, que legaliza a produção, a distribuição e o consumo da maconha como estratégia de redução de danos (PESSOA; CUNHA, 2018). Então, se pode notar que o Brasil está adotando políticas mais rígidas em relação às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

No Brasil, os CAPS AD, em suas diferentes modalidades, atuam como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e seus métodos que violavam os direitos humanos, e também as formas de tratamento desenvolvidas em comunidades terapêuticas. Os CAPS são pontos de atenção integral e especializados, espalhados pelo território em locais estratégicos, que proporcionam ao usuário beneficiar-se de um serviço de saúde público, que inclui serviços de uma equipe multiprofissional especializada em saúde mental (médicos, assistência social, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros), promovendo sua inserção em seu meio social. A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial visavam justamente a criação de dispositivos como os CAPS, tendo em vista os prejuízos que as modalidades biologicista e manicomial traziam tanto aos usuários quanto para a comunidade, pois serviam bem mais como exclusão social e para tratamento com viés punitivo em vez de serem promotores de cidadania e dignidade.

A rede inclui nos serviços disponibilizados a população, Unidades Ambulatoriais, Unidades de Referência em Hospital Geral; Hospitais Psiquiátricos e Hospitais Dia, assistência

de urgência e emergência e leitos de observação. O que possibilita tratar pessoas em quadros grave de intenso sofrimento mental sem a necessidade de requerer aos usuários do serviço a abstinência do consumo de álcool e outras drogas como forma de ter acesso ao serviço. Mas com o artigo 23 inciso 3º refere-se a dois tipos de internação que parece ter sido flexibilizado pela nova Lei:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas; **II – internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiares ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifique a medida** (BRASIL, 2019, grifo nosso).

A Lei 10.216/2001 relata que “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (BRASIL, 2001). Sobre a internação involuntária relata apenas “que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros”, entretanto não especifica quem seja esse terceiro.

Ao afirmar que a internação involuntária pode ser deferida/consentida por qualquer servidor público com exceção dos servidores da área da segurança, indica que se amplie o número de pessoas que podem consentir a internação do usuário de drogas, adotando uma medida arbitrária, baseada na punição e no biologicismo. Com isso temos a ampliação da possibilidade de internação psiquiátrica do usuário de drogas, lembrando que a internação involuntária deveria ser o último recurso, apenas quando o médico detectasse em sua avaliação que o usuário coloca sua vida ou a de terceiros em risco. Para evitar internações involuntárias desnecessárias, a Lei 10.216 obriga a comunicação ao Ministério Público Estadual pelo responsável do estabelecimento em até 72 horas.

Conforme o Artigo 12º da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “**Ninguém sofrerá intromissões arbitrária na sua vida privada**, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a proteção da lei” (grifo nosso). Na Constituição Federal artigo 5º II – diz que “**Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei**” (grifo nosso). Ou seja, todo cidadão tem direito a tomar decisões em sua vida privada, sem haver interferências desnecessárias do Estado, além de se assegurar uma vida digna, livre e igualitária a todas as pessoas sem qualquer distinção.

A nova lei também estipula um prazo máximo de internação involuntária de três meses para desintoxicação. No Artigo 23-A, inciso 5º, parágrafo III está posto que: – “pendurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo

seu término determinado pelo médico responsável”. O que evidencia mais uma vez que a Lei 13.840 desconsidera o que está disposto na Lei da Reforma Psiquiátrica. A Lei 10.216 não determina um prazo máximo de internação involuntária, levando em consideração que cada indivíduo necessita de um tempo para o seu reestabelecimento, e esse tempo dependerá de cada organismo, de como ele reagirá ao tratamento, podendo ocorrer bem antes de 90 dias. Estipulando prazo máximo, é pouco provável que alguém, nesse novo cenário, seja internado por menor tempo, pois parece haver uma tendência a insistir na internação como principal estratégia de cuidado, e se existe a possibilidade de internação por 3 meses, por que usar menos tempo? Esse parece ser o raciocínio atual, ainda que contrário à defesa desse trabalho.

Logo após a publicação da Lei 13.840/2019, o governo da cidade de São Paulo articulou a abertura de mais de 130 leitos na ala psiquiátrica em hospitais gerais estaduais e mais 180 leitos em hospitais municipais para receber os usuários de drogas, o que significa um aumento 248 novos leitos. Em sequência, programas de redução de danos como auxílio financeiro e hospedagem em hotéis foram extintos. A internação involuntária também deixa aberto o caminho para ações de internações em massa da população em situação de rua como forma de higienização dos grandes centros urbanos, já que não necessita de autorização judicial. Com essa reformulação do cuidado em saúde aos usuários de drogas, quem mais se beneficia com esse retrocesso são indústria farmacêutica e hospitais psiquiátricos, ou seja, a medicina de base retrógrada, que vê a doença como pertencente ao sujeito, a medicalização como único meio de tratamento. É a possibilidade de mercado lucrativo frente ao sofrimento mental.

A Lei 13.840/2019 reforça o modelo de abstinência e das comunidades terapêuticas, contrapondo a Política de Redução de Danos e os CAPS AD ao permitir a internação sem o consentimento da pessoa usuária de álcool e outras drogas e sem a necessidade de autorização judicial. O Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) publicou uma resolução de número 08, no dia 14 de agosto de 2019, em que dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos às pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, como contraposição à Lei 13.840/2019. O CNDH afirma que tal Lei retrocede décadas ao considerar internações involuntárias como estratégia central no cuidado aos usuários de drogas. Observa-se que mesmo antes da Lei 13.840 já existia as internações involuntárias, mas em paralelo com as práticas de redução de danos e a valorização dos CAPS como serviços substitutivos aos manicômios. O que está em questão é a supervalorização das internações em leitos psiquiátricos em hospitais gerais e o atendimento do usuário em ambulatório, em comparação às estratégias de redução de danos e dos CAPS.

Outro ponto questionável da Lei 13.840/2019 que evidencia o retrocesso para o modelo de segregação é o artigo 26 – A, que dispõe sobre o acolhimento do usuário em comunidade terapêutica acolhedora,

**“I – oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência; II - adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social econômica do usuário ou dependente de drogas [...]”** (BRASIL, 2019, grifo nosso).

As comunidades terapêuticas, por muito tempo foram locais nos quais propagavam-se a violação dos direitos fundamentais a condição humana, sendo consideradas instituições manicomiais. Com a implantação da Lei 10.216 há quase 20 anos, o cenário da saúde mental no Brasil sofreu um enorme avanço em relação ao ganho de políticas públicas de saúde mental que tratassem a pessoa com dignidade, respeitando seus direitos e oferecendo serviços contrários ao modelo manicomial. Com o incentivo atual ao tratamento em comunidades terapêuticas, pode haver também a volta de práticas de saúde desumanas, violentas e que excluam o usuário do convívio social, perpetuando dessa forma o modelo manicomial, o que evidencia o recuo na legislação quanto a Reforma Psiquiatria e a desinstitucionalização do modelo segregalista já conquistados pelo país.

Em um relatório produzido em 2017 e publicado em 2018 no *site* do Conselho Federal de Psicologia em parceria com Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e Ministério Público Federal, afirma-se que a grande maioria das comunidades terapêuticas inspecionadas no Brasil tem como base o isolamento ou a restrição do convívio do meio social como parte do tratamento. Esse modelo de tratamento ofertado a população vai contra o conjunto de diretrizes presentes na Lei nº 10.216/2001, principalmente ao relatar que o atendimento a essa população deve ser realizado de modo a inserir a família, a comunidade e o trabalho. Além de deixar evidente que o tratamento deve ocorrer preferencialmente em serviços comunitários de saúde, ou seja, na rede substituta ao hospital psiquiátrica.

As vistorias a esses estabelecimentos identificaram que a configuração das comunidades terapêuticas como locais de asilamento passa por um conjunto de práticas e características que, individual e conjuntamente, trazem restrições à livre circulação e ao contato com o mundo exterior. Entre elas está a própria instalação em locais de difícil acesso e com a presença de muros, grades e portões em alguns casos, também de vigilantes. É marca da maioria das instituições visitadas o impedimento à livre saída do estabelecimento e muitas recorrem à punição em caso de tentativa de fuga. Em algumas comunidades também foi constatada a prática de retenção de documentos e pertences de usuários, assim como de cartões bancários ou para o acesso a benefícios previdenciários (CONSENHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Em muitos casos, as comunidades terapêuticas só promovem o isolamento do indivíduo, a abstinência e atividades de cunho religioso como meios curativos. Anterior a Lei 10.216/2001 era rotineiro a internação sem o consentimento da pessoa em sofrimento mental em manicômios (MOREIRA, 2019). As comunidades terapêuticas surgiram nesse contexto para resgatar a função do hospital psiquiátrico, com isso tonou-se, juntamente com a Psicologia Institucional, a base para o surgimento da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1995). Portanto, com todos os avanços que o Brasil teve nos últimos tempos, com a promoção de políticas públicas que de fato estabelecessem o respeito à dignidade humana através da implantação de uma rede de cuidados com inserção social, a volta das comunidades terapêuticas marca um claro retrocesso no cuidado às pessoas em sofrimento mental pelo uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Pelos motivos expostos, se compreende que as comunidades terapêuticas não são espaços que promovam a recuperação da saúde, tendo em vista o modelo de tratamento aplicado em seus internos. As alterações realizadas na Política Nacional de Drogas têm por finalidade o tratamento por meio da abstinência, para isso é preciso ampliar leitos e focar em políticas públicas que favoreçam internações involuntárias. O que resulta em deixar de lado a Políticas Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, as estratégias de Redução de Danos e os CAPS AD como serviços substitutivos ao modelo asilar, simbolizando um retrocesso sobre o modelo de atenção integral e o respeito pela dignidade humana do usuário, conquistados pela reforma psiquiátrica, retrocedendo ao modelo segregalista de tratamento, uma vez que amplia e impõe a internação psiquiátrica, considera as comunidades terapêuticas como locais de tratamento, e favorece a perda da liberdade, dos direitos como ser humano, da subjetividade e da dignidade.

Ainda sobre a Política de Drogas, em julho de 2019 o Governo Federal instituiu o Decreto de Nº 9.926, referente ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, criado em 2006, com o objetivo de discutir e deliberar sobre as políticas sobre drogas vigentes no país. O Decreto retira os conselhos profissionais de Psicologia, Assistência Social e Enfermagem de sua composição, passando a ser composto exclusivamente por entidades governamentais que não dispõem, em tese, de conhecimento científico para sancionar ou vetar qualquer medida que altere a política pública sobre drogas.

Por sua vez, tal exclusão favorece a aprovação de propostas apresentadas pelo Governo sem haver a discussão do assunto por profissionais detentores de conhecimento e que vivenciam a prática diariamente nos serviços de atenção psicossocial. Fica também evidente o grau de importância dado aos conselhos profissionais pelo Governo em questão, o que afeta diretamente a participação social, um dos princípios de organização do SUS, já que a fiscalização é

imprescindível nessa área que dispõe de inúmeras denúncias sobre a violação de direitos que ferem a dignidade humana bem como a alocação de recursos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo levou à reflexão sobre as mudanças na legislação em saúde mental, implantadas em 2019 por meio da Nota Técnica MS N. 11/2019 e da Lei 13. 840/19, que altera de forma bastante questionável a Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A Nova Saúde Mental, que apesar do nome trata-se de um retorno à antigas práticas, desconsidera o processo de Reforma Psiquiátrica e os feitos do modelo de cuidado que foi conquistado com a Lei 10.216/01, adotando estratégias de cuidado que por décadas tentou-se superar por meio da implantação e ampliação de serviços que substituam o modelo manicomial. O cenário evidencia retrocesso da Política de Saúde Mental adotado pelo Governo Federal.

Muito se fala em ofertar um serviço de saúde mental público integral, que atenda às necessidades de todos os usuários, dispendo de um tratamento em saúde humanizado, que olhe o sujeito em suas diversas esferas (biológica, psicológica, social e espiritual). Considera-se ainda que seja oferecido à comunidade os meios de tratamentos menos invasivos, primando sempre pela garantia dos direitos humanos. Entretanto, a Nova (velha) Política de Saúde Mental favorece a segregação, a prática punitiva de tratamento, o biologicismo, a medicalização, o agravamento da doença, a abstinência, o isolamento e o desrespeito. Abre também brechas para a violação dos direitos humanos, direito fundamental a liberdade, para a internação em massa de pessoas em situação de rua.

O atual contexto da Saúde Mental adota medidas que são contrárias às conquistas estabelecidas pelo processo histórico, político e social da Reforma Psiquiátrica, baseado na desinstitucionalização e na reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento mental em serviços de saúde implantados na RAPS que promove a autonomia, o convívio social e comunitário do usuário. Ao analisar a Nota Técnica 11/2019, constatou-se a redução do incentivo aos CAPS AD, o fortalecimento das comunidades terapêuticas, a inserção dos hospitais psiquiátricos na RAPS e o financiamento do Estado para a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia. Já a Lei 13.840/19 evidencia pontos como a promoção da abstinência, contrapondo as estratégias de redução de danos como meio menos invasivos e mais eficazes na recuperação da saúde da pessoa, as internações involuntárias como estratégia central no cuidado aos usuários de drogas e as comunidades terapêuticas como espaços de tratamento.

Portanto, a saúde mental brasileira optou por Políticas Públicas que fortalecem instituições privadas, financiadas com dinheiro público, as quais, por vezes, ofertam tratamentos questionáveis em sua eficácia, por meio de ações que violam os direitos humanos. Há uma contradição no manejo pela esfera federal das práticas de saúde, pois ofertam

tratamentos impositivos ao mesmo tempo em que afirmam o compromisso com a autonomia do sujeito e a oferta de um serviço humanizado, sendo contrário o que se prega e o que se aplica. É preciso incentivar que todas as portas de entrada de instituições com características asilares sejam fechadas e inviabilizar a abertura de novos leitos psiquiátricos em hospitais. Isso para deslocar a assistência em saúde mental para a rede de atenção extra-hospitalar, que inclui as diferentes modalidades de CAPS, SRT, Centro de Convivência e Cultura, UAs, os leitos de atenção integral, as equipes de Saúde da Família e os consultórios de rua. Esses serviços estão articulados em rede de base comunitária, que presa pela liberdade do indivíduo.

Ao evidenciar o retrocesso da Saúde Mental brasileira, busca-se a construção de Políticas Públicas de Saúde Mental sistematicamente planejadas com a participação democrática e efetiva da sociedade em sua formulação. Principalmente por aqueles profissionais que detém o saber da prática científica em torno da saúde coletiva e Políticas de Saúde Mental, para que então a realidade possa ser alterada. Dessa forma, não cabe apenas ao Estado decretar, alterar ou extinguir tais Políticas, mas sim promover amplas discussões que incluem toda a sociedade em sua formulação. Certamente o Estado tem que investir em Políticas Públicas de Saúde Mental que favoreçam a ampliação dos serviços substitutivos de atenção psicossocial, promovendo estratégias de redução de danos e os CAPS AD.

A população precisa ser conscientizada quanto à saúde mental, para que então entendam que não se trata de um problema de origem orgânica, exclusivo do cérebro, mas fruto das relações sociais em que o indivíduo está inserido, não havendo tratamento medicamentoso que recupere o sujeito em sofrimento mental, pois o medicamento só trata os sintomas, não promove a suposta cura. Se a população desconhece esse questionamento, ela então não possui apelo para defender uma saúde mental humanizada.

Por isso é necessário exercer o princípio do SUS, de controle social nas questões de saúde pública via conselhos de saúde, conferências de saúde e movimentos sociais diversos como importante estratégia para defender a saúde mental dentro dos moldes dos direitos humanos e de acordo com os princípios da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica estabelecida pela Lei 10.216. É preciso construir uma Política de Saúde Mental que seja centrada nas necessidades da população, baseada no saber científico moderno que preza pela garantia dos direitos humanos, pela valorização do sujeito como um todo e que promova formas de tratamento que não retire do indivíduo sua liberdade. A Luta Antimanicomial não acabou, há sempre uma evidência de retrocesso que precisa ser combatida.

Tendo em vista os resultados apresentados nessa pesquisa, sugere-se que sejam desenvolvidas pesquisas de campo nos dispositivos da RAPS, para verificar como tem sido os

cuidados ofertados aos usuários dos serviços públicos de saúde mental, considerando a influência dos marcos legais analisados no presente estudo.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Ed. Fiocruz. 136p. Rio de Janeiro, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Editora Fiocruz. 120p. Rio de Janeiro: 2007.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Geração Editora. 255p. São Paulo, 2013.
- BIDERMAN, Iara. **Saúde Mental Brasileira Sofre de Instabilidade**. Folha de São Paulo, p. 1-1. Mar. 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2019/05/saude-mental-brasileira-sofre-de-instabilidade.shtml>>. Acessado em: 28 de outubro de 2019.
- BRASIL. CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto 9.926, Decreto que dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas**, de 19 de julho de 2019.
- BRASIL. CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 8.069, Lei que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**, de 13 de julho de 1990.
- BRASIL. CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 9.455, Lei que define os crimes de tortura e dá outras providências**, de 07 de abril de 1997.
- BRASIL. CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº. 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica**, de 06 de abril de 2001.
- BRASIL. CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 11.343, Lei que institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – Sisnad**, de 23 de agosto de 2006.
- BRASIL. CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 12.847, Lei que institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências**, de 02 de agosto de 2013.
- BRASIL. CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 13.840, Lei que altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas**, de 05 de julho de 2019.
- BRASIL. CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Nota Técnica nº 11/2019, Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**, de 04 d 2019.
- BRASIL. COSTITUIÇÃO FEDERAL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **Conferência Regional de reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS**. Brasília, DF: Autor, 2005. Disponível em:<

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acessado em: 25 de outubro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS: a saúde do Brasil**. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_saude\\_brasil\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf)>. Acessado em 19 de outubro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília/DF, 1990. Disponível em:< [http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)>. Acessado em: 29 de outubro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 336** de 2002. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 3.088** de 2011. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 130** de 2012. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 3.588** de 2017. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.028** de 2005. Diário Oficial da União.

CARVALHO, Mariana Siqueira de. **A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988**. Revista de direito Sanitário, v. 4, n. 2, p. 15-31, 2003. Disponível em:< <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181/84812>>. Acessado em: 28 de outubro de 2019.

CONSENHO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. **Resolução nº 08, de 14 de agosto de 2019**.

CONSENHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

CHAGAS, Juliana; TORRES, Raquel. **Oitava Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma**. EPSJV/Fiocruz. 2008. Disponível em:< <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma>>. Acessado em: 28 de outubro de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CRP manifesta repúdio à Nota Técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde**. 2019. Disponível em:<<https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>>. Acessado em: 02 de novembro de 2019.

DESVIAT, Manuel; RIBEIRO, Vera. **A reforma psiquiátrica**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2015. Disponível em:<

m8JTO&sig=1tcYhIXnTIRL9OpA19FUIXHwapY#v=onepage&q=reforma%20psiquiatrica%20francesa&f=false>. Acessado em: 05 de outubro de 2019.

FILHO, Cláudio Bertolli. História da saúde pública no Brasil. In: **História da saúde pública no Brasil**. 1996.

FOUCAULT, Michel. **Histoire de la Folie à l'Âge Classique**. Paris: Gallimard, 1972.

GOODWIN, C. James. **História da psicologia moderna**. Editora Cultrix, 2005.

HEIDRICH, Andréa Valente et al. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. Disponível em:<<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/392>>. Acessado em 24 de setembro de 2019.

JORGE, Marco Aurelio Soares et al. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. 1997. Tese de Doutorado.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental**. SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, v. 4, n. 2, p. 1-19, 2008. Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009)>. Acessado em 14 de setembro de 2019.

MOREIRA, Solange. **As implicações das alterações na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para o exercício profissional de assistência social no Brasil**. Conselho Federal de Assistência Social. Brasília-DF. 2019. Disponível em:<Acessado em: 20 de fevereiro de 2020.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE E CENTRO DE DOCUMENTOS VIRTUAIS. **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: Participação Social Atropelada, de nova**. Analisepoliticaemsaude.gov. Instituição de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador-Bahia. 2020. Disponível em:<<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>>. Acessado em: 10 de março de 2020.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. **O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 7, n. 1, p. 128-141, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n1/1415-4714-rlpf-7-1-0128.pdf>>. Acessado em: 23 de setembro de 2019.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Eletroconvulsoterapia (ECT)/Eletrochoque: A produção de evidências sobre seu uso, eficácia e eficiência**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 11, n. 28, p. 46-68, 2019. Disponível em:<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69772/41712>>. Acessado em: 27 de abril de 2020.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 1, n. 2, p. 42-56, 2009. Disponível em:<

<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1126>>. Acessado em: 23 de setembro de 2019.

OLIVEIRA, William Vaz de. **A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 18, n. 1, p. 141-154, 2011. Disponível em:< <https://www.redalyc.org/pdf/3861/386138054009.pdf>>. Acessado em: 20 de novembro de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias**. Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Investimentos em saúde mental devem aumentar para atender às necessidades atuais das América**. 2019. Disponível em:< [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5882:investimentos-em-saude-mental-devem-aumentar-para-atender-as-necessidades-atuais-das-americas&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5882:investimentos-em-saude-mental-devem-aumentar-para-atender-as-necessidades-atuais-das-americas&Itemid=839)>. Acessado em: 28 de outubro de 2019.

PESSOA, Olívia Alves Gomes; CUNHA, Alexandre dos Santos. Efeitos da nova regulação uruguaia sobre a cannabis na fronteira com o Brasil: observação sobre os sistemas brasileiros de saúde e segurança pública. 2018.

SANGLARD, Gisele. **A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização**. Esboços: histórias em contextos globais, v. 13, n. 16, 2006.

SILVA, Anamaria Cavalcante e. *et al.* Políticas de Saúde Pública no Brasil: do período colonial à era Vargas (1500 a 1944). In: CAMPOS, Rodrigo Pires de. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública**. 2007.

SIQUEIRA, Monique Gonçalves de; EDLER, Flávio Coelho. **Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 12, n. 2, p. 393-410, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n2/v12n2a13>>. Acessado em: 19 de outubro de 2019.

TILIO, Rafael de. " **A querela dos direitos**": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. Paidéia, v. 17, n. 37, p. 195-206, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3054/305423758004.pdf>>. Acessado em: 23 de setembro de 2019.

TODOROV, João Cláudio. **A psicologia como estudo de interações**. Instituto Walden4, 2012.

VERTZMAN, Julio; SERPA JR., Otavio; CAVALCANTI, Maria Tavares. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1992. p.17 – 31.