

# REFORMA PSIQUIÁTRICA: DA LUTA ANTIMANICOMIAL AO DESMONTE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

FÁTIMA SAIONARA LEANDRO BRITO\* E MONIQUE ALVES VITORINO\*\*

**Resumo:** Por meio do presente artigo, buscou-se historicizar os movimentos reformadores da saúde mental no Brasil que, desde a década de 1970, estabeleceram um combate às formas degradantes de tratamento em saúde mental, as quais se pautavam no enclausuramento e na exclusão social dos sujeitos nomeados loucos. Tais movimentos tiveram suas ações legitimadas a partir da efetivação da Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, mais conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Além desse processo histórico, buscou-se problematizar as novas ações do Ministério da Saúde que, desde o ano de 2017, vêm instaurando, por meio de portarias, decretos e resoluções, o retorno às antigas técnicas de tratamento ao portador de transtornos mentais e o consequente desmonte da luta antimanicomial.

**Palavras-chave:** Reforma psiquiátrica. Luta antimanicomial. Saúde mental. Desmonte.

## **Psychiatric Reform: from the anti-asylum fight to the obliteration of mental health policies in Brazil**

**Abstract:** The present article pursued to historicize mental health reform movements in Brazil, which since the 1970s, have established a combat against degrading forms of mental health treatment that were based on confinement and social exclusion of those known as insane. Such movements had their actions validated by the enforcement of the Federal Law No. 10.216, published on April 6, 2001, better known as the Psychiatric Reform Law. In addition to this historical process, this research pursued to problematize the new actions of the Ministry of Health, which since the year of 2017, have been establishing ordinances, decrees and legal resolutions that validate the return to the old treatment techniques for patients with mental disorders and the consequent obliteration of the anti-asylum fight.

**Keywords:** Psychiatric reform. Anti-asylum fight. Mental health. Obliteration.

\* Professora do Instituto Federal do Sul de Minas Gerais. Graduada em História pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestre em História pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Doutora em História pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: saionaralleandro@hotmail.com

\*\* Graduada em Licenciatura em Letras pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestre e Doutora em Letras pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora substituta na UEPB. E-mail: moniquevitorino@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O outro, o estranho, o doente, o anormal... Eis a nomenclatura que historicamente desenha e contorna os traços dos sujeitos nomeados loucos em nossa sociedade. Separados por fronteiras não apenas simbólicas, mas, sobretudo, fronteiras de concreto, visíveis e palpáveis, tais sujeitos são negados e negativados através das falas e dos gestos exteriores a eles, os quais se inscrevem em seus corpos tal qual um ideograma, tatuando signos estranhos e alheios à sua existência. Desde o final do século XIX e início do século XX, no Brasil, foi retirada a possibilidade de tal sujeito vivenciar as experiências existentes fora do espaço hospitalar. Os muros que cercam essas instituições têm por função primeira separar a *razão* da *não razão*, ou, como queiram, o *normal* do *anormal*. O hospício constitui, assim, para essas *existências relâmpagos*, um ponto difuso e entrecruzado por discursos que os imprimem sob a luz da verdade médica enquanto o *outro* em nossa sociedade.

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 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 (re)planejamento de políticas públicas que visam, sobretudo, à 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 então presidente da República, Jair Messias Bolsonaro. Trata-se de políticas que caminham na contramão das ações promovidas pela reforma psiquiátrica<sup>1</sup>.

Esses dois deslocamentos – a reforma psiquiátrica e as novas políticas impostas pelo Ministério da Saúde – são analisados tomando-se como fontes históricas leis, decretos, pareceres e portarias relacionados à Lei da Reforma Psiquiátrica e à Nota Técnica nº 11/2019 instaurada por meio do Ministério da Saúde. Todas essas fontes foram problematizadas sob a perspectiva da análise do discurso influenciada por 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 1970<sup>2</sup>. 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 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 do MTSM 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, nesse período, lutavam por um país menos desigual e clamavam à redemocratização pareciam (co)mover não apenas os setores político-partidários, mas

convidavam outras instâncias a lutarem pelos seus direitos. Assim, inseridos neste processo, os integrantes dos setores 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, à transformação da instituição psiquiátrica num lugar de convivência e reaprendizagem da vida coletiva.

Entretanto, é o modelo italiano de reforma psiquiátrica que constitui aquele pelo 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 manicômios<sup>3</sup>. Visando ao fim dessas instituições, o psiquiatra Franco Basaglia<sup>4</sup> 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 o 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 psiquiátricas<sup>5</sup>, 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.

Por meio dessa lei, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de *transtornos mentais*, ganham ênfase os processos de desinstitucionalizações hospitalares, cujas propostas visam pôr fim às instituições com características asilares. Ou seja, foram encerradas instituições definidas como aquelas que não proporcionavam tratamento considerado pelos reformistas como adequado aos pacientes por não ofertarem uma assistência integral, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, dentre outros, além da inserção social do paciente no seio da comunidade, junto à família.

Nesse sentido, para dar suporte a tais processos, emerge, enquanto instituição modelo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>6</sup>, 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*<sup>7</sup>, 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 Terapêuticas<sup>8</sup>, que são casas onde pacientes que foram abandonados pela família 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 homens e mulheres em contato com seu universo familiar e/ou comunitário.

Trata-se, portanto, de um conjunto de medidas que complementam as ações em torno da extinção dos hospitais psiquiátricos. O parecer nº 43 de 1999<sup>9</sup> imprime mudanças no projeto de lei nº 3.657, do deputado Paulo Delgado, proposto em 1989. Em seu artigo 4º, o parecer postulava que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo poder público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente seriam permitidas nas regiões em que não existisse estrutura assistencial adequada. Desse modo, a partir desse parecer, pode-se observar uma mudança quanto à questão da existência dessas instituições, pois a proibição à

manutenção e construção de novos hospitais psiquiátricos já não abrangia todo o território nacional, mas dependia das necessidades de cada região.

Além disso, o parecer nº 43 está fortemente influenciado pela perspectiva do médico italiano Franco Basaglia, autor da lei nº 180 da Reforma Psiquiátrica na Itália. A lei italiana, em seu artigo 7º, parágrafo 6º, afirma que: “É *absolutamente proibido*”<sup>10</sup> construir novos hospitais psiquiátricos, utilizar os já existentes como divisões psiquiátricas especializadas de hospitais gerais, instituir nos hospitais gerais seções psiquiátricas e utilizar como tais, seções neurológicas ou neuropsiquiátricas.”<sup>11</sup> Trata-se, portanto, de uma aversão ao modelo hospitalar até então existente, e uma adesão às formas de tratamento fora dos muros da instituição asilar, significando uma anulação/proibição das instituições psiquiátricas vigentes no país.

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 1970<sup>12</sup>. 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).

Os discursos e os poderes se entrelaçam e, elaborados pelos agentes da fala, acionam ordenações que possibilitam, em um determinado momento histórico, a emergência das instituições psiquiátricas como sendo o lugar que livraria os pacientes do sofrimento das ruas ou existente dentro das Santas Casas de Misericórdia<sup>13</sup>. Pouco mais de um século e meio depois de tal emergência, o regime muda e os discursos produzidos pelas autoridades voltam-se contra as instituições psiquiátricas, no sentido de impor uma nova ordem para a loucura.

Para tanto, o uso da palavra *manicômio* como estratégia das políticas reformistas pode ser encontrado no parecer nº 8 de 1991, que reajusta o texto do projeto de lei nº 3.657 de 1989, o qual culminou na Lei da Reforma Psiquiátrica. A palavra *manicômio* é usada de forma expressiva nesse documento. O trecho que abre o parecer afirma que essa lei “[...] dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais”<sup>14</sup>. Desse modo, essa palavra é usada com o intuito de desconstruir a rede de assistência às doenças mentais até então vigente, e implantar um novo modelo de tratamento que não utilize como meio a segregação e a exclusão daqueles que necessitam de assistência psiquiátrica. Por outro lado, o uso da palavra significa não fazer referência a qualquer termo ou expressão como *clínica* ou *hospital psiquiátrico* que, para os militantes da reforma, camuflam uma realidade de exclusão e de *manicomialização*.

Observa-se, portanto, que as palavras usadas no curso da reforma psiquiátrica estão revestidas de poder e significados. Termos como *manicômio*, *hospício*, *sanatório*, são usados de forma estratégica, pois emitem signos negativos em torno destes espaços. É com base em tais estratégias de uso que os conceitos em torno da loucura passaram a ser (des)construídos. Não por acaso, a questão da reformulação dos conceitos exerce um papel importante frente a esse processo. Sobre esse aspecto, o modelo de reformulação italiano mais uma vez exerce influência sobre a perspectiva brasileira, uma vez que é nele que os reformadores da saúde mental no Brasil buscam a inspiração necessária para elaborar a sua própria legislação.

Com a reforma psiquiátrica na Itália, acionou-se um novo discurso na tentativa de desnaturalizar a negatividade que envolve a loucura. Assim, os basaglianos<sup>15</sup> usam, por exemplo, no lugar da palavra *loucura* a expressão *existência sofrimento* (PASSOS, 2009, p. 142), executando, desse modo, um movimento da linguagem na tentativa de devolver os pacientes nomeados de loucos para o convívio social existente fora dos muros do hospital psiquiátrico.

O conceito de *doença*<sup>16</sup>, por sua vez, legitimava o *poder psiquiátrico*<sup>17</sup> e justificava a necessidade de internação. Uma vez atribuído pela autoridade médica aos pacientes que necessitavam de tratamento psiquiátrico, tal conceito estigmatizava-os, instituindo-os enquanto sujeitos patológico-anormais.

Em outras palavras, essa articulação discursiva é feita com o propósito de desmontar os significados negativos até então atribuídos por meio dos diagnósticos. A proposta é a de

desconstruir a doença mental inscrita no âmbito positivista da medicina, utilizando, além da expressão *existência sofrimento*, noções como mal-estar, privação psicológica e distúrbios mentais. Estas, segundo Passos (2009, p. 225), “[...] inscrevendo-se no âmbito desmedicalizado das relações e vivências do indivíduo”.

A redefinição teórica em torno do conceito de doença tornou-se importante na luta da reforma psiquiátrica, na medida em que instaura “agenciamentos” de práticas que visam, sobretudo, retirar os pacientes de dentro dos hospitais psiquiátricos (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Apesar da lei italiana nº 180 ainda fazer uso do conceito de *doença mental*<sup>18</sup>, vê-se, por meio dos movimentos da *psiquiatria democrática*, uma maquinaria discursiva que passa a tecer novos significados em torno da loucura, acionando outros conceitos em seus discursos, na tentativa de suavizar o peso negativo que lhe foi historicamente atribuído. Um exemplo das remontagens conceituais propostas pelos italianos é a substituição da noção de *cura* por *emancipação terapêutica* (PASSOS, 2009, p. 154).

Desse modo, os reformistas da saúde mental no Brasil têm substituído o termo *doença*, que servia para nomear a diferença e a anormalidade, por outros termos, como pode ser visto no texto de abertura da lei nº 10.216, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de *transtornos mentais*<sup>19</sup>, e redireciona o modelo assistencial em *saúde mental*<sup>20,21</sup>. Assim, expressões como *saúde mental* e *transtorno mental* ocupam o lugar antes destinado ao conceito de doença, exercendo um combate contra a patologização da loucura, que, em outro momento, motivava e justificava o enclausuramento dos pacientes em instituições psiquiátricas baseando-se na noção de periculosidade da doença mental.

## A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM RISCO

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-manicomial 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, as conquistas implementadas com a reforma psiquiátrica no país vêm passando por um revés. 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. Mas é a partir do ano de 2019 que 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 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 documento representa uma mudança radical ao reunir as ações que já vinham sendo postas de maneira menos explícita 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  
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, 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 Centros 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. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, 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 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 cracolândias, 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. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 5).

Pode-se observar que todas as desordens sociais passam a ser atribuídas às ações das políticas de desmanicomialização propostas pela reforma psiquiátrica. Passa a ser 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.

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.

A medicina psiquiátrica no Brasil teve forte influência da Criminologia e da Antropologia Criminal, principalmente do italiano Césare Lombroso (1835-1909). Em sua obra *O Homem Delinquente* (LOMBROSO, 2007), escrita em 1876, Lombroso buscou elaborar um estudo sistemático dos signos considerados anormais localizáveis nos corpos dos sujeitos criminosos ou predispostos ao crime. Tratava-se dos estigmas que poderiam ser identificados a partir do rigor científico e, assim, contribuir para a prevenção e combate à criminalidade. A proposta era fazer uma separação entre o homem honesto, considerado como o tipo normal e sociável, e o homem delinquente, estigmatizado como o tipo inferior e pré-social.

Nessa construção da medicina psiquiátrica, houve o diálogo de forma efetiva com as teorias produzidas na Argentina por José Ingenieros. Em sua obra *O Homem Mediocre*, publicada em 1913, ele empregava a ideia de que o homem é produto de dois fatores: a herança e a educação. No campo da Criminologia, a degeneração representa a chave de suas pesquisas. Para ele, havia um revivescimento de características atávicas que reapareciam nos homens e que os vulgarizavam, impelindo-os à prática de atos antissociais. Em seus argumentos produzia os seguintes contornos da degeneração:

São inúmeros. Todas as formas corrosivas da degeneração desfilam nesse caleidoscópio como se ao conjuro de um maléfico exorcismo, se convertesse em pavorosa realidade os mais sórdidos ciclos de um inferno dantesco: parasitas da escoria social, fronteiriços da infância, comensais do vício e da desonra, tristes que se movem perturbados por sentimentos anormais, espíritos nos quais sobrelevam a fatalidade de heranças enfermizas e sofrem da carcoma inexorável das misérias do ambiente social. (INGENIEROS, 2012, p. 109).

Em continuidade, Ingenieros afirmava:

Em alguns é produto de temperamento nativo; pululam nos cárceres e vivem como inimigos dentro da sociedade que os hospeda. Em muitos a degeneração moral é adquirida, fruto da educação; em certos casos deriva da luta pela vida em um meio social desfavorável ao seu esforço; são médiocres desorganizados, caídos no lamaçal por obra do azar [...]. Em outros há uma inversão de valores éticos, uma perturbação do juízo que lhes impede de medir o bem e o mal com o parâmetro aceito pela

sociedade: São invertidos morais, inaptos para estimar a honestidade e o vício. Existem os instáveis, por fim, cujo caráter revela uma ausência de sólidos cimentos que os assegurem contra o vaivém oscilante das urgências materiais e a alternativa inquietante das tentações desonestas. (INGENIEROS, 2012, p. 111).

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 das quais 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 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. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 6).

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. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 7-8).

A noção de cientificidade é acionada para que se possam 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.

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 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 recurso preponderante na terapêutica 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” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 24). 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. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, 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 e 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 posta 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, constitua 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.

## LEGISLAÇÃO CITADA

- 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 do projeto de Lei nº 3.657 de 1989)
- 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
- 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
- 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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo. *Asilos, alienados e alienistas*. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. 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 (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Vidas Errantes Entre a Loucura e a Criminalidade: Uma História da Emergência do Manicômio Judiciário no Estado da Paraíba*. Tese (Doutorado 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.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. v. 1
- 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*. 21. 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*, São Paulo, Domingo, 12 abr. 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.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. *Esclarecimentos sobre as mudanças na*

- Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.* Brasília: MS, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Psiquiatria e Neurologia (CID-10). Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo. São Paulo: Edusp, 2008. v. 1
- PASSOS, Izabel C. Friche. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

## NOTAS EXPLICATIVAS

- <sup>1</sup> Optou-se por fazer uso da expressão *reforma psiquiátrica* grafada com letras iniciais minúsculas, exceto quando se tratar da Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.
- <sup>2</sup> 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.
- <sup>3</sup> 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.
- <sup>4</sup> 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.
- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> A Portaria que regulamenta os CAPS e suas funções é a de nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.
- <sup>7</sup> Este programa é regulamentado pela lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e pela Portaria/GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003.
- <sup>8</sup> As Residências Terapêuticas são regulamentadas por meio da Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, e da Portaria/GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000.
- <sup>9</sup> Parecer federal nº 43, de 1999 (substitutivo do projeto de lei nº 3.657 de 1989).
- <sup>10</sup> Grifo nosso.
- <sup>11</sup> Lei italiana nº 180, de 13 de maio de 1978.
- <sup>12</sup> Sobre a emergência da reforma psiquiátrica no Brasil, cf. Amarante, 1994 e 2003.
- <sup>13</sup> Antes do surgimento dos hospitais psiquiátricos no cenário urbano, tais sujeitos encontravam-se alocados em alas psiquiátricas nas Santas Casas de Misericórdia, ocupando espaços insalubres e inadequados ao real tratamento de seus transtornos, ou habitavam as ruas das cidades sem a assistência adequada ao seu tratamento.
- <sup>14</sup> Parecer nº 8, de 1991. Este parecer reformula o projeto de lei nº 3.657, de 1989, do deputado Paulo Delgado, que culmina na Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001.

- 
- <sup>15</sup> Nome pelo qual são chamados aqueles que aderem à luta da reforma psiquiátrica na Itália apoiados na perspectiva de Franco Basaglia.
- <sup>16</sup> A crítica ao conceito de doença fundamenta o processo de desinstitucionalização, tornando-se o objeto prático-teórico proposto pela reforma psiquiátrica. Segundo essa perspectiva, a psiquiatria, ao ocupar-se da doença, não encontra o sujeito doente, mas um amontoado de sinais e sintomas; não encontra uma biografia, mas uma história pregressa, não encontra um projeto de vida, mas um prognóstico. Cf. Amarante, 1996, p. 104.
- <sup>17</sup> Termo usado em alusão ao livro póstumo de Michel Foucault, intitulado *O poder psiquiátrico*, o qual reúne as aulas proferidas no Collège de France entre os anos 1973-1974. Cf. Foucault, 2006, p. 7.
- <sup>18</sup> O termo doença mental aparece nos artigos 2º, 3º e 6º da lei italiana nº 180, de 13 de maio de 1978.
- <sup>19</sup> Grifo nosso.
- <sup>20</sup> Grifo nosso.
- <sup>21</sup> Lei federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Recebido em março de 2021

Aprovado em junho de 2021