



Reforma psiquiátrica brasileira e os entraves para a superação do modelo manicomial

Brazilian psychiatric reform and the barriers to overcoming the asylum model

Heline Caroline Eloi MOURA*

<https://orcid.org/0000-0002-5252-7942>

Resumo: O presente artigo tem como objetivo propiciar uma reflexão acerca dos avanços e recuos da Política de Saúde Mental no contexto brasileiro da Reforma Psiquiátrica, enfatizando sobretudo as alterações realizadas entre 2017 e 2019. Constatamos que essas mudanças, realizadas nos governos Temer e Bolsonaro, descaracterizam a política de saúde mental, pois incentivam financeiramente a manutenção e a ampliação do modelo asilar por meio do hospital psiquiátrico e das Comunidades Terapêuticas. A partir da revisão bibliográfica, foi possível estabelecer uma interlocução crítica com teóricos que apreenderam as instituições asilares como funcionais à ordem capitalista e como reprodutoras de desumanidade. A análise documental evidenciou que o embate envolve aspectos políticos e econômicos que interferem diretamente no âmbito social, no qual se processam os serviços de atenção em saúde mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Alterações. Hospital Psiquiátrico. Comunidades Terapêuticas. Direitos Humanos.

Abstract: This article reflects on the advances and setbacks in Mental Health Policy in the context of Brazilian Psychiatric Reform, emphasizing the changes made from 2017 to 2019. We maintain that these changes, which took place under the Temer and Bolsonaro governments, mischaracterize mental health policy, as they financially encourage the maintenance and expansion of the asylum model through psychiatric hospitals and Therapeutic Communities. From bibliographic research it was possible to establish a critical dialogue with theorists who perceived asylum institutions as functional to the capitalist order and as reproducers of inhumanity. Documentary analysis shows that the clash involves political and economic aspects that directly interfere in the social sphere where mental healthcare services take place.

Keywords: Psychiatric Reform; Changes; Psychiatric Hospital; Therapeutic Communities; Human rights.

Submetido em: 31/3/2020. Revisado em: 12/6/2020; 15/8/2020. Aceito em: 13/10/2020.

* Assistente Social. Mestre em Serviço Social. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas. Professora do curso de Serviço Social do Centro Universitário Mário Pontes Jucá (UMJ, Alagoas, Brasil). Av. Pres. Roosevelt, 1200, Barro Duro, Maceió - AL, CEP: 57040-600. Membro do grupo de pesquisa Saúde Mental e Sociedade da Faculdade de Serviço Social – FSSO/UFAL. E-mail: helineemoura@gmail.com.



© A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2019 Acesso Aberto Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

Introdução

Este artigo objetiva propiciar uma reflexão crítica sobre os avanços e recuos da Política de Saúde Mental brasileira ao longo da Reforma Psiquiátrica. As alterações ocorridas a partir 2017, prevendo a manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, o financiamento público de Comunidades Terapêuticas e a precarização dos serviços de saúde mental, levam-nos a questionar: em que medida essas alterações se afinam com o modelo tradicional de assistência psiquiátrica e se configuram como violadoras dos direitos humanos? O cenário atual evidencia que o debate acerca dos direitos humanos da pessoa com transtorno mental e com problemas decorrentes do uso de drogas está na ordem do dia e necessita ser ampliado no meio acadêmico científico.

A Reforma Psiquiátrica se apresenta num contexto de grandes tensões econômicas e políticas, pois as mudanças preconizadas durante a década 1980 se materializam sob a prevalência do projeto neoliberal. Assim, como afirma Bisneto (2007), “[...] o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reveses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de Saúde Mental” (BISNETO, 2007, p. 42). As mudanças dos últimos anos evidenciam que o recurso público tem sido apropriado pela lógica mercadológica e conservadora, gerando impasses e controvérsias.

Enfatizaremos ao decorrer desta exposição três aspectos necessários para a interpretação das mudanças atuais: as desigualdades sociais do sistema capitalista, que, em dadas circunstâncias, podem ser desencadeadoras de sofrimento mental; o debate sobre a função social dos espaços tradicionais e renovados de assistência em saúde mental e sua relação com os direitos humanos; e, por fim, os avanços e os recuos da Reforma Psiquiátrica, apontando os entraves para a superação do modelo manicomial.

Esse estudo fundamenta-se numa reflexão teórico-crítica respaldada no método dialético-materialista. Recorremos a esse método por possibilitar o entendimento do objeto de estudo no movimento histórico, considerando as contradições imanentes das relações sociais pautadas numa sociedade economicamente desigual. No processo de pesquisa, recorreu-se à revisão bibliográfica e documental.

O material bibliográfico foi selecionado utilizando como critérios: autores clássicos e contemporâneos consolidados na área das Ciências Sociais e da Saúde Mental, que resgataram a construção histórica e social da loucura e a função social das instituições asilares numa perspectiva histórico-crítica. As obras clássicas de Marx (1996), Foucault (1987), Castel (1978) e Basaglia (1991) fundamentaram teoricamente o objeto, bem como os estudos de autores contemporâneos como Bisneto (2007), Vasconcelos (2010), Weissaupt (1988), Silva Filho (2001), Prédes (2010) e Arbex (2013). Artigos científicos nacionais, completos e originais, publicados na língua portuguesa e/ou inglesa, resultados de pesquisas qualitativas publicados no período de 2010 a 2019 em revistas científicas indexadas, também foram utilizados como fonte de pesquisa, de forma complementar.

Na análise documental, foram considerados os seguintes documentos oficiais que definem e redefinem a Política de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial no intervalo de 2000 a 2019: a Lei nº 10.216, a Portaria nº 3.088, bem como o conjunto de normatizações lançadas em 2017, no governo Temer, e em 2019, no governo Bolsonaro: Resolução nº 32, Portaria nº 3.588 e a Lei nº 13.840. O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidade Terapêutica de 2017 e as Notas Técnicas nº 11 e nº 5 divulgadas em 2019 também foram apreciados. Todos os documentos consultados são de acesso público e irrestrito.

Por fim, foi feita uma análise qualitativa com base na análise de conteúdo, entendida por Bardin (2004) como um “[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2004, p. 27). O percurso metodológico compreendeu três etapas: (1) análise prévia do material; (2) exploração do material por meio da leitura exploratória, interpretativa e reflexiva; e (3) formulação da síntese integradora, apresentando os resultados do estudo.

1 A institucionalização da loucura, o modelo manicomial e a reprodução das desigualdades sociais

Iniciamos esta discussão resgatando os aspectos históricos elementares que justificaram a necessidade de reclusão e de isolamento de indivíduos pela sua condição de *desajustado* ou *alienado*, que em determinado momento representou certo incômodo à ordem social e econômica. A partir das análises de Foucault (1987), é possível identificar que o tratamento dado à pessoa considerada louca teve variadas formas no decurso da história, em especial na Idade Média. Contudo, é a partir do capitalismo em seu estágio industrial que identificamos a reclusão dos loucos de modo institucionalizado para fins de tratamento terapêutico.

Partimos dos estudos teóricos de Marx (1996), especificamente da *Lei Geral da Acumulação Capitalista*, para fundamentar a existência de uma população excedente, considerada supérflua para o modo de produção capitalista na fase industrial, que não conseguia ingressar no trabalho. Conforme sinaliza Marx (1996), “[...] a acumulação capitalista produz constantemente, [...], uma população trabalhadora adicional relativamente supérflua ou subsidiária, ao menos no concernente às necessidades de aproveitamento por parte do capital” (MARX, 1996, p. 261). A existência de uma superpopulação excedente é funcional para o processo de acumulação do capital e para manter o controle sobre os trabalhadores em condições cada vez mais elevadas de exploração, de modo que se torna um produto necessário e essencial de alavanca do modo de produção capitalista.

Marx caracteriza diferentes formas de existência dessa superpopulação relativa:

Abstraindo vagabundos, delinquentes, prostitutas, em suma, o lumpemproletariado propriamente dito, essa camada social consiste em três categorias. Primeiro, os aptos para o trabalho. [...] Segundo, órfãos e crianças indigentes. [...] Terceiro, *degradados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho*. São notadamente indivíduos que *sucumbem devido a sua*

imobilidade, causada pela divisão do trabalho, aqueles que ultrapassam a idade normal de um trabalhador e finalmente as *vítimas da indústria*, cujo número cresce com a maquinaria perigosa, minas, fábricas químicas etc., isto é, *aleijados, doentes, viúvas* etc. (MARX, 1996, p. 273 grifos nossos).

É a partir dessa caracterização que identificamos um perfil de indivíduos considerados inaptos ao trabalho. Descrevendo-os como degradados, maltrapilhos, vítimas da indústria, doentes e incapacitados para o trabalho, verificamos que as pessoas ditas *loucas* se enquadram nesse terceiro segmento, que constitui o exército industrial de reserva. É diante desse cenário de ascensão do modo de produção capitalista à custa da classe trabalhadora que o Estado intervém nas contradições gestadas de modo a punir e reprimir os que não ingressavam no trabalho, dentre estes, os considerados loucos. Para isso, instituições e legislações vão surgir como forma de conter o antagonismo das classes fundamentais.

Prédes (2010) afirma que, até antes do século XVIII, a medicina ainda não havia se interessado em entender cientificamente as desordens do campo *psi*. É ao final desse século que Pinel¹ difunde uma nova concepção para a loucura, caracterizando a alienação mental como um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso que estavam associadas a fatores físicos e morais. Nesses termos, “[...] a psiquiatria, como nova disciplina, afirma-se como um *saber medicamente institucionalizado* e constituído a partir do momento em que a loucura vira um objeto para o conhecimento humano e adquire, então, o *estatuto de doença mental*” (SILVA FILHO, 2001, p. 79 grifos nossos).

É a partir dessa concepção, no período da Revolução Industrial, que os *loucos* passaram a ocupar um novo espaço institucionalizado para seu isolamento, o *asilos*, que, desde o princípio, segregou não apenas a loucura, mas os problemas sociais. Isso porque, partindo de uma análise histórico-crítica, as contradições sociais geram ameaça à manutenção dos poderes estabelecidos. A reclusão institucionalizada dos loucos, em tempo integral, explicita o antagonismo das classes e a manutenção das desigualdades sociais, de modo que “[...] as instituições aparecem como mediação dos projetos sócio-políticos das classes, e seus agentes representam os diversos interesses sociais” (WEISSHAUPT, 1988, p. 26).

Faz-se necessário sintetizar algumas considerações acerca da funcionalidade dessas instituições sociais no capitalismo, que, na concepção de Weisshaupt (1988), “[...] não são meras formas organizativas e operacionais da sociedade, são também aparelhos econômicos, políticos e ideológicos, que podem conduzir à exploração, à dominação e à mistificação” (WEISSHAUPT, 1988, p. 27). Bisneto (2007), respaldado por esse pensamento, afirma que o forte investimento de capital na *indústria da loucura*, de modo institucionalizado, apoiado nos saberes tradicionais da medicina, expressa relações sociais de opressão, uma vez que é intrínseca a relação da exploração econômica, da dominação política e da mistificação da ideologia, fazendo com que nesses espaços institucionalizados se reproduzam as contradições entre as classes sociais.

¹ Médico-psiquiatra, nascido na França. Pinel é considerado por muitos como *pai* da psiquiatria.

Para essa discussão, Michel Foucault (1987) oferece valiosas contribuições que retratam a constituição histórica da institucionalização da loucura, baseadas em documentos encontrados em arquivos de prisões, hospitais e hospícios. Foucault revela como as instituições sociais de reclusão da loucura criaram saberes e poderes que moldam o indivíduo conforme a correlação de forças, fazendo com que a lógica do isolamento característico do modelo manicomial seja socialmente aceita. Isso porque ideologicamente é disseminada a ideia da loucura com uma ameaça à ordem socialmente estabelecida.

Robert Castel (1978) também analisou essas instituições, identificando como a psiquiatria e a psicanálise, enquanto instituições sociais que intervêm no âmbito dos problemas relativos às desordens da mente, apresentam um discurso que atende a interesses de reprodução social, acarretando numa expressiva *psiquiatrização* dos problemas sociais. De modo que esses saberes, que envolvem relações de poder, ao consagrarem os asilos como espaços propícios para a reclusão da *doença mental*, reiteram as contradições fundamentais da ordem capitalista. Na percepção de Bisneto (2007), “[...] não há exploração econômica sem que se institucionalizem simultaneamente relações de poder autoritárias, mas também não é possível manter esse autoritarismo (dominação) sem apresentá-lo ideologicamente como necessário, natural e compensador (disciplina, sujeição e mistificação)” (BISNETO, 2007, p. 66).

Ainda conforme Bisneto (2007):

O interesse em estabelecer que o menos frequente é anormal e que o anormal é patológico provém também da necessidade das elites econômicas e políticas de encontrar explicações para o mau funcionamento da sociedade, eximindo-se de qualquer parcela de responsabilidade. [...] As elites tentam taxar as divergências de disfuncionalidades, ignorando a natureza complexa da sociedade, numa apropriação social tendenciosa. [...] Dessa forma, [...] a loucura precisa ser naturalizada por um saber competente que a segregue do contato maior com o resto da sociedade. Aquilo que é divergente precisa ser considerado pelos interesses instituídos como desvio doentio e anti-social, irracional, algo a ser curado ou então excluído (BISNETO, 2007, p. 75-76).

A perspectiva manicomial passa a ser criticada, e, nos países de capitalismo central, movimentos emergem questionando o papel dos manicômios e dos hospícios. Franco Basaglia, na Itália, os denominou de *instituições da violência*, por produzirem e reproduzirem, de forma intensificada, o sofrimento de pessoas. Para Basaglia, era preciso desospitalizar a loucura e desinstitucionalizar a hegemonia médico-psiquiátrica (BASAGLIA, 1991). Nesse cenário, três correntes contrárias ao modelo da psiquiatria tradicional se destacaram durante a década de 1960: a Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática Italiana e a Psicoterapia Institucional.

A Antipsiquiatria, que surge na Inglaterra e se coloca “[...] em defesa do ser humano e em respeito a seu sofrimento psíquico, [...] configurou-se numa corrente cuja característica principal, além de negar a psiquiatria tradicional, era promover formas alternativas de tratamento do sofrimento psíquico” (OLIVEIRA, 2011, p. 149). Essa corrente defendia que a loucura não deveria ser contida e que o espaço asilar era propiciador de adoecimento mental.

A Psiquiatria Democrática Italiana, liderada por Franco Basaglia, também se opõe ao modelo tradicional da assistência psiquiátrica, objetivando intervir na doença mental de modo mais amplo, reiterando a importância de recuperar a socialização e a cidadania dos indivíduos, buscando considerar as habilidades e as potencialidades da pessoa com transtorno mental na área da cultura, no lazer, na arte, entre outros âmbitos de socialização e humanização (SERAPIONI, 2019). Essa proposta defendia que o tratamento psiquiátrico deveria ser oferecido na própria comunidade, minorando as rupturas dos vínculos sociais e familiares. Dentro dessa nova ordem psiquiátrica, a loucura não se apresenta como um problema a ser contido, e os métodos mais invasivos perdem espaço para as múltiplas expressões da arte. O modelo defendido por Basaglia comprova que a ideia de ameaça e perigo é uma construção social mistificadora do real e que o tratamento psiquiátrico poder ir além das intervenções medicamentosas e dos manejos invasivos.

Na França, a Psicoterapia Institucional surge a partir da Segunda Guerra Mundial, tendo como um de seus idealizadores o médico-psiquiatra Francesc Tosquelles. Essa corrente buscou restaurar os aspectos terapêuticos do hospital psiquiátrico, não considerando os impactos negativos da institucionalização da pessoa com transtorno mental e propondo uma reforma dentro do próprio aparato asilar (PRÉDES, 2010). Embora apresentasse uma crítica ao modelo da psiquiatria tradicional, não propunha a superação desse modelo.

No Brasil, a tendência à humanização da atenção em saúde mental foi incorporada e defendida por médicos-psiquiatras como Nise da Silveira, Marcelo Blaya, Wilson Suplício e Oswaldo Santos, que, influenciados pelas correntes europeias, iniciaram os debates sobre a necessidade de restauração do modelo psiquiátrico e se tornaram referências para a condução da Reforma Psiquiátrica brasileira.

2 Reforma Psiquiátrica brasileira e as quatro décadas desafiadoras para a superação do modelo manicomial

Hospitais psiquiátricos, símbolo máximo da reclusão e do enclausuramento da loucura e dos problemas sociais, sob a justificativa do tratamento psiquiátrico, foram colocados em questão durante a década de 1970 e 1980, por serem vistos como violadores de direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico. O Movimento Antimanicomial, liderado por trabalhadores da saúde mental, familiares, usuários e por representantes da sociedade civil, trouxe à tona denúncias de violações de direitos básicos, de maus-tratos, e chamou a atenção para o *tratamento* cruel e degradante nos manicômios, de modo que se ergueu uma bandeira de luta *por uma sociedade sem manicômios*, defendendo a desinstitucionalização² das pessoas com transtorno mental.

O Estado brasileiro possui histórias marcantes de torturas e mortes de pessoas pela sua condição de *doente mental* ou por não se incluir nos padrões estereotipados como *normais*. Em sua maioria, as violações ocorreram nos muros dos hospitais

² O termo *desinstitucionalização* tem sua origem no movimento italiano de Reforma Psiquiátrica. Consiste em deslocar a atenção em saúde mental para um serviço aberto, que seja oferecido na própria comunidade, distrito ou território do indivíduo (BISNETO, 2007).

psiquiátricos, e por décadas não foram questionados pela sociedade. Arbex (2013) retratou de forma expressiva as atrocidades ocorridas no Hospital Colônia de Barbacena, onde se registra que pelo menos 60 mil pessoas morreram. Sobre os internos desse hospital, constata-se que: “Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder [...]” (ARBEX, 2013, p. 13-14). Tal fato comprova que os hospitais psiquiátricos se consolidaram como espaços para segregar não apenas o transtorno mental, mas os problemas sociais, seja por questões de pobreza, seja por questões de cunho moral.

De forma contraditória, a realidade dos manicômios se deu por décadas em plena vigência da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, o que nos leva a questionar os fatores políticos, econômicos e ideológicos que isentaram pessoas com transtornos mentais (e demais problemas sociais) de serem amparadas e de terem seus direitos básicos, humanos e inalienáveis assegurados. É perceptível que a noção de direito não fez parte da história dos hospícios brasileiros; as grades de ferro, as roupas de contenção (camisas de força), os métodos que buscavam *curar* a loucura, como a eletroconvulsoterapia, as lobotomias e os choques insulínicos, demonstraram que o ambiente manicomial produzia e reproduzia adoecimento e desumanidade.

As denúncias feitas por trabalhadores da saúde mental ao final da década de 1970 sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos e dos manicômios ganharam notoriedade e fortaleceram, dentro do Congresso Nacional, pautas que buscaram incluir nas legislações brasileiras os direitos das pessoas com transtorno mental. A aprovação da Constituição de 1988, incluindo a saúde no tripé da seguridade social e reconhecendo-a em seu caráter universal como direito de todos e dever do Estado, aparece como um primeiro passo para as mudanças na saúde e na saúde mental, visto que nos anos seguintes os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico vão se consolidar no âmbito do SUS.

Bisneto (2007) sinaliza que, a partir de 1990, alguns serviços alternativos ao hospital psiquiátrico expressaram os primeiros avanços da Reforma Psiquiátrica, como: o Centro de Atenção Diária (CAD), o Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental (CAIS), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS), o hospital-dia, as oficinas terapêuticas, a moradia assistida e outros serviços que marcaram a tendência à desinstitucionalização. Pitta (2011) considera que a criação desses serviços expandiu significativamente a possibilidade de desinstitucionalização responsável, uma vez que ofertavam atenção diária na própria comunidade, objetivando recuperar os vínculos sociais e familiares.

Só em 2001 ocorre a promulgação da Lei 10.216, que “[...] dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2010). A lei afirma a atenção em saúde mental deve ser realizada por serviços abertos e comunitários, preservando os vínculos sociais,

familiares e culturais, sendo considerada uma conquista do movimento de luta antimanicomial³.

É inegável os avanços que a legislação trouxe ao reordenamento da atenção em saúde mental; a fiscalização de leitos em hospitais psiquiátricos e a tendência a sua redução foram pontos positivos que marcaram os anos subsequentes. Ainda assim, o modelo manicomial e todas suas contradições violadoras de direitos permanecem sendo um desafio à sociedade brasileira, visto que hospitais psiquiátricos ainda se apresentam como alternativa para as internações psiquiátricas⁴.

Arbex registra que:

Em 2004, uma inspeção nacional realizada nos hospitais psiquiátricos brasileiros pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil encontrou condições subumanas em vinte e oito unidades. Nessas unidades foram encontrados celas fortes, instrumentos de contenção e muitos, muitos cadeados, além de registros de mortes por suicídio, afogamento, agressão ou a constatação de que, para muitos óbitos, simplesmente, não houve interesse em definir as causas (ARBEX, 2013, p. 231).

Percebe-se que, mesmo com a reforma psiquiátrica e com os mecanismos de denúncias às violações de direitos, não há mudanças substanciais dentro do aparato manicomial, de modo que a sua existência ainda se torna uma ameaça aos direitos humanos. É importante salientar que questionamos a perspectiva manicomial que predomina nesses espaços, que pode estar transfigurada nos muros hospitalares, no isolamento, no rompimento dos vínculos sociais e familiares, nas intervenções invasivas, no descaso, nas múltiplas formas de violência, ou até mesmo nos saberes e poderes que envolvem a intervenção psiquiátrica. Um complexo que interfere diretamente na vida e na dignidade da pessoa em sofrimento psíquico.

Durante o governo Lula, a questão das drogas fica em evidência e torna-se alvo de políticas públicas. Em 2003 é lançada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, ampliando as estratégias de intervenção nessa área, direcionando-as à prevenção, à promoção e à proteção das questões relativas ao uso abusivo de drogas. Dentro dessa política, ganha destaque a Estratégia de Redução de Danos, que “[...] visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador (sic), *sem a preconização imediata da abstinência* e incentivando-o à mobilização social” (BRASIL, 2003, p. 27 grifos nossos)⁵.

³ É importante registrar que, após a promulgação da Lei 10.216, portarias e resoluções foram criadas a fim de regulamentar os serviços. Em 2002, a Portaria nº 336/GM regulamenta os CAPS; em 2003, a Lei nº 10.708 cria o Programa *De Volta para Casa* e institui o auxílio-reabilitação psicossocial; em 2005, criam-se os Centros de Convivência e Cultura, com a Portaria nº 396.

⁴ Ressaltamos que no campo dos direitos, os ganhos obtidos foram travejados por tensões e correlações de forças que alteraram do Projeto de Lei 3.657/89, aspectos mais decisivos de mudanças substanciais, retirando da redação inicial *a extinção progressiva dos manicômios*.

⁵ Durante esse governo houve também a promulgação da Lei n.º 11.343/2006, representando naquele período a nova legislação brasileira sobre drogas; a criação do Plano Emergencial de Ampliação do

Nessa direção, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) e as Equipes de Consultório na Rua prestam atendimento diário, desenvolvendo ações dentro da lógica da Redução de Danos.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada em 2011 com a Portaria n.º 3.088, se apresenta também como um avanço, visto que não prevê o hospital psiquiátrico como ponto de atenção. Por meio da Raps temos a organização dos serviços substitutivos e uma proposta de atender às demandas da saúde mental, desde a atenção básica até a alta complexidade. Embora a portaria não inclua o hospital psiquiátrico, as Comunidades Terapêuticas aparecem no Art. 9º como um “[...] serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório, por *até nove meses* para adultos com necessidades *clínicas estáveis* decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011, não paginado, grifos nossos).

As Comunidades Terapêuticas têm se destacado e ganhado espaço como alternativa à rede pública. São instituições privadas e filantrópicas que em sua maioria atuam numa perspectiva higienista e conservadora, utilizando a laborterapia, a disciplina e a espiritualidade como pilares para o tratamento, valendo-se ainda do isolamento das pessoas internas do convívio social e familiar. Esses espaços cresceram nos momentos em que a *epidemia* do crack foi divulgada pela mídia, se expandindo com o incentivo financeiro do Governo Federal. Desde então, internações voluntárias, involuntárias e compulsórias têm sido fonte de lucro para os grandes empresários que se beneficiam com as internações e as reinternações⁶.

Coelho e Oliveira (2014) afirmam que:

São inúmeros os testemunhos de pacientes que passaram por clínicas de tratamento para dependentes químicos que relatam diversas práticas de tortura durante o ‘tratamento’, tais como socos e pontapés por se recusarem a aderir à religião pregada pela clínica em questão, queimaduras, recusa em fornecer alimentação, braços e pernas amarrados na cama para evitar a fuga, proibição de recebimento de visita dos familiares e, tampouco, de ligações telefônicas (COELHO; OLIVEIRA, 2014, p. 365).

O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidade Terapêutica – 2017, publicado em 2018, constatou que essas instituições apresentaram caráter asilar, valendo-se do isolamento, da abstinência e do uso do trabalho dos internos para a manutenção dos locais; referências espirituais e religiosas e a utilização de avaliações morais e doutrinárias; incomunicabilidade e visitas restritas; difícil acesso, caracterizando o distanciamento social da instituição, com muros, portões, trancas e restrições à saída; retenção do documento ou dinheiro; violação de sigilo de correspondência e de acesso

Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (2009-2010); o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outra Drogas (2011-2014) e o Programa Crack é Possível Vencer (2011).

⁶ Cabe pontuar que o debate em torno da eficácia do tratamento ofertado na Comunidade Terapêutica é diverso e engloba posicionamentos distintos ainda em construção. Há indícios de diferenças entre esses serviços, existindo Comunidades Terapêuticas laicas que se articulam com a rede pública. Tal fato não nos permite englobá-las em um bloco homogêneo. Essa ideia é reafirmada por Silva (2018), que demonstrou em sua tese particularidades desse serviço no estado do Rio de Janeiro.

a meios de comunicação, apresentando, dessa forma, fortes semelhanças com o modelo manicomial.

No final do ano 2017, a situação da Política de Saúde Mental brasileira se agrava e retrocede com o retorno do incentivo financeiro nos arcaicos hospitais psiquiátricos sendo previsto dentro da RAPS. O então presidente Michel Temer, por meio da promulgação da Resolução nº 32 e da Portaria nº 3.588, traz o modelo manicomial para o centro da política de saúde mental. As alterações incluíram: hospitais psiquiátricos especializados; uma modalidade de CAPSAD tipo IV, que funciona em tempo integral, habilitado para atender adultos, crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente; e institui a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental para atender pessoas com transtorno moderado dentro da atenção básica (BRASIL, 2017).

No início de 2019, uma Nota Técnica (n.º 11/2019) do então coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Quirino Cordeiro Junior foi divulgada no sistema interno do Ministério da Saúde e retirada de circulação dois dias depois de publicada. Nesse documento, o coordenador se mostrava favorável às legislações sancionadas no governo Temer, citando a necessidade de ampliar leitos nos hospitais psiquiátricos, o incentivo às Comunidades Terapêuticas e a necessidade do financiamento público na compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia.

Alinhado a essas ideias, é possível perceber a continuidade dessas ações no governo de Jair Bolsonaro – que em 2019 assume a Presidência da República com um discurso reacionário e conservador –, dando prosseguimento às medidas neoliberais em curso e se mostrando publicamente sintonizado aos interesses empresariais⁷. Dentre tantos retrocessos deste governo, destacamos a Lei nº 13.840, sancionada em 2019 por Bolsonaro. A lei alterou as legislações anteriores sobre drogas e descaracterizou pontos importantes da política, retirando a Estratégia de Redução de Danos e prevendo o acolhimento de pessoas que usam drogas em Comunidades Terapêuticas, fortalecendo o terceiro setor filantrópico que tem se sustentado com recursos públicos. A nova legislação reafirma também que os projetos terapêuticos voltados aos usuários desse serviço visam à abstinência (BRASIL, 2019).

A situação é alarmante, uma vez que a consolidação dos princípios mais democráticos, defendidos pelos militantes da saúde mental desde 1970, ainda não foi alcançada, dada a realidade de um cenário precário de consolidação da rede pública. Expressivamente, vivenciamos um retorno ao passado, pois o incentivo à instalação de leitos em hospitais psiquiátricos e à prática de métodos mais invasivos abre margem para o uso indevido do recurso público em instituições asilares historicamente violadoras de direitos. Percebe-se que o cenário vem acompanhado de um discurso ideológico mistificador da realidade, a nota acima mencionada, escrita por Quirino, foi divulgada com o título *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas*, e por vezes reafirma que as mudanças são para a melhoria da política.

⁷ É importante mencionar que em 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, determinando a restrição de recursos públicos para as políticas de Seguridade Social por vinte anos.

Diante do posicionamento favorável ao retrocesso, a Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos (PFDC), do Ministério Público, encaminhou uma Nota Técnica (n.º 5/2019) aos Ministérios da Saúde, da Justiça e da Segurança Pública e Cidadania, se mostrando contrária ao posicionamento do coordenador de Saúde Mental, sinalizando os impactos destrutivos das alterações que apontam para ilegalidade e inconstitucionalidade. Ao prever o hospital psiquiátrico como espaço propício para as internações psiquiátricas, a portaria viola a Lei 10.216, que diz, no art. 4º, que “[...] a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). Ainda assim, a internação deve ser feita em leitos especializados em Hospital Geral.

Diante do exposto, como síntese dos resultados deste estudo, foi possível perceber que fazem parte dos avanços da reforma psiquiátrica: a construção dos serviços alternativos ao modelo manicomial, em sua maioria regulamentados com a RAPS no âmbito do SUS; os direitos legitimados pela Lei 10.216; a Política Nacional de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas, com a Estratégia de Redução de Danos; a atenção humanizada visando à recuperação dos vínculos sociais e familiares rompidos.

Os retrocessos mais expressivos são: a não priorização do investimento público nos serviços alternativos ao hospital psiquiátrico; o retorno do modelo asilar, respaldado pela Portaria nº 3588; o incentivo de Comunidades Terapêuticas, amparado pela Lei nº 13.840, que retira estratégia de Redução de Danos e enfatiza a abstinência como o objetivo a ser alcançado na atenção a pessoas que usam drogas.

As últimas quatro décadas de mudanças no reordenamento da atenção em saúde mental brasileira demonstram que a luta contra o manicômio permanece na ordem do dia e convoca um posicionamento de luta e resistências às medidas autoritárias sancionadas pelos legisladores. Ressaltamos que o problema em questão diz respeito não apenas às pessoas com transtorno mental, mas à sociedade brasileira, sendo responsabilidade de todos a defesa dos direitos. Consideramos que é preciso voltar à organização do movimento social de luta e resistência às atrocidades cometidas nos velhos e novos espaços institucionais manicomiais e fortalecer a bandeira de luta, que após quarenta anos não ficou ultrapassada: *por uma sociedade sem manicômios!*

Considerações finais

Como vimos, o histórico da saúde mental no Brasil perpassa por avanços e recuos no âmbito legal e na efetivação dos direitos da pessoa com transtorno mental ou com problemas decorrentes do uso de drogas. Vê-se que a luta ainda tem sido pela defesa da dignidade da pessoa humana, pela liberdade e por respeito, denunciando ações de tortura, exploração, tratamento cruel, ainda que apareçam de forma mascarada. De modo que esses direitos básicos, historicamente, têm chegado de forma atrasada às pessoas em sofrimento mental.

Reforçamos que o fortalecimento dos movimentos sociais e a politização de profissionais, usuários e familiares possuem um potencial significativo para o embate na luta pela efetivação e pela garantia desses direitos. O resgate dos princípios da

reforma psiquiátrica faz-se necessário, para demonstrar que o contexto atual tem apresentado marcas de um passado não tão distante, que, em sua raiz, produz desumanidade. Sendo assim, essa retomada não pode ser naturalizada como compensadora nem propiciadora de saúde.

Correlacionar a funcionalidade das instituições manicomiais com as alterações mais recentes da política de saúde mental possibilita-nos realizar novas reflexões sobre essa realidade, que necessita ser recorrentemente exposta e analisada em seus fundamentos, como forma de não permitir que a superficialidade dos fatos predomine e construa um falseamento da realidade. Acreditamos que este estudo agrega ao debate a necessidade de apreender as atuais práticas manicomiais — que se legitimam cotidianamente — para além de sua expressão fenomênica, demonstrando a essência dessa prática e sua incoerência com a noção de direitos humanos.

Referências

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 2 out. 2017.

BRASIL. **Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, que altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Brasília (DF), 2019. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm#:~:text=Art.,Art. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva; Coordenação Nacional De DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF), 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr-jun. 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

MARX, Karl. **O Capital**. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e psiquiatria. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-154, jan.-mar. 2011.

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

PRÉDES, Rosa Lúcia. Do louco “sem razão” ao sujeito “cheio de direitos”: Reconhecimento sócio histórico da loucura no Brasil. In: PRÉDES, Rosa Lúcia. **Crise contemporânea e Serviço Social**. Maceió: EDUFAL, 2010, p. 395-409.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169-1187, out./dez. 2019.

SILVA, Débora de Souza. **Espiritualidade religiosidade e acolhimento de usuários de drogas: descrição das características, funcionamento e práticas religiosas em três instituições evangélicas no Rio de Janeiro**. 2018. 158f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2018.

SILVA FILHO, João F. da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilton (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

WEISSHAUPT, Jean Robert. **As funções sócio-institucionais do Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

Heline Caroline Eloí MOURA

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (2014). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (2016). Atualmente é Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas. Docente do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade de Tecnologia de Alagoas - FAT, sendo também membro do Colegiado e do Núcleo Docente Estruturante (NDE). Professora substituta da Universidade Federal de Alagoas - Campus Arapiraca (Unidade Educacional Palmeira dos Índios). Integrante do grupo de pesquisa Saúde Mental e Sociedade da Faculdade de Serviço Social (UFAL), desenvolvendo pesquisa no âmbito das políticas de saúde/saúde mental.
