



A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM RISCO*

Fátima Saionara Leandro Brito

Instituto Federal da Paraíba – Campus João Pessoa (IFPB)

Saionara.leandro@ifpb.edu.br

RESUMO

Neste trabalho busco narrar o percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil, para a partir de então problematizar as mais recentes diretrizes postas pelo governo federal, que a partir do ano de 2017 vêm confrontando o modelo implementado em 2001 quando da efetivação da lei reformista. O objetivo central deste texto é o de pôr em questão as mais recentes diretrizes que passaram a produzir uma espécie de retorno aos antigos moldes de tratamento psiquiátrico. Trata-se de analisar os discursos que estão postos nas leis, portarias e projetos coordenados pelo Ministério da Saúde, nos quais é possível localizar um embate discursivo entre o modelo reformista e o antigo modelo de assistência psiquiátrica, o qual justificava o enclausuramento dos corpos indesejáveis, tais como dos sujeitos nomeados loucos, alcoólatras, usuários de outras drogas, entre outros. Além disso, objetiva-se analisar o contraponto a esse retrocesso, com a Resolução nº 487 de fevereiro de 2023, posta pelo Conselho Nacional de Justiça, deixando clara a tensão gerada pelo poder exercido entre a Justiça e a Psiquiatria.

INTRODUÇÃO

Por meio deste artigo, poderá ser visto o processo que se iniciou desde as lutas antimanicomiais instauradas no país a partir da década de 1970 até a efetivação, no ano de 2001, da Lei 10.216, mais conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Observa-se a partir de então um deslocamento em relação às antigas práticas hospitalares e o planejamento de políticas públicas que visam, sobretudo, a assistência direcionada aos sujeitos acometidos de transtornos mentais inseridos na própria comunidade.

Num segundo momento, problematiza-se um outro deslocamento histórico implementado pelas políticas de saúde mental do Ministério da Saúde a partir do ano de 2017, tendo mais impacto e força decisória a partir do ano de 2019, com o apoio do

* O presente texto constitui uma nova versão atualizada do artigo intitulado REFORMA PSIQUIÁTRICA: DA LUTA ANTIMANICOMIAL AO DESMONTE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL, publicado na Revista [SYN]THESIS, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 58-70, jul./dez. 2020. Cadernos do Centro de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A partir dessa nova versão alguns trechos foram suprimidos e novas leis, decretos e resoluções passaram a incorporar a discussão redefinindo, portanto, os resultados.



então presidente da República, Jair Messias Bolsonaro. Tratam-se de políticas que caminham na contramão das ações promovidas pela reforma psiquiátrica¹.

Por fim, tem-se a Resolução nº 487 de fevereiro de 2023, posta pelo Conselho Nacional de Justiça – CNJ, a qual deixa clara a tensão gerada pelo poder exercido entre a Justiça e a Psiquiatria. Nesta resolução está posta, no âmbito dos Manicômios Judiciários, uma atenção reformista voltada para o tratamento dito humanizado para os pacientes internos que se encontram em conflito com a lei.

Estes deslocamentos – a reforma psiquiátrica, as novas políticas impostas pelo Ministério da Saúde a partir de 2017, bem como a Resolução do CNJ – são analisados tomando como fontes históricas leis, decretos, pareceres, resoluções e portarias relacionadas à Lei da Reforma Psiquiátrica e a Nota Técnica nº 11/2019 instaurada por meio do Ministério da Saúde. Todas essas fontes foram problematizadas sob a perspectiva da análise do discurso à luz de Michel Foucault. A proposta é buscar compreender as engrenagens discursivas que põem em evidência os sujeitos nomeados *loucos*, localizando os ditos e os não ditos discursivos que produzem significados e estabelecem sentidos de verdades sobre os corpos desses sujeitos.

OS PERCURSOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Influenciadas pelas políticas e pela reforma de saúde mental na Itália, as ações em torno da reforma psiquiátrica no Brasil despontaram em meados dos anos de 1970². As políticas instauradas naquele momento tinham como motor as reivindicações do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual, em 1987, lançava mão do lema: “Por uma sociedade sem manicômio” (AMARANTE, 1994, p. 81). Nesta política da reforma faz-se uso de estratégias discursivas com o propósito de combater as

¹ Optou-se por fazer uso da expressão *reforma psiquiátrica* grafada com letras minúsculas, exceto quando se tratar da Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

² A reforma brasileira começa nesta década uma luta contra as instituições psiquiátricas, quando em 1978 ocorre o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú (SC), o qual, naquele ano, teve como principal debate a reforma psiquiátrica. No ano de 1979, ocorre o I Congresso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo (SP) e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte (MG), todos atuando na luta contra o então modelo de assistência hospitalar aos pacientes psiquiátricos. Cf. PASSOS, 2009.



práticas vigentes. Isso acontece na medida em que são acionadas palavras como *manicômio*, *hospício*, *doente mental* e *loucura*, as quais, ao longo da reforma, foram sendo gradativamente substituídas por termos como *saúde*, *centro de atenção*, *transtorno mental*, com o intuito de diluir a negatividade existente em torno de homens e mulheres nomeados de loucos.

Os integrantes desse movimento buscavam construir na relação com familiares e com os diferentes segmentos da sociedade civil, antes excluídos do debate, uma outra maneira de compreender e tratar os pacientes psiquiátricos e, assim, obter um amplo apoio para a luta pela desmanicomialização. Desse modo, na reforma psiquiátrica se estabelecem outros significados em torno da loucura.

Dentre as várias leituras sobre a década de 1980, período em que o MTSM aponta para a emergência das lutas por uma sociedade sem manicômios, pode-se dizer que esta foi marcada por inúmeras transformações no âmbito político. Com o fim da Ditadura Militar e o retorno da democracia no Brasil, uma parcela da sociedade passou a acreditar na possibilidade de uma nação que proporcionasse melhores condições de vida, trabalho, estudo e direitos políticos para todos. Os movimentos que neste período lutavam por um país menos desigual e clamavam à redemocratização pareciam (co)moverem não apenas os setores políticos partidários, mas convidavam outras instâncias a lutarem pelos seus direitos. Assim, inseridos neste processo, os integrantes da saúde mental levantavam a possibilidade de reformulação da assistência psiquiátrica.

Seguindo esse caminho, os movimentos da reforma psiquiátrica emergentes no Brasil começavam a dialogar com outras políticas de saúde mental, pautando-se nos modelos que se iniciavam em outros países, a exemplo da França, com a *Psiquiatria de Setor*, da Inglaterra, com as *Comunidades Terapêuticas* e dos Estados Unidos, que também usavam de serviços comunitários. Esses modelos não buscavam o fim da instituição psiquiátrica, mas a sua reformulação por meio de novas técnicas de socialização, visando, sobretudo, a transformação da instituição psiquiátrica num lugar de convivência e reaprendizagem da vida coletiva.



Entretanto, é o modelo italiano de reforma psiquiátrica que constitui aquele no qual o movimento reformista brasileiro irá se pautar e estabelecer discussões mais aproximadas. Conhecido como *Psiquiatria Democrática*, o modelo italiano instaurou uma luta contra os manicômios³. Visando o fim dessas instituições, o psiquiatra Franco Basaglia⁴ passou a questionar a maneira como o poder médico atuava e como se legitimava em nome da ciência dentro do ambiente hospitalar. Diante de suas problematizações, foi elaborada a lei nº 180, aprovada em 13 de maio de 1978, com a perspectiva de pôr fim a tais instituições na Itália. Várias intervenções nos hospitais naquele país marcaram o processo de reforma psiquiátrica, tornando-se mais conhecidos os casos das cidades de Gorizia e Trieste.

Baseando-se nessa proposta, os reformistas das políticas de saúde mental no Brasil começaram a realizar inúmeros debates com intuito de desautorizar, enfraquecer e, por extensão, erradicar o então modelo de tratamento psiquiátrico existente. Desse modo, influenciado pelo paradigma italiano, o deputado Paulo Delgado, em 1989, elaborou o projeto de lei nº 3.657, o qual tramitou no Congresso Nacional por cerca de doze anos, passando por várias transformações até a aprovação da lei nº 10.216, datada de 6 de abril de 2001. Por meio da *Lei Paulo Delgado* como também ficou conhecida, estava sendo formalizada a reforma psiquiátrica brasileira. Nesse sentido, a partir de 2001, os processos de intervenções em instituições psiquiátricas⁵, que haviam se iniciado com os debates reformistas desde a década de 1980, passaram a ter respaldo legal e científico e, dessa maneira, tornaram-se mais efetivos.

Nesse sentido, para dar suporte ao processo de desinstitucionalização hospitalar, emerge, enquanto instituição modelo, o Centro de Atenção Psicossocial

³ O uso da palavra manicômio é estratégico na luta da reforma psiquiátrica. Por meio deste termo busca-se fazer inferência a um ambiente de descaso e desumanidade para com os pacientes. Os termos “clínica” ou “hospital psiquiátrico”, para os militantes da reforma, é uma tentativa de camuflar a exclusão e a segregação de tais pacientes. Sobre esses modelos de reformulação Cf. PASSOS, 2009.

⁴ Franco Basaglia foi médico psiquiatra e professor da Universidade de Parma que, ao assumir a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, cidade do Norte da Itália, promoveu inúmeras mudanças, instaurando, através da lei nº 180, a reforma psiquiátrica naquele país. Cf. PASSOS, 2009. Ainda sobre Franco Basaglia Cf. AMARANTE, 1996.

⁵ Sobre a reforma psiquiátrica no Brasil e o caso específico de intervenção por parte do Ministério da Saúde ocorrida no Município de Campina Grande – Paraíba, Cf. BRITO, 2011.



(CAPS)⁶, que objetiva dar assistência aos pacientes sob um caráter não asilar, não permitindo internações por um período superior a sete dias ininterruptos ou dez dias intercalados ao mês. Juntamente com os CAPS, outros projetos começaram a tomar corpo, a exemplo do Programa de *Volta Pra Casa*⁷, o qual se configura num auxílio reabilitação fornecido pelo Governo Federal, pago aos pacientes egressos de longas internações. Conta-se, ainda, com a implantação das Residências Terapêuticas⁸, que são casas onde pacientes oriundos de longa internação em hospitais psiquiátricos passam a ser abrigados. Seu modelo consiste em fornecer suporte a esses pacientes como um lar com livre trânsito e não como um ambiente fechado típico dos hospitais psiquiátricos. Sendo assim, tais programas visam manter esses pacientes em contato com seu universo familiar e/ou comunitário.

Observa-se que começa a emergir por meio da ordem das leis uma produção discursiva específica, e, assim, novas verdades sobre como tratar os portadores de transtornos mentais, que há muito foram enclausurados e excluídos da sociedade. Essa produção não se encontra isolada, ela faz parte de uma rede discursiva na qual se localizam psicólogos, sociólogos, assistentes sociais, entre outros, a qual emerge em meados da década de 1970⁹. Tal rede discursiva contribuiu para a instauração da reforma psiquiátrica e configura um *regime de verdade*, como diria Michel Foucault. Isto é, um regime que permite, em um determinado momento e em uma dada sociedade, separar o falso do verdadeiro, o aceitável do não aceitável; compreendendo, entretanto, que a verdade é histórica e mortal. Ela surge de acordo com as normas e exigências dos atores sociais, que constituem seu regime de possibilidades (FOUCAULT, 2005).

A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM RISCO

⁶ A Portaria que regulamenta os CAPS e suas funções é a de nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

⁷ Esse programa é regulamentado pela a lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e a Portaria/GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003.

⁸ As Residências Terapêuticas são regulamentadas por meio da Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, e a da Portaria/GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000.

⁹ Sobre a emergência da reforma psiquiátrica no Brasil, Cf. AMARANTE, 1994 e 2003.



Desde o projeto de lei nº 3.657, do deputado Paulo Delgado, publicado em 1989, a proposta era clara quanto ao fim do modelo hospitalar de assistência à saúde mental em vigor. Tratava-se de um projeto conciso, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de "recursos não-manicomiais de atendimento"; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação. Na aprovação do texto na Câmara dos Deputados, conseguiu-se suprimir o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos, e, apesar disso, a lei finalmente aprovada – lei 10.216, de 6 de abril de 2001 – foi considerada, pelo movimento da reforma, uma lei progressista, um passo à frente.

No entanto, desde 2017, o país vem passando por um revés das conquistas implementadas com a reforma psiquiátrica. Entraram em curso inúmeras portarias, decretos e resoluções que, como poderá ser visto, têm como propósito a promoção das antigas técnicas de tratamento ao portador de transtornos mentais. A partir do ano de 2019 as ações são efetivamente instrumentalizadas. Em 06 de fevereiro de 2019, o governo de Jair Bolsonaro, por meio do Ministério da Saúde, divulga uma Nota Técnica (NOTA TÉCNICA Nº 11/2019), com a finalidade de promover, reunir e reorientar as medidas nacionais na área da saúde mental.

O documento conta com um total de trinta e duas páginas por meio das quais são acionadas as mudanças na Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, deslegitimando o protagonismo da política de redução de danos, adotada há cerca de trinta anos no país, após esforços do movimento de sanitaristas e da luta antimanicomial. O texto representa uma mudança radical ao reunir as ações que já vinham sendo postas de maneira menos explícitas desde o final do ano de 2017.

A Lei da Reforma Psiquiátrica, lei 10.216, colocava em seu Art. 4º que a internação, em qualquer de suas modalidades, só seria indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes. A proposta era a de que o paciente fosse



tratado a partir da noção de ressocialização que se pauta na ideia da plena existência do sujeito em processo de sofrimento mental.

No entanto, as novas medidas, postas pela Nota Técnica, reorganizam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), informando que os serviços passam a ser compostos pelos seguintes setores:

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil)
Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
Hospital Psiquiátrico
Hospital-Dia Atenção Básica Urgência e Emergência
Comunidades Terapêuticas
Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas
(NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, p. 3)

Por extensão, a Nota Técnica nº 11/2019 pontua de forma enfática que todos os serviços que compõem a RAPS são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos, acrescentando que o Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. De acordo com o argumento exposto na Nota, a rede deve ser harmônica e complementar. O texto é finalizado, de forma taxativa, informando que não há mais por que se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum serviço substitui outro.

Para os militantes da reforma psiquiátrica no país, o texto representa um retrocesso. É como se vissem emergir os muros dos antigos manicômios, alicerçados por um discurso que promove, ao invés da igualdade de direitos e do tratamento digno para os pacientes, novas formas de enclausuramento e exclusão social. Ademais, a rede ambulatorial é incentivada e defendida por meio da nova política, pois, de acordo com o Ministério da Saúde, tais serviços buscam tratar de casos diferentes daqueles que são acolhidos pelos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).



O Ministério da Saúde não apoiará o fechamento de Ambulatórios, pois são serviços que não concorrem com os CAPS, na medida em que fornecem assistência a pacientes com necessidades distintas. Pelo contrário, o Ministério da Saúde passa a incentivar, inclusive financeiramente, a abertura e fortalecimento de tais Serviços, com o objetivo de dar conta da grande demanda reprimida para tratamento comunitário em Saúde Mental no país. (NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, p. 4).

Trata-se de redirecionar os esforços, bem como as verbas do governo para antigas formas de tratamento em saúde mental. Os leitos nos hospitais gerais também são fortalecidos e incentivados a partir da Nota Técnica. O fato é que o Ministério da Saúde afirma ser um outro grave problema a falta de leitos psiquiátricos qualificados em hospitais. Em continuidade, alega que a escassez de leitos para a prestação de assistência aos pacientes é bastante preocupante, e que, diante disso, o Ministério se posiciona de forma atenta a essa questão.

No documento, alega-se ainda que, em decorrência da falta de leitos em hospitais gerais e em hospitais psiquiátricos, houve um inchaço no sistema prisional por doentes mentais graves tornando as cadeias o “maior manicômio do Brasil na atualidade”. Os esforços em deslegitimar as ações postas pela reforma psiquiátrica, principalmente aquelas ações que sucederam a aprovação da lei em abril de 2001, evidenciam-se na construção dos seguintes argumentos:

Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das crackolândias, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica. (NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, p. 5).



Pode-se observar que as desordens sociais passam a ser atribuídas às ações das políticas de desmanicomialização propostas pela reforma psiquiátrica. É acionada a imagem do *louco perigoso*, portador de um corpo ameaçador, que habita as ruas das cidades, as cracolândias, as cadeias. Essa identidade de periculosidade da loucura, há muito combatida pelos reformistas, é reafirmada pelo Ministério da Saúde. Há a produção de novos sentidos e de antigas identidades que se baseiam na ameaça da loucura. Construções como essas faziam parte da medicina psiquiátrica emergente no Brasil no início do século passado, a qual se via apoiada no modelo europeu de tratamento, cuja psiquiatria passava a instituir, por meio da noção de degeneração, a periculosidade da loucura.¹⁰

De acordo com Ferla (2009), os estudos criminológicos em torno do degenerado podem ser explicados no seio da civilização ocidental devido à emergência das classes perigosas, assim consideradas por portarem ameaças de diversas naturezas tais como criminal, sanitária e política, as quais poderiam fomentar a epidemia, o crime e a rebeldia social. Diante desses impasses sociais, os estudos da Escola Criminológica de cunho positivista estiveram apoiados em argumentos científicos e na ideologia social de normatização das condutas e das práticas. O objetivo consistia em propor soluções para os incômodos impasses.

Ao analisar os novos discursos produzidos pela Nota Técnica, veem-se os portadores de transtornos mentais enquadrados, em outros termos, nas noções de degeneração, por meio do qual o destino esperado é a prisão ou a ruas. Não se trata de mobilizar os sentidos que estão em torno dos transtornos mentais como uma patologia que precisa ser tratada e acompanhada dadas as suas especificidades, mas de acionar os antigos significados da periculosidade da loucura. É em razão desses significados que a internação em hospitais gerais e em hospitais psiquiátricos se justifica. Para tanto, torna-se necessário deslegitimar as ações da reforma psiquiátrica, informando que todas as medidas atendem a anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados

¹⁰ Sobre a relação loucura e criminalidade, bem como a instituição Manicômio Judiciário, Cf. BRITO, 2016.



diariamente por profissionais da RAPS e às necessidades apontadas por um diagnóstico inédito feito pelo Ministério da Saúde. De acordo com o documento:

Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%), irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNASH, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses Serviços. (NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, p. 5).

Para que a reforma psiquiátrica seja deslegitimada, entra em cena a produção de novos significados por meio de um discurso que busca torná-la desacreditada frente à sociedade brasileira. Em contrapartida, efetiva-se a produção das antigas técnicas de tratamento psiquiátrico como o lugar onde repousa a verdade da cura. Assim, a composição das novas medidas se estende ao uso da eletroconvulsoterapia (ECT), técnica conhecida popularmente como eletrochoque.

De acordo com as medidas implementadas, o argumento é de que ao se tratar de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no Sistema Único de Saúde (SUS) a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população: “Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde”. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, p. 6).¹¹

¹¹ Hoje não se questiona a eficácia do tratamento da eletroconvulsoterapia (ECT), pois se trata de uma técnica em muitos aspectos diferentes do imaginário que o eletrochoque nos deixou ao longo de sua história. Trata-se de se questionar sobre o seu uso irrestrito como recurso ao tratamento psiquiátrico. É



Nessa construção discursiva, torna-se importante a legitimidade científica das novas ações. Portanto, com a Nota Técnica afirma-se que é importante frisar que não há qualquer motivo para privar o paciente com transtorno mental de uma rede *potente, poliárquica*, com serviços de diferentes níveis de complexidade integrados e articulados. E continua alegando que não há nenhuma evidência, por exemplo, de que Ambulatórios Multiprofissionais, Hospitais-Dia e Hospitais Psiquiátricos devam ser excluídos da RAPS, em nenhum lugar do mundo.

Basta estudar os Sistemas Públicos de Saúde Mental do Canadá (“British Columbia Mental Health Services”), Austrália (“Australian Mental Health Service Organisations”), França (Relatório Sumário - Saúde Mental na França - OMS), Alemanha (Brochura sobre o Sistema de Saúde Alemão - OMS) e Reino Unido (“National Health Services - UK - South London and Maudsley Trust”), por exemplo. (NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, p. 7-8).

A noção de cientificidade é acionada para que se possa fortalecer os argumentos postos. Torna-se claro que, ao recorrer às ações postas em outros países, a Nota Técnica não faz alusão à experiência italiana de saúde mental, tampouco discorre sobre o levantamento teórico e científico que sustenta as suas teses. Ainda de acordo com essa produção de significados, a saúde mental passa a ser comparada às outras áreas de assistências promovidas pelo SUS. Sendo assim, deve-se atentar para como se organizam a cardiologia, a ortopedia ou a oncologia e os serviços devem seguir os princípios básicos de *legalidade, ética, atendimento humanizado, qualidade*, além de serem baseados em evidências. Em continuidade, a Nota afirma que as três esferas de Governo devem atuar de forma orientadora e fiscalizadora, garantindo o seguimento das normativas vigentes, devendo os serviços serem sempre regulados, fiscalizados e melhorados.

consenso médico de que esse recurso pode ser usado quando esgotadas todas as possibilidades de tratamento psiquiátrico e deve ser realizado com profissionais qualificados e em ambientes seguros para a sua aplicação. Portanto, não se desconsidera os atuais estudos e os importantes resultados dessa prática em casos muito específicos de pacientes que apresentam refratariedade ao tratamento medicamentoso, mas se questiona a expansão irrestrita de um tratamento como este que pode vir a recair nas antigas práticas de punição.



Outro aspecto levantado dentro do tratamento de saúde mental é a abordagem das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas ou com dependência de substâncias psicoativas. De acordo com as novas ações, o paciente nessas condições pode ser levado para as Comunidades Terapêuticas, as quais devem ser estimuladas e ampliadas, para que haja o efetivo tratamento e acompanhamento. Nesse contexto, as determinações colocam que, no início do ano de 2018, ocorreram também mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD 01/2018), com o objetivo de promover ações que façam frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas, no país.

A partir de 2019, tal Política passa a ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, conforme a medida provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019. O fato é que, ao se retirarem essas competências do Ministério da Saúde, passam-se a ser implementadas medidas que não condizem com as políticas de redução de danos postas na área da saúde mental até então.

A proposta da reforma psiquiátrica é a da efetiva convivência do sujeito na sociedade. Superada a condição de crise provocada pelo uso de álcool e outras drogas, se faz necessária a reinserção social do sujeito para que este reative o pertencimento à comunidade de forma a integralizar, entre outros aspectos, a família e as atividades laborativas. Não se trata da retirada plena do sujeito da sociedade, pois, ainda de acordo com os reformistas, essa ação significa apenas a retirada de cena de tal problema, mas não a sua elucidação. Ao contrário do CAPS, que propõe o cuidado do sujeito inserido socialmente e propõe o auxílio na reorganização de suas vivências, essas internações prolongadas em serviços fechados retiram os sujeitos da sociedade e os devolvem à mesma situação de risco e contato com o álcool e/ou com as drogas em seguida. Portanto, a abstinência não pode ser o único recurso terapêutico para a solução do problema.

Por fim, acerca da política adotada para a internação de crianças e adolescentes, conforme a Nota Técnica, não há restrições absolutas para o atendimento



de pacientes menores de idade nos serviços da RAPS, uma vez que deva ser aplicável o *bom-senso*, a *ética* e o “princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente”. Em continuidade, alega-se que “o melhor interesse do paciente deve sempre prevalecer” (NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, p.24). É importante ressaltar que aos menores de idade não são aplicadas as responsabilidades de decisões como estas relativas aos aspectos de sua internação. Trata-se de sujeitos incapazes de decisões com este grau de complexidade, ainda mais se for levado em consideração o seu estado de saúde mental no momento da internação.

No documento é ressaltado, ainda, que não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em enfermarias psiquiátricas de Hospitais Gerais, ou de Hospitais Psiquiátricos, a partir da resposta a uma consulta feita ao Conselho Regional de Saúde do Estado de São Paulo:

A internação psiquiátrica de crianças e adolescentes é juridicamente possível, desde que algumas condições especiais sejam respeitadas. É vedada a permanência de crianças e adolescentes em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área de abrigamento (quarto, enfermaria ou ala) de adultos, e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns. Porém, quando forem indicadas pelo médico, e devidamente registradas em laudos, como providências úteis ao tratamento em si, sob o ponto de vista do estrito interesse da saúde do paciente (da criança e do adolescente), e desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação voluntária ou involuntária, ou do Juiz de Direito, na internação compulsória), poderá haver exceções a essa regra. (NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, p.24).

De início, há de se notar que se trata de uma resposta local e não de um posicionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS). No entanto, a legitimidade da informação deve ser exposta. Na resposta, pode-se observar que não se trata de proibições à internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, desde que algumas condições específicas sejam respeitadas, dentre elas a internação em alas de adultos e a convivência em atividades recreativas em ambientes comuns.



Além disso, coloca-se a necessidade do cumprimento legal para a efetivação da internação, quando inevitável tal ação, a exemplo da autorização do responsável, ou ainda quando estipulada pelo Juiz de Direito em caso de internações compulsórias. O Conselho Regional de Saúde do Estado de São Paulo não promove a internação de crianças de adolescentes em estabelecimentos fechados como primeiro recurso, mas apenas quando necessário seguindo as mencionadas especificações.

Trata-se de uma medida contrária ao que colocava até então a portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nessa portaria, produzida como forma de regulamentar as medidas implementadas pela reforma psiquiátrica, estava posto a efetivação do CAPS-i – Serviço de Atenção Psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes na Rede e não no ambiente hospitalar como propõem as novas políticas de saúde mental.

Dentro da conexão dessas novas medidas com aquelas que suprimiam o sujeito de sua existência no convívio social, é importante ressaltar que a infância constituía um forte interesse para autores da degenerescência. Tal interesse pela infância, por um lado, representava um precoce combate à delinquência, à medida que se buscava evitar a propagação contagiosa dos hábitos antissociais e moralmente condenáveis; por outro, significava a formulação teórica que, por meio do evolucionismo e do organicismo, apontava para a predisposição a atos de criminalidade e à má formação do caráter. De acordo com essas abordagens teóricas, presentes no meio científico de fins de século XIX e primeira metade do século XX, havia a crença de que as tendências físico-patológicas responsáveis pela moral dos delinquentes, caso identificadas na infância, poderiam ser evitadas ou pelo menos contidas. A criança representava um ponto de fusão entre os seus antepassados e as futuras gerações.

Diante dessas novas determinações, é possível que a infância, assim como os usuários de álcool e outras drogas, os moradores de rua e os delinquentes constituam um material humano importante para as novas formas de enclausuramento. Inseridos no tempo atual, não é possível visualizar quais os reais interesses dessas novas políticas e



desses novos discursos que as legitimam, tampouco como irá funcionar toda essa engrenagem. No entanto, ao longo deste artigo, buscou-se mostrar que se trata de velhas práticas sobre as quais bem sabemos a sua história e os seus impactos na sociedade.

PISQUIATRIA E JUSTIÇA: NOVOS DILEMAS

O cenário institucional que atravessa a loucura é tingindo historicamente por dois campos de saber: a psiquiatria e a justiça. Cada um, a seu modo, busca tomar posse desse corpo que, de acordo as determinações ou com os diagnósticos, se apresenta como incapaz. É neste cruzamento que as relações de poder e saber se estabelecem e se apresentam de forma conflituosa. Viu-se há pouco que o Ministério da Saúde, a partir de 2017, e de forma mais incisiva a partir de 2019, orientou uma conduta de tratamento na área da saúde mental que conduz às antigas práticas, as quais estabelecem como centro a hospitalização, portanto, abre espaço para o enclausuramento e a exclusão social.

O Conselho Nacional de Justiça – CNJ, em 15 de fevereiro de 2023, publicou a Resolução n. 487 que passa a instituir a “Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.” Trata-se da retomada, no âmbito da justiça, das práticas reformistas e dos cuidados terapêuticos no seio comunitário a partir dos manicômios judiciários.¹²

Esta resolução inova, dentre diversos aspectos, pela sua reconstrução conceitual, lançando mão de termos que apontam para o respeito à diversidade de forma ampla como pode ser visto em diversas passagens de suas considerações: “... a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas *interseccionalidades*... a atenção às *minorias com vulnerabilidades acrescidas e suas*

¹² Sobre a história do Manicômio Judiciário da Paraíba, conferir a tese de doutorado intitulada “Vidas Errantes Entre a Loucura e a Criminalidade: Uma História da Emergência do Manicômio Judiciário no Estado da Paraíba” (BRITO, 2016).



interseccionalidades, bem como os atos normativos do CNJ sobre a temática em relação à privação de liberdade...” (Grifo meu).

É possível perceber que a construção discursiva do texto vai na contramão do que vinha sendo posto pelo Ministério da Saúde a partir de sua ala mais conservadora. Em seu Capítulo I, que trata das disposições gerais, está posto:

Art. 3º

II – o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, com especial atenção aos aspectos interseccionais de agravamento e seus impactos na população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, convalescentes, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das pessoas com deficiência;” (RESOLUÇÃO – CNJ Nº 487/2023)

Além da visível preocupação com a pluriversalidade dos sujeitos sociais acometidos de transtornos mentais, a resolução coloca que a internação está fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso e não podendo ultrapassar o período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, vedando a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos.

Enquanto suporte teórico, a resolução está construída nas bases da Justiça Restaurativa que vem sendo implementada no Brasil pelo CNJ, a partir da Resolução 225 de 31 de maio de 2016, a qual em meio a sua ampla proposta busca dirimir os conflitos que, diante da complexidade dos fenômenos e violência, devem ser considerados, não só os aspectos relacionais individuais, mas também, os comunitários, institucionais e sociais que contribuem para seu surgimento, estabelecendo-se fluxos e procedimentos que cuidem dessas dimensões e promovam mudanças de paradigmas, para a promoção de espaços apropriados e adequados.

Assim, mediante esse novo olhar jurídico, a Resolução 487/2023 coloca ainda em seu Capítulo I “X – a restauratividade como meio para a promoção da harmonia



social, mediante a garantia do acesso aos direitos fundamentais e a reversão das vulnerabilidades sociais.” (Grifo meu). Em continuidade aponta ainda que:

XI – atenção à laicidade do Estado e à liberdade religiosa integradas ao direito à saúde, que resultam na impossibilidade de encaminhamento compulsório a estabelecimentos que não componham a Raps ou que condicionem ou vinculem o tratamento à conversão religiosa ou ao exercício de atividades de cunho religioso; e XII – respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e comunitários. ((RESOLUÇÃO – CNJ N° 487/2023)

Diante do exposto e a título de considerações, o Conselho Nacional de Justiça aponta para uma linguagem construtiva de uma política de acesso no âmbito da saúde mental inseridas a partir dos manicômios judiciários que realoca a tensão e as disputas de poder/saber entre justiça e psiquiatria em torno dos corpos nomeados loucos e criminosos. Pautada na noção de cuidado e ressocialização dos sujeitos que há anos permanecem no limbo desses dois saberes e continuam na ordem do enclausuramento institucional, essa nova política, ancorada nos termos da lei da reforma psiquiátrica, implementa outras zonas de tensões¹³ sobre como deva ser o tratamento/cuidado dos sujeitos portadores de transtornos mentais em conflito com a lei, evidenciando as relações conflituosas no entorno dos sujeitos em questão e demonstrando que, em certos aspectos, tais áreas podem estar a serviço das políticas partidárias em dados momentos históricos.

LEGISLAÇÃO CITADA

<ul style="list-style-type: none">• Lei federal nº 7.853/1989• Lei federal nº 10.216/2001• Lei federal nº 10.406/2002• Lei federal nº 10.708/2003• Projeto de Lei federal nº 3.657/1989• Parecer federal nº 8/1991(substitutivo)	<ul style="list-style-type: none">• Portaria/GM nº 2.077/2003• Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS• Resolução CONAD nº 1/2018• Resolução CIT nº 32/2017• Portaria GM/MS nº 3588/2017
---	---

¹³ A partir da Resolução do CNJ, N. 487/2023, a Associação Brasileira de Psiquiatria passou a lançar notas e a convocar a sociedade civil em suas redes sociais para o perigo da soltura dos pacientes dos manicômios judiciários pelo país, demonstrando a relação conflituosa de poder existentes entre os dois campos de saber.



<p>do projeto de Lei nº 3.657 de 1989)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parecer federal nº 43/1999 (substitutivo do projeto de Lei nº 3.657 de 1989) • Decreto nº 3298/1999 • Lei Italiana nº 180/1978 • Portaria/GM nº 106/2000 • Portaria/GM nº 1.220/2000. • Portaria/GM nº 336/2002. 	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria Interministerial nº 2/2017 • Portaria GM/MS nº 2663/2017 • Portaria GM/MS nº 1315/2018 • Portaria SAS/MS 544/2018 • Portaria GM/MS nº 2.434/2018 • Resolução CIT nº 35/2018 • Resolução CIT nº 36/2018 • Resolução CNJ nº 225/2016 • Resolução CNJ nº 487/2023
--	---

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Asilos, alienados e alienistas*. In: _____. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRITO, Fátima Saionara Leandro. *Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e a reforma psiquiátrica em Campina Grande – PB*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco. UFPE, Recife, 2011.

_____. *Vidas Errantes Entre a Loucura e a Criminalidade: Uma História da Emergência do Manicômio Judiciário no Estado da Paraíba*. Tese de doutoramento em História – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

CASTRO, Edgardo. *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Psiquiatria e Neurologia (CID-10). Vol. 1. São Paulo: Edusp, 2008.

DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Felix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

FERLA, Luis. *Feios, sujos e malvados sob medida: a utopia médica do biodeterminismo, São Paulo (1920-1945)*. São Paulo: Alameda, 2009.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 21ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.

_____. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.



GULLAR, Ferreira. *Uma lei errada*. Jornal Folha de São Paulo: Domingo, 12 de abril de 2009.

INGENIEROS, José. *O Homem medíocre*. São Paulo: Ícone, 2012.

LOMBROSO, Cesare. *O Homem delinquente*. São Paulo: Ícone, 2007.

LOUGON, Mauricio. *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PASSOS, Izabel C. Friche. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.