

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS – CÂMPUS MARÍLIA/SP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

LARISSA CRISTINA CLEMENTE VEIGA

**POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: a retomada da
internação como dispositivo de controle das pessoas portadoras de transtornos mentais.**

MARÍLIA – SP

2020

LARISSA CRISTINA CLEMENTE VEIGA

**POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: a retomada da
internação como dispositivo de controle das pessoas portadoras de transtornos mentais.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, câmpus de Marília, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Área de concentração: Ciências Sociais.

Orientador: Dr. Aluísio Almeida Schumacher

MARÍLIA – SP

2020

V426 VEIGA, LARISSA CRISTINA CLEMENTE
POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL
CONTEMPORÂNEO: a retomada da internação como dispositivo de
controle das pessoas portadoras de transtornos mentais / LARISSA
CRISTINA CLEMENTE VEIGA. -- Marília, 2020
147 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília
Orientador: Aluísio Almeida Schumacher

1. Política pública de saúde mental. 2. Internação psiquiátrica.
3. Poder psiquiátrico. 4. Reforma psiquiátrica. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Fac Filosofia e Ciências, Marília. Dados
fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

LARISSA CRISTINA CLEMENTE VEIGA

POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: a retomada da
internação como dispositivo de controle das pessoas portadoras de transtornos mentais.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: _____

Prof. Dr. Aluísio Almeida Schumacher (UNESP – FFC/Botucatu)

1º Examinador: _____

Prof. Dr. Carlos Henrique Aguiar Serra (UFF/RJ)

2º Examinador: _____

Prof. Dr. Luís Antônio Francisco de Souza (UNESP – FFC/Marília).

Marília, 29 de setembro de 2020.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Carmem e Veiga, por todo carinho, apoio, amor incondicional e por me ensinarem a caminhar em meio a tempestades.

Meu carinho e gratidão ao meu irmão, Francisco, pela doçura, carinho e fraternidade que me fazem mover montanhas.

Agradeço ao Pedro, meu companheiro amoroso e cuidadoso, que sabe como ser alegria e aconchego em todos os momentos.

Aos meus amigos da UNESP/ Marília: Caio, Elias, Vitor, Richard, Karen, Adilson, Chuck, Poeta, que sabem fazer florir galhos secos e tortuosos.

Agradeço a Sabrina e ao Silvio pela leitura deste trabalho, correções e pela troca sincera e atenciosa. Ao Victor, Adriel, Rafael e Rafaela pelas discussões e reflexões entre o barulho ensurdecedor da cozinha.

Meus agradecimentos aos professores Dr. Luís Antônio Francisco de Souza e Dr. Aluísio de Almeida Schumacher, pelos apontamentos, esclarecimentos, incentivo, apoio e por me acompanharem durante essa trajetória.

Ao Professor Dr. Carlos Henrique Aguiar Serra pela paciência, apontamentos e por ter aceitado fazer parte do encerramento deste trabalho.

Ao Grupo de Estudos em Segurança Pública (GESP).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“ Não deu tempo
Eu estava tomando claridade e luz
Quando a luz apagou
A claridade apagou
Tudo ficou nas trevas
Na madrugada mundial
Sem luz. ”

(Stela do Patrocínio)

“ Para que não se esqueça. Para que nunca mais
aconteça. Por uma sociedade sem manicômios! ”

(Franco Basaglia)

RESUMO

Desde os anos de 1980 no Brasil está em curso um processo de reorganização da assistência psiquiátrica, denominado de Reforma Psiquiátrica (RP). Após a promulgação da lei nº 10.216/2001, conhecida como lei da RP, esse processo vem sendo conduzido pelo governo federal, especialmente, por meio de portarias expedidas diretamente do gabinete do Ministério da Saúde (MS). Com isso, as políticas públicas direcionadas às pessoas portadoras de transtornos mentais (PPTM) passaram a orientar-se em função de outro dispositivo, a Saúde Mental (SM), que prioriza a atenção psicossocial, comunitária e territorializada, ao invés da psiquiatria asilar. Tais elementos são princípios norteadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) criada em 2011 para sistematizar os serviços da SM. Entretanto, mudanças jurídicas mais recentes têm reforçado a prática da internação psiquiátrica e ampliado a capacidade de instituições com caráter asilar e disciplinar como Comunidades Terapêuticas (CTs) e Unidades de Acolhimento (UA), indo na contramão das diretrizes preconizadas pela lei nº 10.216/01 e pela RAPS. A partir desse quadro e com base no instrumental analítico foucaultiano, o presente trabalho buscou analisar os discursos produzidos através das normativas do MS, após a promulgação da lei da RP, objetivando investigar o papel das internações psiquiátricas no interior do *circuito* terapêutico criado pela Rede de Atenção Psicossocial. Após revisão bibliográfica e análise do material coletado, observamos que a inserção de mecanismos direcionados a “atenção a crise”, “usuários de drogas” e “crianças e adolescentes” aliados a ideia de *risco* e *perigo social* tem ativado as práticas de internação e disciplinarização. Desse modo, as internações psiquiátricas e demais dispositivos de disciplinarização no interior da RAPS *curta-circuitam* a possibilidade de um sistema comunitário e tornam-se cada vez mais operativos para o campo da segurança pública e para políticas de controle biopolítico da população.

Palavras-chave: Política pública de saúde mental. Internação psiquiátrica. Poder psiquiátrico. Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

Since the 1980s in Brazil, a process of reorganization of the psychiatric care has been underway, called Psychiatric Reform (PR). After the enactment of law nº. 10,216/2001, also known as The PR Law, this process has been conducted by the federal government, especially through ordinances issued directly from the Ministry of Health (MH). As a result, public policies aimed at people with mental disorders started to be guided by another branch, the Mental Health System (MHS), which prioritizes psychosocial, community and territorialization care, rather than psychiatric hospitals. Such elements are guiding principles of the Psychosocial Care Network (RAPS - Rede de Atenção Psicossocial) created in 2011 to systematize the services of the MHS. However, more recent legal changes have reinforced the practice of psychiatric hospitalization and expanded the capacity of institutions with asylum and disciplinary characteristics, such as Therapeutic Communities (CTs - Comunidades Terapêuticas) and Reception Units (UA - Unidades de Acolhimento), going against the guidelines recommended by the law 10,216/01 and by RAPS. Based on the context above and on the Foucauldian discourse analysis, the present work sought to analyze the discourses produced through the norms of the Ministry of Health, after the promulgation of The PR Law, aiming at investigation of the role of psychiatric hospitalizations within the therapeutic circuit created by the Psychosocial Care Network. After a bibliographic review and consistent analysis of the collected material, it was observed that the insertion of mechanisms directed to “attention to the crisis”, “drug users” and “children and adolescents”, allied to the idea of a risk and social danger has activated the practices of hospitalization and discipline. In this way, psychiatric hospitalizations and other disciplinary systems within the RAPS produce a short-circuit in the community system and become increasingly operative on the field of public security and on biopolitical policies control of the population.

Key-words: Public mental health policy. Psychiatric hospitalization. Psychiatric power.

Psychiatric reform.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria.

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Mental

ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas.

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

CFP – Conselho Federal de Psicologia.

CID – Classificação Internacional de Doenças.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

CNSM – Conferências Nacionais de Saúde Mental.

CTs – Comunidades Terapêuticas.

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental.

EUA – Estados Unidos da América.

FBH – Federação Brasileira de Hospitais.

GAP – Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica.

GESP – Grupo de Estudos em Segurança Pública.

GM – Gabinete do Ministro.

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

HG – Hospital Geral.

HNA – Hospício Nacional de Alienados.

IC – Internação Compulsória.

IPI – Internação Psiquiátrica Involuntária.

IPV – Internação Psiquiátrica Voluntária.

IPVI – Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna involuntária.

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental.

MG – Minas Gerais.

MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

MNPCT – Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura.

MP – Ministério Público.

MPE – Ministério Público Estadual.

MPF – Ministério Público Federal.

MS – Ministério da Saúde.

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

NAPS – Núcleo de Atendimento Psicossocial.

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde.

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas.

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas.

PDS – Partido Democrático Social.

PDT – Partido Democrático Trabalhista.

PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar.

PPTM – Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais.

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica.

PRT – Portaria.

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira.

PT – Partido dos Trabalhadores.

PVC – Programa de Volta para Casa.

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.

RJ – Rio de Janeiro.

RP – Reforma Psiquiátrica.

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SANAS – Secretaria Nacional de Assistência Social.

SLEGIS – Sistema de Legislação da Saúde.

SHR – Serviço Hospitalar de Referência.

SM – Saúde Mental.

SRHad – Serviço Hospitalar de Referência para Usuário de Álcool e Drogas.

SRT – Serviço de Residência Terapêutica.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UA – Unidades de Acolhimento.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Entre o barulho do teclado: pandemia e os ruídos de um mundo em colapso.....	17
Percurso teórico-metodológico.....	18
Apresentação dos capítulos.....	21
1 O QUE É LOUCURA?	24
1.1 A experiência crítica da loucura.....	25
1.1.1 Não existe mais barca, porém o hospital.....	27
1.1.2 Medicalização da instituição asilar.....	30
1.2 Estratégias disciplinares e mecanismos de controle.....	31
1.2.1 Internação e tratamento moral.....	32
1.3 Psiquiatria como aparato da higiene pública.....	35
1.3.1 Internação psiquiátrica e estratégias de controle da população.....	38
1.3.2 Biopolítica e a política de internações.....	39
2 INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL: da internação asilar a reforma psiquiátrica	42
2.1 Alienismo no Brasil e os grandes hospícios.....	43
2.2 Eugenia e higienismo na história da psiquiatria brasileira.....	49
2.3 Hospitais psiquiátricos e a crise da internação asilar.....	52
2.4 A reforma psiquiátrica e os novos rumos da política de saúde mental.....	54
2.4.1 Movimentos pela reforma psiquiátrica no Brasil.....	56
2.4.2 A lei da reforma psiquiátrica.....	57
2.4.3 Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM): a construção de um novo paradigma.....	62
3 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	69
3.1 Desinstitucionalização, desospitalização ou desmanicomialização?.....	70
3.1.1 CAPS e NAPS.....	72
3.1.2 A reestruturação hospitalar.....	79
3.1.3 Desinstitucionalização e o surgimento dos Serviços de Residências Terapêuticas.....	82
3.2 Política de drogas e o sistema de saúde mental.....	85
3.3 A Rede de Atenção Psicossocial e o <i>circuito</i> terapêutico.....	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	98
ANEXOS	106

INTRODUÇÃO

A presente dissertação buscou analisar os discursos produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) através da revisão das leis e portarias que regulamentam a política pública de saúde mental no Brasil, após a promulgação da lei nº10.216¹ em 2001 até os dias atuais, com o objetivo de investigar o lugar e a função das internações psiquiátricas no interior do *circuito* terapêutico sistematizado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011².

Este trabalho vai de encontro com as urgências tanto pessoais quanto científicas que venho nutrindo desde a graduação. Na época, a lembrança da visita a um hospital psiquiátrico, espírita e asilar, me fez suspeitar dos rumos que o processo da Reforma Psiquiátrica (RP)³ vinha tomando. Apesar da inserção de um novo modelo de assistência e da aparente reorientação da política de saúde mental, o hospital psiquiátrico era visivelmente um núcleo intocável. As grades e muros que cercam essa instituição, as divisões internas do pátio hospitalar, as pessoas deitadas no chão expostas ao sol e excrementos, denunciavam aos meus olhos contradições com as linhas da lei nº 10.216/01 que assegura proteção e direitos às Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais (PPTM).

As minhas suspeitas conduziram para a realização de uma revisão histórica da assistência psiquiátrica no Brasil. Portanto, durante meu trabalho de conclusão de curso procurei investigar as especificidades do poder psiquiátrico em meio ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), onde verifiquei a permanência de instituições asilares e da prática da internação como recurso no interior do novo sistema assistencial, mesmo após o antigo modelo, asilar e hospitalocêntrico, evidenciar-se problemático e ineficiente.

No Brasil, os acontecimentos que alteraram os rumos da assistência psiquiátrica surgiram nas décadas de 1970 e 1980 com as reivindicações dos profissionais da saúde, usuários e familiares, por melhoria das condições de trabalho e do atendimento em hospitais psiquiátricos. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi protagonista

¹ ANEXO C.

² ANEXO D.

³ De forma genérica, o termo Reforma Psiquiátrica é empregado para descrever o processo histórico-social de reestruturação da assistência psiquiátrica e de construção de um outro estatuto para o indivíduo em sofrimento psíquico, esse processo ocorreu em diferentes países. Durante o trabalho nos referimos ao processo brasileiro tanto como Reforma Psiquiátrica (RP) quanto Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

desse processo ao articular uma série de manifestações que denunciavam as condições desumanas do sistema nacional de assistência psiquiátrica⁴.

A vinda de autores que dedicaram-se ao estudo da psiquiatria e militantes do movimento antipsiquiátrico ao Brasil como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman⁵ e Michel Foucault⁶, somado a outros eventos como I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (em São Paulo, 1979), III Congresso Mineiro de Psiquiatria (Belo Horizonte/MG, 1979), I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro, 1987) e o II Congresso Nacional do Trabalhadores de Saúde Mental (Bauru/SP, 1987), constituíram um novo marco para o MTSM que passou a levantar a bandeira da luta antimanicomial.

Apesar de não ser o foco da presente pesquisa, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) possui uma trajetória muito interessante e importante para a reorganização do campo da saúde mental. O movimento surge do rompimento com a perspectiva tecnicista, que insistia na reforma interna dos hospitais psiquiátricos, e é permeado pela perspectiva antipsiquiátrica. Com isso, o MNLA passou a defender outra relação entre louco/loucura/sociedade, a desinstitucionalização e a abolição dos manicômios no país. Dentre alguns personagens dessa trajetória, vale aqui lembrar a atuação de Nise da Silveira. Em 1930, anos antes do aparecimento do MNLA, Nise iniciou uma série de rupturas com o paradigma psiquiátrico asilar, através do deslocamento da loucura como problema da psicopatologia médica para o campo da cultura, da arte e da liberdade de expressão (FRAYZE-PEREIRA, 2003).

Além da perspectiva antimanicomial, a constatação do hospital psiquiátrico como espaço desumanizado e violador de direitos, no contexto da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), de abertura democrática e da formulação da nova Constituição Federal de 1988, chamada de “Constituição Cidadã”, contribuíram para o projeto de um outro sistema assistencial psiquiátrico voltado para a proteção e garantia de direitos básicos às pessoas portadores de transtornos mentais. Desse modo, de um lado, a questão da cidadania e, de outro, a luta antimanicomial formaram as bases para o debate em torno da lei da Reforma Psiquiátrica.

⁴ Amarante (1998) situa como marco do surgimento do movimento dos trabalhadores pela reforma psiquiátrica brasileira o episódio conhecido como “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde, no qual os profissionais deflagraram uma greve em abril de 1978 que durou 8 meses.

⁵ Estes intelectuais vieram para o Brasil durante o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, em 1978. O evento também assinala a atuação de profissionais da psicologia e da psicanálise no processo da Reforma Psiquiátrica (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

⁶ Michel Foucault esteve no Brasil, 1965, 1973, 1974, 1975 e 1976. Segundo Rodrigues (2016), as conferências realizadas na UERJ em 1974 abalaram a dicotomia no pensamento da esquerda brasileira dividido “entre uma medicina individual-reacionária-capitalista e uma medicina social-libertária-socialista” (RODRIGUES, 2016, p.77). Em suas conferências, Foucault (2005a) afirmava que a medicina é uma só e que toda medicina é social.

A lei 10.216/01 é resultado de um longo período de discussões, entre a proposta de lei nº 3.567/1989⁷ e sua aprovação passaram-se quase doze anos de tramitação. Durante esse período, a legislação assumiu um carácter mais conciliador do que o projeto apresentado em 1989 que previa a extinção dos manicômios psiquiátrico no país. Em razão disto, a lei da RP passou a dispor sobre a proteção e direitos das PPTM e prever a reorientação da assistência psiquiátrica em função de serviços comunitários, inserindo algumas estratégias de regulamentação das internações psiquiátricas para coibir a arbitrariedade médica e a violência asilar.

Após a promulgação da lei da RP, as internações foram divididas em três modalidades: Internações Voluntárias (IPV), Involuntárias (IPI) e Compulsórias (IC). Em 2002, uma portaria do MS inseriu uma nova modalidade: Internações Voluntárias que se tornam Involuntárias (IPVI). Com exceção da IC, que depende exclusivamente da decisão do Juiz, as internações IPI e IPVI precisam ser comunicadas ao Ministério Público (MP) no prazo de 72h00min., podendo ser revisadas e até suspensas pelo MP quando constatada alguma irregularidade. É, também, por meio desta legislação que o Estado passou a conduzir o projeto de reforma da assistência psiquiátrica.

Em conjunto com a regularização das internações psiquiátricas, outras normativas foram criadas pelo Ministério da Saúde a fim de reorientar o sistema psiquiátrico, até então, majoritariamente hospitalar. Em um primeiro momento, essas normativas procuraram promover a reestruturação do campo assistencial baseando-se, em parte, nas reivindicações do MNLA e nas diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSMs). Dentre as medidas adotadas podemos citar a implementação de programas de fiscalização, redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a inserção de mecanismos para a desospitalização, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços de Residência Terapêutica (SRT).

As portarias produzidas pelo MS resultaram na elaboração de um *circuito* terapêutico, sistematizado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Através da territorialização dos serviços da saúde, os componentes da RAPS são distribuídos sobre o espaço físico levando-se em consideração os fatores sociais, demográficos, sanitários e epidemiológicos da população. A RAPS orienta-se pela perspectiva comunitária e psicossocial que compreende o processo terapêutico como uma atribuição de toda a comunidade.

As mudanças mais recentes no campo legislativo indicam alguns caminhos problemáticos da política pública de saúde mental do país. Após a segunda metade dos anos

⁷ ANEXO B

2000 algumas portarias foram publicadas direcionando os serviços da saúde mental para o atendimento de “usuários de drogas”, “crianças e adolescentes” e para a “atenção à crise”, expandindo os mecanismos de internação. Assim, por um lado, observamos a emergência de estratégias para a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, por outro lado, acompanhamos o surgimento de diferentes modalidades de internação (IPI, IPV, IPVI, IPC, curta, média e longa duração), a inserção do judiciário como instância revisora e promotora de internações (internações compulsórias) e a implementação de uma diversidade de instituições com leitos para internações psiquiátricas e com características asilares (Comunidades Terapêuticas, Unidades Psiquiátricas em Hospitais gerais, Serviços Residenciais, Hospitais de Custódia e Hospitais psiquiátricos).

Esse cenário ficou ainda mais dramático a partir da resolução nº 32⁸, de 14 de dezembro de 2017, que inseriu os hospitais psiquiátricos especializados na Rede de Atenção Psicossocial. Tais mudanças culminaram na nota Técnica nº 11 de 2019 que incentivava a retomada das internações psiquiátricas e previa financiamento para máquinas de eletrochoque. O projeto pressupõe tentativas - por parte do poder público - de reativar instituições com características asilares tornando a internação novamente o eixo prioritário do sistema da saúde mental (BRASIL, 2017; 2019). A nota foi tirada de circulação após forte pressão do MNLA e de entidades ligadas ao campo da saúde mental como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASME), Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASCO) e Conselho Federal de Psicologia (CPF).

Algumas dessas entidades da área da saúde e pesquisadores têm classificado as alterações no âmbito legal como marco da “contrarreforma psiquiátrica” encabeçada por setores privados que tentam reativar o antigo modelo de institucionalização hospitalar com fins lucrativos (PITTA; GULJOR, 2019; LIMA, 2019). No entanto, notamos que as modificações normativas referidas aprofundam a política de internação e disciplinarização que não deixaram de existir no interior dos serviços que compõem o sistema de saúde mental.

Importante lembrar que a internação psiquiátrica esteve presente em diversos momentos de consolidação do dispositivo psiquiátrico. Se retornarmos ao livro “História da Loucura”, escrito por Foucault (2017), observamos como a política de internação dos loucos na idade clássica permitiu o surgimento da psiquiatria e da perspectiva medicalizadora da loucura. Já no curso ministrado pelo mesmo autor no *Collège de France*, entre 1973-1974, intitulado “O Poder Psiquiátrico”, o dispositivo psiquiátrico é analisado em sua dimensão prática, no nível dos

⁸ ANEXO E.

espaços de internação. Isso porque, segundo Foucault (2006), é nesse nível das relações de poder que os discursos de verdade sobre a loucura são produzidos.

O poder psiquiátrico, portanto, através da prática da internação asilar produziu uma série de tecnologias com objetivo de disciplinar e tornar útil os corpos ingovernáveis dos classificados como "loucos". Já na passagem para a sociedade moderna esse saber/poder psiquiátrico aumentou as fronteiras entre *normal* e *anormal* para se configurar como um amplo dispositivo regulamentador do social (FOUCAULT, 2006; 2002).

No Brasil, Machado *et al.* (1978) analisaram como o nascimento da psiquiatria asilar no país esteve atrelado às ações de medicalização do social⁹. Aparelhado pelo Estado e apoiado em mecanismos jurídicos, desde o início o dispositivo psiquiátrico no país abrangeu o espaço social como lugar de intervenção. Além disto, a percepção da loucura como desvio e perigo social também acionou a criação dos hospícios como instrumento disciplinador e como recurso para gestão dos problemas urbanos da sociedade brasileira, como apontou Cunha (1986) ao analisar a psiquiatria paulista e o funcionamento do “Hospício do Juquery” em São Paulo no final do século XIX.

As diversas mudanças na psiquiatria asilar que começaram a ocorrer na metade do século XX colocaram em funcionamento uma outra versão do dispositivo psiquiátrico. Segundo Caponi (2012) as estratégias da chamada “psiquiatria ampliada” estão voltadas para antecipação dos desvios e para o controle dos riscos reorientando a estrutura assistencial em função da promoção da saúde, da prevenção e do controle epidemiológico. A reestruturação psiquiátrica conduzida pelo governo federal insere-se nesse campo discursivo. Ela coloca em funcionamento serviços com abordagem comunitária e preventivista para reposicionar a política de internações no interior da rede psicossocial em função não apenas da disciplina, mas do controle e da gestão biopolítica da população (FOUCAULT, 2007; 2008b).

O conceito de biopolítica é parte do arcabouço teórico-metodológico de Michel Foucault (2007; 2008b) e indica uma forma diferente de sujeição daquela desenvolvida pelas práticas disciplinares. Na biopolítica, as práticas médicas e de segurança pública priorizam as tecnologias de controle a céu aberto, as estratégias de preservação da vida e de gestão dos índices que incidem sobre qualidade de vida da população. Esse modo de governo compreende

⁹ O conceito de medicalização do social denomina o processo em que a medicina passa a se ocupar de diversos fenômenos sociais (infância, envelhecimento, sobrepeso, tristeza) em meados do século XX. Em Foucault (1999), a medicalização do social se refere ao processo histórico do surgimento de uma nova forma de poder na Europa nos séculos XVIII e XIX, o biopoder. O termo vem ganhando autonomia explicativa para compreender o processo mais amplo de psiquiatrização da sociedade. (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA, 2014; SOARES, 2018)

dois polos de poder, onde as estratégias disciplinares estão direcionadas para exercer a função mais ampla de regularização e normalização dos fenômenos de população (COLLIER, 2011).

Nesse sentido, podemos entender as internações psiquiátricas ainda como dispositivos disciplinares, mas voltados para o controle social. Tendo em vista os deslocamentos produzidos pelas portarias do Ministério da Saúde, o crescente processo de medicalização do social, a emergência dos “usuários de drogas” e da “crise” como problemática para o campo da saúde mental e a retomada das internações em diferentes instituições asilares no interior da rede psicossocial.

Em resumo, durante a revisão das portarias produzidas pelo Ministério da Saúde, observamos que a inserção de mecanismos direcionados à “atenção à crise”, “usuários de drogas” e “crianças e adolescentes” aliados a ideia de risco e perigo social tem ativado as práticas de internação e disciplinarização. Por fim, ressaltamos a presente disputa no interior do campo de poder/saber da saúde mental entre o projeto antimanicomial e o reformista que tem sido implementado pelo governo federal.

Entre o barulho do teclado: pandemia e os ruídos de um mundo em colapso

Em 2020, ano em que concluo esta dissertação, o mundo foi atravessado pela pandemia da COVID – 19. A chegada do vírus no Brasil data do mês de março, mas os marcadores desse acontecimento são imprecisos. Até metade do mês de novembro contou-se 1.338.1000 pessoas mortas em todo mundo em decorrência do vírus. No Brasil são 167.497 pessoas mortas através da COVID – 19.

Em março, após a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar pandemia do novo Coronavírus alguns estados brasileiros iniciaram um plano gradual de quarentena, em meio às falas proferidos pelo presidente da república, Jair Messias Bolsonaro, minimizando e debochando da atual situação¹⁰. Logo, pulverizou-se um discurso que coloca como urgência a manutenção do mercado, dos empregos, da economia no lugar da necessidade de preservação das vidas. Junto a esse discurso, soma-se outro, aparentemente oposto, mas complementar, que busca reforçar e incrementar os aparelhos de vigilância e segurança da população.

Entre o barulho do teclado e o som do noticiário, os ruídos de um mundo em colapso. É neste clima de medo e angústias que teço esta dissertação. E, se este trecho soa alarmante, é porque me parece que todos os sinais que tentam descrever o acontecimento foram ignorados,

¹⁰ Dentre as falas usadas por Jair Bolsonaro para se referir a pandemia da Covid-19, vale destacar: “E daí? ”, “Gripezinha” e “Resfriadinho” (BBC, 2020).

convertidos, sabotados em função da fabricação do discurso de normalização do estado pandêmico.

É como estar dentro daquilo que Foucault (2008b) descreveu como *sociedade de segurança*, ou ainda, que Deleuze (1992) chamou de *sociedade de controle*. Vemos a todo momento os canais de comunicação mobilizarem dados sobre a população. Todos são potencialmente agentes contaminadores, podem carregar ou não uma partícula invisível do vírus, todos carregam consigo a possibilidade, o *risco*. Mas há um parâmetro, um *risco* aceitável, uma linha divisória entre a quantidade de mortes permitidas e aquelas que não são. Em função disso, a quarentena, o monitoramento, o esquadrinhaamento do espaço, testagens, enfim, tecnologias de segurança puderam ser ativadas. E, neste momento, são mobilizadas ou desencorajadas, a despeito da decisão dos chefes de estado.

O estado pandêmico pode também ser pensado pela ótica do *estado de exceção* (AGAMBEN, 2004) e da *necropolítica* (MBEMBE, 2018), já que faz funcionar a suspensão das normas legais vigentes e autoriza a morte diária de um contingente de pessoas, sob as quais podemos adicionar marcadores de classe, raça e gênero (ESTRELA *et al.* 2020).

Recentemente, alguns estudos têm alertado sobre possíveis sequelas psicológicas em pessoas que tiveram a COVID – 19 e outros procuram dimensionar o impacto da pandemia e da quarentena na saúde mental da população¹¹. Frente a este cenário, me questiono: como no interior da pandemia as técnicas disciplinares e de segurança do saber/poder psiquiátrico são e serão mobilizados? Deixo a pergunta em aberto como um convite às reflexões que permearam o processo de escrita deste trabalho.

Percurso teórico-metodológico

Para a análise do material coletado ensaia-se uma análise do discurso com base nos instrumentais teóricos-metodológicos desenvolvidos por Michel Foucault (2008a). Segundo Foucault, o discurso não é apenas a “coisa dita”, as palavras, signos ou representações, mas constitui-se como prática, ou seja, o discurso é aquilo que se produz no interior das relações de poder. Nesse sentido, uma análise do discurso recusa a busca por interpretações que tenham como objetivo desvelar um sentido escondido ou último das palavras. Deve-se trabalhar o discurso como ele é, tendo em vista as práticas concretas que os discursos colocam em funcionamento.

¹¹ DUARTE, *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 25, v. 09, p. 3401-3411, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3401.pdf>.

A metodologia utilizada pelo autor realiza uma série de deslocamentos em relação a historiografia tradicional. Em oposição à história dos “grandes feitos”, dos “homens ilustres”, da “continuidade”, Foucault (2008a) opera com as descontinuidades dos acontecimentos, com as rupturas, os cortes e os recortes realizados no interior das ações discursivas. Os acontecimentos constituem a matéria sensível do discurso e a história seria antes um conjunto de “acontecimentalização” ou “singularidades” que irrompem do tecido das relações (REVEL, 2005).

Desse modo, compreendemos que os acontecimentos que permitiram o surgimento da lei 10.216/01 e que contribuem para a formulação das normativas do Ministério da Saúde são ao mesmo tempo intrínsecos e externos ao processo legislativo. Por exemplo, durante a discussão do projeto de lei 3.657/89 até 2010 as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) formaram o terreno para a discussão entre trabalhadores, familiares, usuários, psiquiatras e sociedade acerca dos rumos da assistência psiquiátrica no país. É, em meio ao embate entre os movimentos pela Reforma Psiquiátrica e os contrários à reforma, como entidades ligadas aos hospitais psiquiátricos, que são apresentadas as propostas em âmbito legislativo.

Além disso, as frequentes denúncias de maus-tratos, desrespeito aos direitos humanos e condições insalubres das instituições asilares somadas aos acordos internacionais pela Reforma Psiquiátrica, como a “Declaração de Caracas” (1990)¹² e “Resolução da Onu” (1991)¹³, contribuem para a formação de diretrizes para o campo da saúde mental. Em meio ao debate, são realizados alguns recortes que retiram a discussão em torno da proposta abolicionista - “Por uma sociedade sem manicômios!”¹⁴ - e a direcionam para a regulamentação das internações psiquiátricas e para a ampliação da oferta de serviços da saúde mental.

Após a aprovação da lei da RP, o Ministério da Saúde passou a conduzir esse processo por meio de normativas expedidas diretamente do gabinete do ministro. A solidariedade entre poder judiciário, executivo e psiquiátrico não é uma novidade na história de constituição do dispositivo psiquiátrico. Foucault (2014; 2002a) já apontou como os procedimentos jurídicos, como a passagem do inquérito para o exame no século XIX, atuaram na construção de novas formas de saber e modos de controle. Já Machado e companhia (1978) revelam por meio da

¹² ANEXO F.

¹³ ANEXO G.

¹⁴ O lema que se tornou símbolo da luta antimanicomial é levantado durante as manifestações que ocorreram em meio ao II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, em Bauru, em 1987.

cronologia dos acontecimentos jurídicos que regulamentam a prática psiquiátrica no país a função mais ampla de normalização do dispositivo psiquiátrico.

Desse modo, compreendemos que as normativas do Ministério da Saúde produzem, recortam, reposicionam o sistema da assistência psiquiátrica. É importante destacar que esta é uma parte das complexas relações de força que formam o campo da saúde mental. A atuação direta entre usuários e profissionais da saúde mental, dentro e fora da rede assistencial, são também material para investigações que podem elucidar algumas questões aqui levantadas e que não puderam ser exploradas dada as limitações da pesquisa e o contexto da pandemia da Covid-19. Contudo, procurando remontar parte do quadro de acontecimentos que são intrínsecos ao nosso objeto, realizamos uma espécie de cartografia das mudanças legislativas e dos deslocamentos discursivos que elas promovem em relação processo da Reforma Psiquiátrica no país.

Para a análise do material coletado, nos utilizamos da “caixa de ferramentas¹⁵” de Michel Foucault. Dentre os conceitos operacionais para o desenvolvimento do trabalho, destacamos o termo *dispositivo* que constitui um conceito chave para pensarmos a internação psiquiátrica e outras estratégias de poder. Segundo Foucault (2005b), um *dispositivo* pode ser compreendido como:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos... [e entre estes] existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes, [cuja finalidade] é responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante (FOUCAULT, 2005b, p. 244-245).

Para Agamben (2009), *dispositivo* é um termo técnico no pensamento de Foucault e que o autor usa com frequência a partir dos anos de 1970 quando passa a ocupar-se do que denominou de *governamentalidade*. O autor propõe repensarmos o termo dispositivo na sociedade contemporânea como uma noção mais abrangente, chamando de dispositivo “ [...] qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos e as condutas.” (AGAMBEN, 2009, p.40).

Nesse sentido, a leitura de Agamben (2009) amplia as possibilidades de emprego do conceito. Assim, podemos compreender não apenas a Saúde Mental e a internação como

¹⁵ Expressão utilizada por Deleuze em uma conversa com Foucault (Foucault, 2005a).

dispositivo, mas uma série de mecanismos do campo da saúde mental que exercem funções estratégicas aliadas a formas de governo e que produzem modos de sujeição.

Levando em consideração esses apontamento e a especificidade do nosso objeto de pesquisa, para coleta do material realizamos uma busca no Sistema de Legislação da Saúde (SLEGIS), banco de dados online do governo federal que reúne os atos normativos do Ministério da Saúde, usando os filtros “saúde mental”, “política de saúde mental”, “internação psiquiátrica”, restringindo-se ao período pós promulgação da lei 10.216/01 (2001-2019)¹⁶. Como apoio, nos utilizamos de outros materiais do MS disponíveis online, especialmente, dois documentos nomeados de “Legislação em Saúde Mental” que trazem um compilado das legislações referentes à política de saúde mental durante o período de 1990 a 2010 (BRASIL, 2004; 2010).

Adicionalmente, fizemos a leitura dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental e de alguns relatórios das sessões no Senado Federal e na Câmara dos Deputados referentes ao processo de tramitação da lei 10.216/01, que podem ser obtidos através de pesquisa no banco de dados do portal online dos respectivos órgãos federais. Além disso, com o objetivo de documentar o que está acontecendo no Brasil atualmente em relação à política pública de saúde mental, alguns documentos relevantes para a discussão foram anexados.

Em síntese, para coleta e análise do material utilizamos três estratégias: a) Pesquisa bibliográfica de caráter teórico, buscando analisar as características e efeitos das internações em determinados tempos históricos; b) Pesquisa bibliográfica e documental sobre a psiquiatria no Brasil, sobretudo, a partir do século XX, a fim de historicizar e compreender a organização do sistema de saúde mental no país; c) Pesquisa de caráter documental que se restringiu às normativas produzidas pelo Ministério da Saúde que regulamentam o sistema de saúde mental.

Apresentação dos capítulos

No primeiro capítulo, realizamos uma revisão bibliográfica das análises de Michel Foucault (1926-1984) acerca do dispositivo psiquiátrico, apontando os discursos e as práticas que permitiram a construção da “loucura” como “doença mental”, a ascensão do poder psiquiátrico e as transformações da internação em estratégia disciplinar. Essa primeira parte concentra o esforço de relacionar três textos de momentos distintos da trajetória do autor. Como dito anteriormente, o livro “História da Loucura”, publicado pela primeira vez em 1961, é um texto no qual Foucault analisa com profundidade os acontecimentos históricos que permitiram

¹⁶ ANEXO A.

a construção do discurso psiquiátrico. Já os livros “O poder Psiquiátrico” e “Os anormais”, são um compilado de algumas aulas ministradas por Foucault no *Collège de France*, entre 1973-1975, e concentram-se em um outro momento das análises desenvolvidas pelo autor.

Conforme alguns pesquisadores procuram posicionar, o primeiro texto insere-se na fase arqueológica dos escritos foucaultianos, em que interessa ao autor refletir sobre práticas discursivas e as regularidades que lhe eram imanentes. Por outro lado, os textos do curso do *Collège de France* são localizados na fase genealógica, na qual o autor investiga a construção dos aparelhos disciplinares procurando estudar as práticas de poder e as formas de saber que os sustentam (MACHADO, 2009; OKSALA, 2011).

Dessa maneira, com base nesses três escritos buscamos refletir sobre as funções e especificidades que a internação possui no interior do aparelho psiquiátrico e em relação às políticas de governo do Estado. Ao final, procuramos relacionar o dispositivo da internação psiquiátrica com as ações mais amplas de governo biopolítico da população e de medicalização do social.

No segundo capítulo, procuramos compreender a trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil pontuando os momentos decisivos para a reconfiguração do dispositivo psiquiátrico. Partindo da construção do primeiro hospício no país, observamos a preferência do Estado brasileiro em consolidar a política de internação da psiquiatria asilar, especialmente após a metade do século XIX e com o surgimento dos movimentos higienistas.

O marco desse processo é o Decreto 24.359, de 03 de julho de 1934, que dispunha sobre “a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos” (BRASIL, 1934) e que passou a prever a internação psiquiátrica como medida para quase todos os casos suspeitos de alguma “doença mental”. O cenário construído nesse período começou a ser alterado com os movimentos pela Reforma Psiquiátrica. Em um primeiro momento, a RP buscou reorganizar o espaço intra-asilar e incluir novos serviços de atendimento, como visita domiciliar e ambulatórios. Todavia, na década de 1970, os movimentos antimanicomial passaram a pautar a extinção dos hospícios e desenvolveram outras formas de assistência. A partir da lei 10.216/2001 esse processo de reestruturação começou a ser conduzido pelo governo federal.

Para refletir sobre essa trajetória, o segundo capítulo foi dividido em quatro partes. A primeira compreende os primeiros momentos da psiquiatria asilar e a segunda busca elucidar o papel dos movimentos higienistas na formação da estrutura assistencial psiquiátrica. A terceira parte trata da ascensão e crise do sistema hospitalar e a última do surgimento dos movimentos

e acontecimentos que fazem parte do processo de Reforma Psiquiátrica, como o processo de tramitação da lei 10.216/01 e as conferências da saúde mental.

No último capítulo focamos nossa análise nestes últimos 20 anos da política de saúde do país, explorando a composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o lugar ocupado pelas medidas de internação. Neste período, as portarias referentes a saúde mental procuram atender as exigências de órgãos e acordos internacionais incorporando novos serviços, como o CAPS, NAPS e Hospital-dia, no sistema público de saúde. Já a política de fiscalização e de redução progressiva dos hospitais psiquiátricos no país é esboçada pouco tempo depois da aprovação da legislação. Apesar da redução no número de instituições hospitalares especializadas em psiquiatria, vemos surgir outras instituições com características asilares.

Portanto, no terceiro capítulo buscamos nos debruçar sobre três momentos distintos da regulamentação do sistema da saúde mental. O primeiro diz respeito a primeira década dos anos 2.000 e as portarias que inseriram os serviços comunitários de atenção psicossocial e que propuseram um redimensionamento dos leitos de hospitais especializados em psiquiatria. O segundo trata da inserção da política de drogas no interior da saúde mental. No último abordamos a formação da RAPS e apontamos as mudanças recentes que buscam alterar a sua estrutura.

1. O QUE É LOUCURA?

A construção histórico-social da loucura como doença mental e o surgimento da internação asilar.

O que é loucura? Esta pergunta que atravessa tempos e espaços diversos e que se modifica rápido no pensamento psiquiátrico contemporâneo parece mover-se em torno de uma única resposta. O discurso psiquiátrico, presente em nosso cotidiano, que consolidou o hospício como espaço de exclusão destinado aos sujeitos considerados desviantes traduziu a loucura como doença mental e, mais recentemente, como transtorno ou síndrome¹⁷. Dessa tradução derivam estratégias e discursos que permanecem tecendo narrativas de captura do dito “louco”. Dentre as práticas que autorizam à psiquiatria o sequestro da leitura da loucura e do corpo louco, podemos destacar a internação, mecanismo fundamental de sustentação do seu poder-saber, pois, como podemos observar nos trabalhos de Michel Foucault (2017; 2006; 2002b), a reclusão dos loucos exerce efeitos de disciplina e assujeitamento produzindo corpos dóceis ao capitalismo e a própria realidade da loucura como doença.

Desse modo, a relação de significação da loucura como doença mental permanece problemática, já que as respostas para “o que é loucura” continuam a girar em torno da sua determinação enquanto doença. A obra de Michel Foucault “História da Loucura na idade Clássica” nos é indispensável para pensarmos esse processo. Ao retratar a segregação dos loucos e os deslocamentos dos discursos sobre a loucura durante a idade clássica até o início do século XIX, Foucault (2017) assinala os caminhos pelos quais a psiquiatria emerge e se consolida como instância normalizadora e silenciadora da loucura.

De acordo com Foucault (2017), podemos analisar o pertencimento da loucura à patologia como um confisco, uma vez que a experiência médica isola a loucura nos espaços de internação. Através do método arqueológico, Foucault analisa como o desenvolvimento dessa interpretação psiquiátrica da loucura se dá em dois níveis, prático e teórico, o da percepção e do conhecimento.

¹⁷ A ruptura no discurso psiquiátrico moderno em torno das bases orgânicas das doenças mentais, especialmente, através dos estudos realizados pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, proporcionou uma nova forma de definir e classificar as “doenças mentais”, onde os comportamentos indesejados deixam de ser fruto de uma herança mórbida como compreendia os teóricos da degeneração e são agrupados em sintomas ou indicativos de alguma patologia mental que passa a ser chamada de síndrome ou transtorno. Mudanças que foram incorporadas ao DSM III, IV e V (Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais), importante documento que orienta a prática médica (CAPONI, 2012).

Assim como Machado (2009) destaca, em “História da loucura” esses dois níveis de produção de discursos, a “percepção” e o “conhecimento”, por meio dos quais Foucault conduz a sua análise, são duas formas distintas de apreciação da loucura. O primeiro se daria no nível da relação prática com o sujeito “louco”, nas soluções que as sociedades determinam para a loucura, e o segundo se daria no nível das formulações teóricas e metodológicas acerca da loucura enquanto um problema social. Esses dois níveis de produção discursiva, mesmo que independentes, interpelam-se e relacionam-se compondo um terreno comum - o da exclusão dos sujeitos considerados loucos.

Na antiguidade clássica o processo de *exclusão* relacionava-se a segregação e reclusão dos sujeitos do convívio social. Tentando refletir um pouco mais sobre isso, é possível compreendermos o processo de *exclusão* na sociedade moderna como uma espécie de banimento de alguns tipos sociais indesejados pela sociedade da comunidade de origem para outros territórios controlados e espaços segregacionistas através da destituição de direitos, como, por exemplo, é o caso vivido pelos refugiados. Nestes casos, o que o conceito de exclusão abarca é a rejeição social e essa espécie de desterritorialização experimentada pelos sujeitos excluídos através do desamparo legal na garantia de direitos fundamentais. A noção de *banimento* e *bando* são aprofundadas por Agamben (2002; 2004) e constituem-se como operacionais para o que o autor chamou de *Estado de Exceção*. Enfim, nesta primeira parte, pretendemos fazer uma breve reconstrução histórica desse processo de *exclusão* dos “loucos” destacando os acontecimentos que fizeram da internação asilar uma estratégia disciplinar.

1.1. A experiência crítica da loucura

O processo de institucionalização dos loucos tem início na idade clássica com o esvaziamento dos pestíferos e a captura dos loucos junto aos miseráveis, marginais e delinquentes. No entanto, a exclusão dos loucos é anterior ao processo massivo da internação asilar. Os primeiros atos de expulsão dos loucos do convívio social não tinham como objetivo a sua reclusão. É o caso da “Nau dos loucos” (Narrenschiff), embarcações que carregavam os loucos para longe das cidades onde eram encontrados (FOUCAULT, 2017).

Segundo Foucault (2017) as “Narrenschiff” cumpriam duas funções importantes para o imaginário social da época. Elas significavam ao mesmo tempo a expurgação dos perigos e uma forma de limpeza social, reservando à loucura um lugar de mistério, curiosidade e imaginação. A presença dessas embarcações durante quase toda idade média refletia a forma como os loucos eram percebidos durante este período.

Essas embarcações que carregavam os “insensatos” para longe do seu lugar de origem eram tidas como uma forma de benfeitoria e, por outro lado, de castigo. Em torno delas formou-se toda uma dinâmica ritualística. Acreditava-se que era possível que os sujeitos fossem purificados pela água do mar e a navegação significava uma espécie de peregrinação, indicando o abandono dos loucos à própria sorte como sinal de salvação. Essas práticas contribuem para compor o imaginário social da época acerca da loucura. Apesar dos loucos também serem encaminhados para hospitais gerais, prisões ou instituições de caridade, nenhuma dessas práticas configuraram até então uma forma de governo ou davam uma resposta médica a questão. (FOUCAULT, 2017).

No entanto, as pretensões de Foucault ao resgatar as imagens da “Nau dos insensatos” não parece ser o aprofundamento da prática de exclusão, mas realçar as outras possibilidades de leitura da loucura que existiam e apontar os acontecimentos que transformaram os sentidos atribuídos à loucura durante o renascimento. Assim, recorrendo a obras de literatura, pintura e demais produções artísticas do início da renascença, Foucault destaca que essas representações artísticas se referem à loucura de forma ambígua, inscrevendo-a primeiro como onírica e errante e, em um segundo plano, como desvio de conduta (MACHADO, 2009).

Todas essas representações da loucura na renascença que ganham a atenção de Foucault, também apresentam um conflito, de um lado a loucura permanece como desatino, como erro, como verdade não dita sobre o fim do mundo, por outro lado ela é vista como irregularidade das condutas, defeito humano. Nessa dupla relação loucura/desatino e loucura/desvio, ocorre um distanciamento entre a experiência trágica do início da renascença e uma experiência crítica gestada em uma reflexão moral sobre o desvio:

Apesar de tantas interferências ainda visíveis, a divisão já está feita; entre as duas formas de experiência da loucura, a distância não mais deixará aumentar. As figuras da visão cósmica e os movimentos da reflexão moral, o elemento trágico e o elemento crítico irão doravante separar-se cada vez mais. Abrindo, na unidade profunda da loucura, um vazio que não mais será preenchido. De um lado haverá uma Nau dos Loucos cheia de rostos furiosos que aos poucos mergulha na noite do mundo, entre paisagens que falam da estranha alquimia dos saberes, das surdas ameaças da bestialidade e do fim dos tempos. Do outro lado, haverá uma Nau dos loucos que constitui, para os prudentes, a Odisseia exemplar e didática dos defeitos humanos. (FOUCAULT, 2017, p. 27).

No confronto, entre a experiência trágica da loucura e a experiência crítica, a experiência trágica é ocultada. De acordo com Foucault (2017), ao que tudo indica ocorre uma ruptura fundamental que começa a ser feita nesse período, uma espécie de afunilamento dos discursos em relação à loucura que antes se encontravam difusos e ambíguos. Dessa maneira, o que a

sobreposição da experiência crítica sobre a loucura revela é a formação de uma perspectiva moral que aprisiona o louco nos espaços de internação.

Segundo Foucault (2017) o marco desse deslocamento é a reflexão filosófica proposta por Descarte e a reinterpretação da loucura como impossibilidade do pensamento que realiza uma cisão entre louco e o sujeito da razão. Essa nova percepção da loucura junto à condenação ética da pobreza na sociedade pré-capitalista inaugura o processo massivo de internação.

1.1.1 Não existe mais barca, porém o hospital¹⁸

A ruptura entre experiência trágica e experiência crítica desenvolve uma nova sensibilidade sobre a loucura que passa a desejar que ela seja retida. Inicialmente, os asilos não são destinados exclusivamente para os “insanos”, isso ocorre através da reestruturação social e econômica do mundo do trabalho e do surgimento da ética trabalhista. Essa reorganização social somada à condenação moral da pobreza passa a capturar também os loucos. Nesse sentido, destaca-se duas mudanças significativas no pensamento renascentista que contribuem para o processo de internação dos “insanos”, a condenação ética da pobreza e a reflexão moral acerca das condutas consideradas desviantes (FOUCAULT, 2017).

Para Foucault (2017; 2005b), o acontecimento que marca o início desse processo é a criação do “Hospital Geral” em 1656 em Paris. A princípio, essa instituição se configurava como estrutura semi-jurídica, situada entre a polícia, a justiça e o Estado, mantida também por instituições religiosas enquanto uma obra de caridade. Nos séculos XVI e XVII o “Hospital Geral” e outras instituições similares como “casas de internamento” e “asilos” se espalharam por toda a Europa, ocupando o lugar dos antigos leprosários e formando um grande contingente de pessoas internadas¹⁹.

De acordo com Foucault (2014), a lepra é o modelo por excelência da exclusão, do cercamento, do poder soberano, enquanto a peste é o modelo da disciplina. A primeira articula-se por uma forma de distribuição do poder que marca, rejeita, recolhe e a outra distribuí, recorta, classifica. É a partir da retidão dos “loucos” em leprosários, em instituições asilares, que o poder médico vai poder encontrar a loucura.

No entanto, durante o século XVII, apesar da presença médica, essas instituições não possuíam um caráter medicalizador. Conforme podemos observar também em outros textos de

¹⁸ O título é uma referência a frase elaborada por Foucault (2017, p. 42) “Ei-la amarrada, solidamente, no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais barca, porém o hospital”.

¹⁹ Apesar do destaque dado a experiência francesa das internações, Foucault (2017, p. 66-69) também cita outras experiências pela Europa como as *workhouses* na Inglaterra e as *Zuchthausern*, casas de correção, na Alemanha.

Foucault (2005a; 1977), o conhecimento médico nesse período se caracterizava por ser demasiadamente teórico e receituário, onde a presença médica só era acionada em momentos de “crise”, ou seja, de manifestação de alguma doença. Nesse período, portanto, a prática de internação funciona como mecanismo de exclusão.

A partir da internação como mecanismo de exclusão, constitui-se uma nova reação à miséria que antes estava vinculada ao mundo místico e sacralizado do catolicismo. Contudo, a mentalidade religiosa permanece com um papel importante na sociedade tecendo julgamentos morais acerca da pobreza, estabelecendo uma oposição entre “o bom” e “o mau” pobre e, com isso, justifica a prática da internação tanto como medida de repressão como de benfeitoria, absorvendo também os “loucos” e delinquentes nessa reflexão moral sobre os miseráveis:

A oposição entre os bons e maus pobres é essencial à estrutura e à significação do internamento. O Hospital Geral designa-se como tais e a própria loucura é dividida segundo esta dicotomia que pode entrar assim, conforme a atitude moral que parece manifestar, ora na categoria da beneficência, ora na da repressão. Todo interno é colocado no campo dessa valoração ética - e muito antes de ser objeto de conhecimento e piedade, ele é tratado como *sujeito moral* (FOUCAULT, 2017, p. 62, grifo do autor).

A medida que a estrutura social se organiza em torno da ética trabalhista as internações adquirem outros sentidos. O trabalho ocupa os espaços de internações como forma de correção ética e como alternativa econômica, produzindo mão-de-obra barata nos momentos de pleno emprego. Todavia, nas épocas de crise e de desemprego, a internação é acionada como medida para proteção contra as revoltas sociais. Nesse momento, Foucault (2006; 2017) ressalta a transformação das internações em uma prática não apenas repressiva, puramente de exclusão, mas a sua qualidade positiva, ou seja, a sua função de interferir no espaço social para administrar os *perigos sociais*.

Já no início do século XVIII as experiências no campo da química e demais áreas permitem pensar na ideia de contágio e de podridão. O imaginário social é preenchido por essas figuras que estavam conjuradas nos espaços de internação, despertando nojo e horror na população. Assim, o asilo se torna representante dessas imagens despertando a sensibilidade para o isolamento da loucura das demais figuras que o preenchem:

O mal que se tinha tentado excluir com o internamento reaparece para maior espanto do público, sob um aspecto fantástico. Veem-se nascer e ramificar em todos os sentidos os temas de um mal físico e moral ao mesmo tempo, que envolve, nessa indecisão, poderes confusos de corrosão e horror. Impera então uma espécie de imagem indiferenciada da “podridão”, que diz respeito tanto a corrupção dos costumes quanto a decomposição da carne, e pela qual irão pautar-se a repugnância e a piedade sentidas em relação aos internos. (FOUCAULT, 2017, p. 354).

Com isso, o espaço de internação então assumido pelo poder médico representante da pureza, da ordem e da expurgação dos perigos, faz do asilo um espaço medicamente marcado. Desse modo, destaca Foucault (2017), o corte entre aquele que deve viver livre e o que deve ser enclausurado não será mais a pobreza, mas as doenças que incapacitam para o trabalho. Contudo, no espaço indiferenciado do hospital o louco adquire a representação de todas essas figuras negativas que o espaço de internação parece acumular. Dessa maneira, como perigo social e anormalidade a loucura é encerrada no asilo e lá ela se torna objeto do saber médico psiquiátrico.

Segundo o autor (FOUCAULT, 2017), a grande mudança que assinala a metade do século XVIII é o isolamento da loucura em uma instituição asilar. Asilada e retida, separada dos demais tipos sociais desviantes, a loucura será objeto de novos experimentos com fins terapêuticos. A partir dessa realidade concreta do asilo, o “louco” passa a ser avaliado segundo um certo distanciamento da norma social. Assim, o que ativa a internação não é mais a condenação moral da pobreza, mas um certo temor em relação a periculosidade que caracteriza a existência livre do louco.

Para Foucault (2017), somente com a loucura excluída e isolada que o conhecimento médico se encontra com o louco. Essa relação, portanto, entre a medicina e a internação possibilita o nascimento da psiquiatria no século XIX e a transformação dos significados atrelados à loucura. Ao internar o louco, produz-se uma objetividade que cinde o mundo dos normais daquele dos anormais, um campo de observação e controle do “saudável” em relação ao “doente mental”.

Em um primeiro momento, a psiquiatria emerge como alienismo. O alienismo surgiu na virada do século XVIII para o século XIX como um saber que propunha uma solução médica e científica à loucura. A partir do alienismo, a loucura passou ser relacionada a doenças da mente, cujas causas podiam ser identificadas na conduta imoral dos sujeitos.

Para Castel (1978), somente durante a Revolução Francesa (1789–1799) ocorre uma ruptura entre o antigo modelo de internação, ligado ao poder soberano, e a prática médica alienista, que transforma a prática da internação em medida disciplinar. O autor destaca como marco desse processo a criação da lei francesa, de 30 de junho de 1838, que regula a assistência médica psiquiátrica na França no século XIX. Essa legislação também é objeto de reflexão de Michel Foucault (2002b, p. 1977) que aponta: “A psiquiatria recebe com a lei de 1838 sua consagração, ao mesmo tempo como disciplina médica e como disciplina especializada [...]”. Assim, as mudanças provocadas no contexto da Revolução Francesa e o nascimento da lei de

1838 assinalam, sobretudo, a ascensão da psiquiatria como dispositivo disciplinar e como uma medicina do social.

1.1.2. Medicalização da instituição asilar

Michel Foucault (2017) faz uma diferenciação entre o período do “internamento” e o surgimento do “asilo”. O primeiro corresponde ao século XVII até início do século XVIII, quando os espaços destinados a internação não possuíam nenhuma resposta médica ao problema da loucura, já no século XVIII as instituições asilares tornam-se espaços para medicalização.

A medicina na sociedade moderna organizava-se em torno do conhecimento teórico e receituário. O médico deveria intervir nos momentos de crise, mas necessitava de um lugar organizado e limpo para observação clínica. O medo e perigo do contágio em razão da má organização e da confusão do espaço hospitalar desperta essa sensibilidade médica para a esterilização do hospital. A urgência médica permite a reestruturação e a organização interna das instituições de reclusão. O hospital deveria torna-se também um mecanismo de cura e de expurgação das doenças. Desse modo, para Foucault (2017), não é presença médica no espaço asilar que permite seu funcionamento como instituição médica, mas a sua reestruturação interna com fins terapêuticos:

O importante é que essa transformação da casa de internamento em asilo não se fez através da introdução da casa progressiva da medicina - espécie de invasão proveniente do exterior - mas através de uma reestruturação interna desse espaço ao qual a era clássica não havia dado outras funções além da exclusão e correção (FOUCAULT, 2017, p. 433).

A transformação da internação em prática de tratamento e cura pelo poder médico psiquiátrico faz com que ele assuma um valor terapêutico. No interior do asilo, os mecanismos de cura e de tratamento dispostos pela psiquiatria são, na verdade, tecnologias de uma terapêutica moral executada com objetivo de disciplinar os corpos revoltosos dos considerados “loucos”. Nesse sentido, a prática da internação ao tornar-se a fórmula hegemônica de tratamento do “louco” também captura e segrega outras possíveis respostas para o questionamento “o que é loucura?”. Portanto, uma das transformações na sociedade clássica que assinala a passagem para a modernidade é essa conversão do asilo como espaço de exclusão em um aparelho disciplinar.

Por fim, Roberto Machado (2009) destaca que “História da Loucura” não é uma história da psiquiatria científica, mas a história da dominação da loucura pela ordem da razão. Deste modo, ao realizar a crítica ao aparelho psiquiátrico, Foucault realiza uma crítica ao seu presente, ou seja, à própria modernidade que reflete cada vez mais o processo de racionalização das

condutas e do assujeitamento dos indivíduos aos saberes disciplinares e regulamentadores do social.

1.2. Estratégias disciplinares e mecanismos de controle

Através da internação psiquiátrica e da organização interna dos espaços de internação o dispositivo psiquiátrico produziu uma resposta médica à questão da loucura. O asilo se tornou o espaço privilegiado para cura e tratamento dos “alienados” e a internação uma estratégia disciplinar. Dado o exposto, nos deslocamos nesse momento para refletir sobre a prática da internação como estratégia do poder disciplinar. Essa reflexão é feita por Foucault em “O Poder Psiquiátrico”. Segundo o autor (FOUCAULT, 2006), a análise parte do ponto de chegada da “História da Loucura” e procura investigar os mecanismos disciplinares desenvolvidos pelos saberes psiquiátricos na sociedade moderna.

No livro “O Poder Psiquiátrico”, Foucault (2006) expressa uma preocupação diferente da localizada anteriormente em seu trabalho arqueológico. Na idade clássica, observamos o processo massivo de exclusão dos loucos que possibilitou a ascensão do poder médico psiquiátrico; já na história da psiquiatria moderna, o autor analisa as relações de poder no interior da instituição asilar e as estratégias práticas que fazem do asilo um espaço de tratamento e “cura”. Na realidade, Foucault pensa a relação entre saber/poder/sujeito no espaço intra-asilar que permitiu à psiquiatria a produção de um discurso médico sobre a loucura.

O desenvolvimento das práticas disciplinares como estratégias de poder também são objeto de “Vigiar e Punir: Nascimento da prisão”, publicado um ano após o curso do “Poder Psiquiátrico”. Nesse texto, o autor procura “estudar a metamorfose dos métodos punitivos a partir de uma tecnologia política do corpo onde se poderia ler uma história comum das relações de poder e das relações de objeto” (2014, p. 27). De acordo com Foucault (2014; 2006) o que podemos observar com a generalização das medidas de internação e com a fixação da prisão e do asilo como espaços disciplinares, é a própria transformação da sociedade moderna em sociedade disciplinar.

As estratégias disciplinares caracterizam-se pelas práticas de esquadramento, vigilância, hierarquia e punição, que exigem dos corpos uma performance perfeita, útil e dócil. Essas estratégias encontram seu modelo ótimo no panóptico, uma estrutura de vigilância e controle inventada por Bentham (1748-1832). Segundo Foucault (2006) essa forma de poder se caracteriza por incidir sobre o corpo físico:

Ora, parece-me ao contrário que o que há de essencial em todo poder é que seu ponto de aplicação é sempre, em última instância, o corpo. Todo poder é

físico, e há entre o corpo e o poder político uma ligação direta... tomado em suas ramificações, últimas, em seu nível capilar, onde ele toca o próprio indivíduo, o poder é físico e, por isso mesmo, violento, no sentido de que é perfeitamente irregular, não no sentido de que é desenfreado, mas, ao contrário, no sentido de que obedece a todas as disposições de uma espécie de microfísica dos corpos (FOUCAULT, 2006, p. 19).

Os efeitos do aparelho disciplinar sobre os corpos dos internados e as características que o asilo assume na sociedade moderna também é objeto de análise do sociólogo Erving Goffman (2001). O autor realiza uma etnografia das instituições asilares destacando os mecanismos que caracterizam esses estabelecimentos como *instituições totais*. Contudo, o que nos interessa neste subcapítulo é como esse poder se organiza nas instituições psiquiátricas e como a partir dele foi possível construir uma política institucional baseada na prática da internação e no hospício como modelo.

1.2.1 Internação e tratamento moral

Michel Foucault inicia o curso do “Poder Psiquiátrico” (2006) apresentando o que ele chamou de “cenas de cura”, práticas asilares da psiquiatria do século XVIII para o século XIX que consistem em submeter os internados a um tratamento disciplinar. As primeiras imagens apresentadas são descrições dos asilos idealizados pelos médicos alienistas, demonstrando a preocupação da comunidade médica pela conversão do espaço asilar em um lugar de tratamento e cura. Segundo o autor, gesto que inaugura o asilo como instrumento terapêutico é a cena protagonizada por Philippe Pinel²⁰ de libertação dos loucos das correntes:

Quando Pinel liberta os doentes encerrados nas masmorras, trata-se de estabelecer entre o libertador e os que acabam de ser libertados uma certa dúvida de reconhecimento que vai e deve ser paga de duas maneiras. Primeiro, o libertador vai saldar sua dívida de reconhecimento pela obediência; vai-se, portanto, substituir a violência selvagem de um corpo, que só era contida pela violência dos grilhões, pela submissão constante de uma vontade a outra. Em outras palavras, tirar as correntes é realizar por intermédio de uma obediência reconhecida algo como uma sujeição. (FOUCAULT, 2006, p. 36).

Além disso, a medida da internação deixa de ser símbolo do poder soberano, centralizado na figura do rei e torna-se objeto do poder médico alienista, representante da

²⁰ Philippe Pinel (1745-1826) se destaca na análise de Foucault e no cenário médico psiquiátrico por sua atuação e produção teórica, tomando como objeto central da terapêutica a reforma e a reorganização hospitalar. Em 1793 Pinel é nomeado como médico-chefe do asilo de Bicote -Paris e escreve sete anos depois sua obra “Tratado médico filosófico sobre a alienação mental ou a mania” que orienta a prática psiquiatria durante o século seguinte. Segundo Facchinetti (2008, p. 503), “as reformas pinelianas fundaram uma nova tradição para a investigação e prática psiquiátricas, marcada pela articulação entre o saber e a técnica. Em consonância com os tempos de utopia da virada do século, cujos ecos ressoavam nas Revoluções Francesa e Industrial [...]”.

limpeza, da organização e da norma. Por um lado, essa dispersão regrada do asilo se faz necessária para própria constituição do saber médico que depende da objetivação criada pela disciplina asilar para medicalização dos internados, por outro lado essa ordem disciplinar aparece como condição necessária para o tratamento moral “dos alienados” (FOUCAULT, 2006).

A “cena de cura” utilizada por Foucault (2006) para mostrar como a prática médica constitui-se como um saber/poder disciplinar também descreve como o tratamento moral opera no interior do asilo:

Um dia, o alienado, em seu fogueiro delírio, recebe duramente seu ex-médico que o vem visitar, e o cobre de dejetos e imundices. Um dos pajens entra imediatamente no quarto sem dizer nada, agarra pela cintura o delirante, também reduzido a um estado de sujeira repugnante, derruba-o numa pilha de colchões, despe-o, limpa-o com uma esponja, troca suas roupas e, olhando para ele com altivez, afasta-se logo em seguida e volta para o seu lugar. Lições assim, repetidas e intervalos durante alguns meses e secundadas por outros meios de tratamento, produziram uma cura sólida e sem recaída (FOUCAULT, 2006, p. 26).

Para Foucault (2006), a terapia asilar é como uma cena de enfrentamento entre dois corpos, entre a vontade médica e a vontade do internado. As cerimônias de cura, rituais de serviço, procedimentos judiciais, práticas punitivas, são o que permitem a composição do asilo como um espaço terapêutico voltado para a intervenção médica (FOUCAULT, 2006).

A terapia moral organiza-se em torno de uma rede de apoio, de intermediações, com funções específicas dentro da hierarquia administrativa do asilo. Na escala intermediária, os vigilantes são responsáveis por vigiar os internados e informar os médicos, os serventes, os últimos na hierarquia administrativa, devem fingir servir o doente e, com isso, relatar seu cotidiano ao vigilante e este ao médico; por fim, o médico através das informações recolhidas determina qual medida disciplinar será aplicada ao doente (FOUCAULT, 2006; 2002b).

Em contrapartida, Foucault (2006) destaca que parece haver ainda uma ruptura entre a prática do tratamento moral e a prática diagnóstica. Enquanto o tratamento moral administrado pelo asilo consiste em retirar do louco uma confissão e fazê-lo assumir-se doente, a atividade diagnóstica busca na reconstrução do histórico do internado justificativas para o parecer médico acerca da doença. A recomposição dessas duas esferas, o conhecimento e a prática, só é possível por meio das estratégias disciplinares, já que é o hospício que produz a matéria sensível para a produção do saber psiquiátrico. Por sua vez, o louco no século XIX é esse personagem que não se submete ao poder e o papel do asilo é o de subjugar-lo (FOUCAULT, 2006).

A crença no poder curativo do hospício pelo seu formato disciplinador irá consolidar a instituição asilar como principal mecanismo de controle e de tratamento da loucura até o final

século XX, principalmente, na forma dos hospitais psiquiátricos. Os hospitais psiquiátricos são uma releitura do hospício que altera muito pouco sua configuração interna. Na forma de hospitais especializados em psiquiatria, as tecnologias de disciplinarização do corpo foram aperfeiçoadas e novas experimentações médicas como eletrochoque, lobotomia, sedação, puderam ser desenvolvidas.

Contudo, Foucault (2006) demonstra que a disciplina não é apenas o desenvolvimento de práticas coercitivas e punitivas, mas a radicalização dessas práticas em função de uma forma de subjetivação que prioriza a adequação de sujeitos dóceis e úteis à sociedade. Assim, outro deslocamento importante feito pelo autor em relação a sua obra anterior sobre a loucura é o desenvolvimento da psiquiatria como uma forma de “poder” e do asilo como “dispositivo disciplinar”.

Segundo Foucault (1977) a *crise* ou o *surto* vão ser o exato momento da interferência médica sobre o corpo do doente. A *crise* ou o *surto* fazem parte de um primeiro momento da medicina em que as práticas terapêuticas estão voltadas para a produção e emergência da doença. No entanto, as tecnologias do poder disciplinar deixam de produzir a *crise* como realidade da doença e voltam-se para fazê-la desaparecer: “de modo que podemos dizer que o poder psiquiátrico tem por função realizar a loucura numa instituição cuja a disciplina tem efetivamente por função apagar todas as violências da loucura, todas as suas *crises* e, no limite, todos os seus sintomas [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 323).

O desgaste da noção de *crise* como expressão necessária da doença causa uma série de deslocamentos para a psiquiatria moderna. Com isso, destaca Foucault (2006), a psiquiatria enfrenta o problema de traduzir as condutas imorais em sintomas. Em função desse problema é que a ciência médica vai construir uma série de procedimentos como o interrogatório, a droga e a hipnose, que vão permitir a construção de uma prova de realidade da loucura, que não está mais na *crise* e nem possui base orgânica. Trata-se de reconstruir, por meio desses artifícios, no nível dos antecedentes familiares e das condutas desviantes, a própria possibilidade da doença.

No final do século XX, a noção de *crise* e *surto* são retomadas como operadores tanto do diagnóstico como da prática da internação. A *crise* constitui-se como um momento agudo da doença, podendo causar sofrimento psíquico; ela é tida como um indicativo de algum transtorno mental ou distúrbio emocional. A prática médica volta-se para a contenção e aniquilação desse momento que é visto também como *perigo* e *risco* para o próprio sujeito ou para outras pessoas.

O movimento antipsiquiátrico²¹ que surge na metade do século XX, faz importantes críticas ao poder/saber psiquiátrico, sobretudo a violência asilar e a forma como se produz a exclusão dos loucos na sociedade moderna. A antipsiquiatria assinala também que o campo de da saber sobre a loucura continua em aberto e que se faz necessário a luta contra as estruturas que sustentam o poder psiquiátrico. Contudo, como destaca Foucault (2006), ao dirigir-se a instituição asilar, o movimento converte-se em despsiquiatrização, não deixando de ver a loucura no registro da doença, ao invés disso, procura formas mais eficazes de tratamento do louco fora do registro da instituição asilar.

1.3 Psiquiatria como aparato da higiene pública

No momento em que o antigo modelo institucional de “tratamento moral” chega no Brasil, a psiquiatria europeia desloca-se para o campo extra asilar²². Em *Os Anormais* (2002b), aulas ministradas por Foucault no ano de 1975, o autor procura investigar esse momento de transformação do dispositivo psiquiátrico que permitiu o avanço da psiquiatria sobre outras esferas sociais. Através da reconstrução genealógica do conceito de “anormal” por meio do discurso médico-legal, Foucault (2002b) analisa quais as técnicas que permitiram a psiquiatria a sua expansão sobre todo o tecido social.

Foucault (2002b) inicia a primeira aula deste curso lendo dois relatórios de exames no campo da medicina-legal sobre a responsabilidade dos crimes cometidos por sujeitos considerados loucos. Junto à preocupação médica psiquiátrica em investigar a natureza da loucura soma-se a preocupação jurídica-penal de estabelecer uma penalização justa, de acordo com a grandeza do crime cometido e, com isso, de definir para qual instituição, o hospício ou a prisão, o indivíduo será direcionado. Nesse contexto, o exame médico-legal não assinala uma ruptura entre a psiquiatria e a justiça penal, mas uma dobra, uma sobreposição entre o delito e a loucura:

Primeiro, o exame psiquiátrico permite dobrar o delito, tal como é qualificado pela lei, com toda uma série de outras coisas que não são o delito mesmo, mas uma série de comportamentos, de maneiras de ser que, bem entendido, no discurso do perito psiquiatra, são apresentadas como a causa, a origem, a motivação, o ponto de partida do delito (FOUCAULT, 2002b, p. 19).

²¹ O movimento antipsiquiátrico tem início na segunda metade do século XX a partir do surgimento de diversas críticas no campo teórico e prático às instituições psiquiátricas e à psiquiatria enquanto um saber normalizador do social, interpretação cujo a obra *“História da Loucura”* de Foucault corrobora. Dentre a personalidade que encarnam essa crítica com forte expressão no período, podemos citar os trabalhos de David Cooper, Laing, Basaglia e Castel.

²² A primeira instituição destinada aos alienados no país, o Hospício Dom Pedro II, é inaugurada somente em 1852. E o desenvolvimento de uma política de assistência psiquiátrica que procura acompanhar as mudanças da psiquiatria francesa só se efetiva no início do século XX.

Essa dobra, segundo Foucault (2002), é o que permite à medicina-legal relacionar o delito com uma série de elementos que não são próprios do ato cometido, mas que se desenrolam no interior do questionamento sobre as condutas, os comportamentos, as motivações que levaram ao ato criminoso. Dessa forma, o crime se inscreve em fundo psicológico, no nível das condutas e dos desejos: “...O exame permite passar do ato à conduta, do delito à maneira de ser, e de fazer a maneira de ser se mostrar como não sendo outra coisa que o próprio delito, mas, de certo modo, no estado de generalidade na conduta de um indivíduo.” (FOUCAULT, 2002b, p. 20).

Em segundo lugar, o autor aponta que o exame tem por função deslocar a realidade da infração, pois o que essas condutas criminosas infringem não são as leis penais, mas as regras éticas e morais. Com isso, a terceira função do exame será de construir em torno do autor do crime um novo personagem, o delinquente, estabelecendo os antecedentes das suas condutas infratoras. Assim, o exame médico-legal terá uma tripla função, remontar o delito, reescrever o comportamento infrator como uma série de “anomalias” e qualificar o réu como delinquente.

No interior desse discurso a relação entre loucura e crime organizada pelo exame médico-legal possibilita o olhar psiquiátrico em duas direções, para o interior das condutas, em um nível neuropatológico, qualificando o indivíduo delinquente como “doente mental” e para a investigação dessas condutas no que elas possuem de transgressão, de infração moral. É, também, no interior desse procedimento que surge a figura do anormal (FOUCAULT, 2002b).

Tendo como fonte histórica os registros dos exames médicos legais do século XIX, Foucault (2002b) investiga casos que indicam momentos decisivos na história da psiquiatria e da justiça criminal, que assinalam de forma mais profunda um conflito legal e moral para o campo jurídico e psiquiátrico. Segundo o autor, é nessa fronteira, entre psiquiatria e direito penal, que o anormal é constituído. Para Foucault (2002b p. 75) “o anormal do século XIX é descendente destes três indivíduos, que são o monstro, o incorrigível e o masturbador”.

No entanto, em um primeiro momento, apesar dessas figuras se comunicarem, elas estão dispersas. Para Foucault (2002b), a ciência médica psiquiátrica que se ocupa de unir estas três figuras sobre um denominador comum, a anormalidade, por meio da sobreposição desses três arquétipos, o monstro - a figura da transgressão extrema, o incorrigível - que cria a necessidade da correção constante, e o onanista - que permite a generalização de uma estrutura patológica comum. A partir disso a dualidade normal/anormal se torna um componente estrutural das intervenções médicas psiquiátricas.

A problemática ainda cria um campo novo de investigação: a criminologia. Os casos de antropofagia, regicídio, decapitação vão exigir uma série de mecanismos da psiquiatria criminal e da mecânica jurídica para afirmar as razões do crime ou do criminoso. Essa estrutura permite também a criação de instituições asilares que se situam no limite entre prisão e hospital, como é o caso dos manicômios judiciários no Brasil.

Os manicômios são instituições criadas para abrigar indivíduos que cometeram algum crime e que, em razão do diagnóstico médico psiquiátrico são inimputáveis pela justiça. Desse modo, diferente dos hospitais psiquiátricos ou hospícios, a figura do louco criminoso cria a necessidade de uma instituição própria que combina aspectos do hospital e da prisão. No Brasil, na década de 1920 é criada a primeira instituição destinada a abrigar os loucos-criminosos. Como relata Carrara (1998), o manicômio judiciário surge no país através da produção da categoria do criminoso nato e de um personagem específico, Custódio Serrão, que desafiou as engrenagens do poder psiquiátrico e judicial. A situação dos internados em manicômios judiciários é de dupla exclusão e reflete esse período em que a loucura é localizada junto a criminalidade, ao *perigo* e ao *risco*.

Além disso, o surgimento da noção de “degeneração” na metade do século XIX irá contribuir para a inscrição do *perigo* e do *risco* como operadores da psiquiatria moderna. A noção de degeneração surge a partir da “teoria da degeneração” desenvolvida pelo psiquiatra franco-austriaco Benedict August Morel (1809-1873). O psiquiatra compreende os “desvios morais” como elementos degenerativos do tipo “normal” da humanidade. Essa teoria é mais tarde apropriada pela psiquiatria contemporânea, através da abordagem preventivista, orientando-se para antecipação dos desvios que podem indicar alguma doença psíquica. Segundo Caponi (2012), o trabalho realizado por Morel assinala uma ruptura em relação a psiquiatria clássica e o momento do surgimento da psiquiatria ampliada, uma forma de saber/poder direcionada para antecipação dos riscos, para o não-patológico e para os fenômenos que podem afetar uma população.

A noção de degeneração também permite a estruturação de um caráter perverso sobre o ser humano, assinalando uma anormalidade no interior mesmo da normalidade. Essa perspectiva produz não apenas um campo novo de saber, mas o signo da loucura passa a ser estendido para todo o corpo social. A partir disto, a psiquiatria assume o papel de identificar nos comportamentos sociais os desvios das condutas consideradas “normais” e também a função mais ampla de higiene do corpo social:

Em outras palavras, a psiquiatria, a partir do momento que começou a funcionar como saber e poder no interior do domínio geral da higiene pública

da proteção do corpo social, sempre procurou encontrar o segredo dos crimes que podem habitar toda a loucura, ou então o núcleo de loucura que deve habitar todos os indivíduos que podem ser perigosos para a sociedade. Em suma, foi preciso que a psiquiatria, para funcionar como eu ilhes dizia, estabelecesse a pertinência essencial e fundamental da loucura ao crime e do crime a loucura. Essa pertinência é absolutamente necessária, é uma das condições de constituição da psiquiatria como ramo da higiene pública (FOUCAULT, 2002b, p. 150).

O desenvolvimento da teoria da degenerescência e da hereditariedade são centrais para balizar a figura do anormal e reafirmar o poder psiquiátrico sobre a população. Desse modo, a psiquiatria junto ao aparato jurídico, reorganiza a assistência médica por meio de serviços ambulatoriais, extra-hospitalares, campanhas de higiene mental e dos hospitais psiquiátricos como estruturas destinadas a corrigir os “anormais” e proteger a população.

A partir dessas estratégias a psiquiatria emerge como um importante aparelho de medicalização do social. Assim, não se trata mais de internar para excluir, mas de internar “alguns” em função de proteger “outros”, se trata de um poder protetivo da vida. Enfim, ao se refazer como ramo da higiene pública a psiquiatria dá margem às tecnologias de caráter higienista aperfeiçoando as técnicas de disciplina e acentuando caráter positivo da internação como aparelho mais amplo de controle social.

1.3.1 Internação psiquiátrica e estratégias de controle da população

A sociedade contemporânea tem traduzido constantemente seus conflitos em termos psiquiátricos. As categorias: depressão, crise, surto, esquizofrênico, por exemplo, se tornaram jargões comuns para comunicar estados de descontrole ou anomalia em diferentes áreas do conhecimento científico, como nas ciências econômicas e até para tratar o próprio funcionamento da sociedade capitalista. Essa generalização do dispositivo psiquiátrico causou efeitos significativos na redefinição das políticas de saúde mental e, também, nas múltiplas identidades e formas de subjetivação da sociedade contemporânea que passou a compreender os mínimos desvios como sintomas de um possível transtorno mental.

Na modernidade acompanhamos como certas estratégias de poder e saber que se desenrolam intra e extramuros das instituições asilares possibilitaram o deslocamento da assistência médica psiquiátrica para o governo de toda a população. Essa hipótese, ancorada no conceito de biopoder, permite inferir algumas questões referentes ao nosso objeto de pesquisa, como por exemplo: Qual o desenho das políticas de saúde mental no Brasil em meio ao desenvolvimento das tecnologias biopolítica de controle da população? Qual a especificidade da internação em meio a política mais ampla de saúde mental?

O termo biopolítica aparece pela primeira vez nos trabalhos de Foucault, em 1974, em uma palestra realizada no Rio de Janeiro, publicada sobre o título “O nascimento da medicina social”, no entanto, a definição dessa expressão vem à tona em 1978, no texto “História da sexualidade 1: A vontade de saber”. A questão da biopolítica é trabalhada pelo autor ainda em três cursos: “Em defesa da sociedade” (1975/1976), “Segurança, território e população” (1977/1978) e “Nascimento da biopolítica” (1978/1979).

Não é o objetivo deste trabalho percorrer a trajetória do desenvolvimento do conceito de biopolítica pelas obras do Foucault, mas, o conceito nos permite pensar quais as funções da internação em meio ao avanço da sociedade neoliberal, ou ainda, de que forma as técnicas de governo da população que visam a exclusão, a disciplina e até o extermínio dos considerados “transtornados”, “loucos”, “doentes mentais” persistem na sociedade contemporânea.

1.3.2. Biopolítica e a política de internações

Atualmente, os discursos produzidos sobre a loucura pautam-se em torno das experiências no campo da neurociência e nas teorias desenvolvidas pelos neokraepelianos²³ expressas nos “Manuais diagnósticos e Estáticos de Transtornos Mentais”, conhecidos como DSM, que são como um guia internacional de classificação dos “transtornos mentais”. Assim, a loucura tem sido compreendida, de forma genérica, como a realidade manifesta de alguns sintomas. Por sua vez, os sintomas são entendidos como alterações provocadas por desajustes químicos que se manifestam na forma de sensações e comportamentos causando sofrimento psíquico²⁴. Esses micros-desvios são o alvo dos psicofármacos que agem em um nível microscópico, controlando os receptores hormonais. Esse movimento, de uma psiquiatria asilar para uma psiquiatria ampliada, intra-hospitalar e extra-hospitalar, pode ser compreendido a partir do momento em que o próprio corpo tornou-se uma realidade biopolítica.

Em um primeiro momento, observamos que as estratégias de controle da loucura concentravam-se no dispositivo asilar, compreendido como principal meio de contenção e de desenvolvimento do saber médico psiquiátrico. Na contemporaneidade, indagamos sobre um

²³ Segundo Caponi (2012), os neokraepelianos são um grupo de psiquiatras americanos que vão recuperar as teses de Kraepelin e elaborar os manuais diagnósticos a partir de 1980.

²⁴ Segundo o manual de “Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais”, de Paulo Dalgalarrodo, “o sintoma como índice indica uma disfunção que está em outro ponto do organismo ou do aparelho psíquico; porém, aqui a relação do sintoma com a disfunção de base é, em certo sentido, de contiguidade. A febre pode corresponder a uma infecção que induz os leucócitos a liberarem certas ocitocinas que, por sua ação no hipotálamo, produzem o aumento da temperatura. Assim, o sintoma febre tem determinada relação de contiguidade com o processo infeccioso de base [...] dessa forma, a angústia manifesta-se (e realiza-se) ao mesmo tempo como mãos geladas, tremores e aperto na garganta (que indicam, p. ex., uma disfunção no sistema nervoso autônomo)” (2008, p. 25).

aparelho mais complexo de controle da loucura, que articula o poder psiquiátrico ao poder judiciário e ao poder policial, em um processo crescente de medicalização do social, de contenção e eliminação dos desvios.

Na biopolítica, a vida e o corpo são privilegiados nas estratégias de intervenção política, diferente do poder soberano no qual o poder se exerce pelo direito do soberano de causar a morte; a biopolítica é uma forma de poder que se dá sobre a vida, por meio de técnicas de disciplinarização do corpo e de intervenção nos processos de produção e reprodução da vida: “pode-se dizer que o velho direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um poder de causar a vida ou desenvolver à morte” (FOUCAULT, 2007, p. 150).

A partir da leitura dos escritos de Michel Foucault é possível localizarmos o surgimento das transformações no aparelho psiquiátrico em direção as estratégias biopolíticas. No momento em que a psiquiatria situa as condutas imorais nas “anomalias hereditárias”, constrói-se o discurso pela moralização de outros espaços sociais. Com isso, cresce a preocupação psiquiátrica com o espaço urbano, com a escola e com hábitos de higiene da população. Esse deslocamento converte a estrutura asilar em um instrumento para “profilaxia preventiva” e a estratégia da internação como medida de controle social. Já não se trata mais de excluir por longos períodos, de fazer sumir os indesejados, nem de disciplinarizar os corpos em função de uma vida útil, mas de separar os “doentes” dos “saudáveis”, de maximizar a saúde da população:

Trata-se, ao contrário, de uma série de diferenças sutis, e constantemente observadas, entre os indivíduos que estão doentes e os que não estão. Individuação, por conseguinte divisão e subdivisão do poder, que chega a atingir o grão fino da individualidade. Por conseguinte, estamos longe da demarcação maciça e efervescente que caracteriza a exclusão dos leprosos. Trata-se no fundo, de produzir uma população sadia; não se trata de purificar os que vivem na comunidade, como acontecia com a lepra. Enfim, vocês estão vendo que não se trata de uma marcação definitiva de uma parte da população; trata-se do exame perpétuo de um campo de regularidade, no interior do qual vai se avaliar sem cessar cada indivíduo, para saber se está conforme à regra, à norma de saúde que é definitiva (FOUCAULT, 2002b, p. 58).

Dessa maneira, a assistência psiquiátrica se desloca não apenas para qualificar o sujeito como doente, mas para saber se as condutas do sujeito “louco” qualificam ou não um risco para a população. A antiga instituição asilar ganha contornos biopolíticos dentro das políticas profiláticas de saúde mental, não se trata mais de excluir para saber se é ou não louco, mas de excluir para incluir, para adequar o louco a norma social da saúde a partir das tecnologias disciplinares e medicamentosas que o espaço asilar possui. Assim, decisão pela internação passa a pautar a necessidade de proteção da população e de preservação dos indivíduos, suscitando

um modelo de gestão assistencial cada vez mais territorial, militarizado e disperso em toda a sociedade.

Estamos diante, ressaltava Foucault (2002b), não mais de um poder disciplinar, mas de um poder de normalização. No curso “Segurança, território e população” (2008b), o autor discute as tecnologias que permitiram a expansão desse poder de normalização sobre a vida da população, ressaltando a importância da operacionalização da noção de *surto* e *crise* para as políticas de controle social. Por exemplo, Foucault (2008b) cita que durante a crise endêmica da “varíola” no século XVIII se fazia necessário saber onde os surtos epidêmicos poderiam potencialmente ocorrer, para isso, os aparelhos de saúde e da segurança pública criaram estratégias de esquadrinhamento e controle do espaço urbano, ampliando os mecanismos de controle social.

A disciplina como estratégia do campo da saúde e da segurança pública, organiza, decompõe, recorta, classifica e hierarquiza, estabelece a partir norma, os aptos e os inaptos. Já as novas tecnologias que aparecem no interior das crises epidemiológicas permitem pensar a população em termos estatísticos, integrando as tecnologias disciplinares no interior da racionalidade do espaço social, da norma e dos aparatos de segurança:

A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação normalização disciplinar consiste em procurar tomar as pessoas, os gestos, as atas, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz. Em outros termos, o que é fundamental e primeiro na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, é a norma. (FOUCAULT, 2008b, p. 75).

Essas novas tecnologias aliam-se também a matriz explicativa da psiquiatria preventiva que relaciona as doenças mentais aos conceitos de *perigo* e *risco*, intensificando a expansão do dispositivo psiquiátrico para outras esferas da vida social, como a família, a educação, a comunidade. Contudo, a internação se mantém como eixo fundamental rearticulada com estratégias de inclusão e de reabilitação social, dentro de uma perspectiva de gestão e controle normativo das sociedades.

Na modernidade, essas estratégias de reinserção social e de reabilitação permitem pensar no controle biopolítico da população e a internação psiquiátrica como mecanismo do biopoder. As tecnologias biopolíticas de poder, por um lado, atuam nos modos de produção e reprodução da vida, através de mecanismos de regulamentação da população e, por outro lado por meio de uma anátomo-política do corpo na forma de tecnologias disciplinares e de processos de individuação, essas duas dimensões compõem o biopoder. Rabinow e Rose (2006) sugerem alguns elementos para pensarmos o conceito de biopoder hoje:

Sugerimos que o conceito de biopoder procura individualizar estratégias e configurações que combinam três dimensões ou planos: uma forma de discurso de verdade sobre os seres vivos; um conjunto de autoridades consideradas competentes para falar aquela verdade; estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte; e modos de subjetivação, nos quais os indivíduos podem ser levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a estes discursos de verdade, por meio de práticas do self, em nome da vida ou da saúde individual ou coletiva (RABINOW; ROSE, 2006, p. 37).

Os autores utilizam-se do referencial foucaultiano sobre biopolítica para pensar os fenômenos sociais de raça, reprodução e medicina genômica. Apesar das pesquisas mais recentes sobre o tema da psiquiatria e da biopolítica nos mostrarem os mecanismos mais sofisticados de medicalização do social e de governo da população, as estratégias disciplinares do poder psiquiátrico, como a prática médica da internação psiquiátrica, não desaparece, pensando a sociedade brasileira, em alguns momentos são inclusive fortalecidas. Nesta perspectiva, as internações psiquiátricas podem ser pensadas enquanto um mecanismo que interfere na existência coletiva a fim de resguardar a população das ameaças internas da sociedade. Cabe-nos agora examinar essa tecnologia de poder opera no interior da sociedade brasileira.

2 INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL: da internação asilar a reforma psiquiátrica.

Segundo Engel (2001), até a promulgação do “Código Civil Brasileiro” em 1916, as interdições eram regulamentadas pelas leis civis do Império que determinavam o encaminhamento dos loucos capturados a cuidadores ou espaços de detenção. Desse modo, a criação do hospício representava uma importante etapa na luta pela medicalização da loucura no país.

Em 1841, o imperador Dom Pedro II assina o decreto para a criação do primeiro asilo psiquiátrico do Brasil que é inaugurado em 1852 na cidade do Rio de Janeiro. Apesar das apelações médicas, o Hospício Pedro II apresentava-se como uma instituição mista, onde os saberes médicos compartilham a responsabilidade administrativa com a Santa Casa de Misericórdia. O espaço asilar é efetivamente assumido pela comunidade médica em 1890, após a criação da “Assistência Médica e Legal de Alienados” e da primeira legislação que regulamenta a atuação médica alienista. Separado da administração religiosa, a instituição é renomeada como “Hospício Nacional de Alienados” (HNA). Daí por diante, diversas

instituições asilares são criadas e com isso, o hospício torna-se o modelo privilegiado para assistência médica psiquiátrica no país (ENGEL, 2001).

No começo do século XX, as políticas de carácter higienistas intensificam as internações psiquiátricas e reestruturam o campo assistencial através da implementação de ambulatórios e outras estratégias extra-hospitalares. Assim, com essa primeira reestruturação psiquiátrica, as internações passaram a exercer a função mais ampla de interceptação dos sujeitos que se apresentam, segundo o pensamento psiquiátrico, como perigo para o convívio social.

Enfim, a ampliação da rede hospitalar e a internação psiquiátrica massiva da população escancaram a ineficiência do sistema asilar, despertando a sensibilidade dos profissionais, familiares e pesquisadores. Em decorrência disso, nas décadas de 70 e 80, o movimento antimanicomial começa a ser articulado, atuando fortemente na crítica ao sistema de reclusão e na formulação de uma outra perspectiva de atendimento, comunitária e extra-hospitalar. A perspectiva antimanicomial contribui para a construção do discurso acerca da dimensão “psicossocial”, compelindo para estratégias de combate a estrutura asilar psiquiátrica no país.

2.1 Alienismo no Brasil e os grandes hospícios

A Casa Verde foi o nome dado ao asilo, por alusão à cor das janelas, que pela primeira vez apareciam verdes em Itaguaí. Inaugurou-se com imensa pompa; de todas as vilas e povoações próximas, e até remotas, e da própria cidade do Rio de Janeiro, correu gente para assistir às cerimônias, que duraram sete dias. Muitos dementes já estavam recolhidos; e os parentes tiveram ocasião de ver o carinho paternal e a caridade cristã com que eles iam ser tratados [...] (ASSIS, 2013, p. 18).

No texto “O Alienista”, Machado de Assis (2013) nos conta a trajetória do personagem Simão Bacamarte, alienista brasileiro, que interessado em explorar as “ciências da mente” faz pressão pela criação de um asilo na pequena comunidade de “Itaguaí”. A chamada “Casa Verde” torna-se um instrumento de administração dos moradores da vila à medida que alguns comportamentos são estranhados pelo alienista.

A anedota pode ser lida como uma imagem do início do projeto psiquiátrico no país. Ao retratar a inexperiência do médico alienista brasileiro e o uso do asilo na produção de conhecimento médico sobre a “loucura”, Machado de Assis (2013, p. 25) nos sinaliza o projeto psiquiátrico da primeira república, que pode ser resumida na fala de Simão de Bacamarte:

“trata-se, pois, de uma experiência, mas uma experiência que vai mudar a face da terra. A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”.

Assim, à exemplo da Europa, a psiquiatria conhecerá uma primeira versão na forma do alienismo e do hospício. O pensamento médico psiquiátrico brasileiro desenvolve-se no país, sobretudo, a partir das internações em instituições asilares. Como dito anteriormente, o marco desse processo é a criação de uma instituição específica para acolher os “alienados”.

O decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, que inaugura o “Hospício Pedro II” não traz em seu texto especificações para regulamentação da prática médica alienista, porém o debate que leva ao surgimento desta legislação constitui um importante elemento para a construção do hospício como modelo de assistência psiquiátrica no país. O período de discussões que levaram a criação do primeiro hospício no Brasil não é objeto de nossa pesquisa e já foram analisadas em outros estudos (ENGEL, 2001; MACHADO *et al.*, 1978), no entanto cabe ressaltar sua importância para a formação do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro.

O “Hospício Pedro II” foi construído como um edifício de grande porte inspirado nos asilos franceses. O prédio de arquitetura panóptica foi construído em formato retangular com quatro pátios internos separados por um corpo de vigília central. A instituição buscava atender as demandas da recém-criada “Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro” e é símbolo das pretensões políticas de modernização do país:

O Hospício de Pedro II, engastado como joia rara na entrada da Baía de Guanabara, isto é, na entrada da capital do Império, representa a fortaleza simbólica que garante ao país a estabilidade e coesão necessárias ao enfrentamento das forças desagregadoras presentes tanto na irracionalidade do jogo político quanto na loucura dos governantes. Na sua missão simbólica de afirmar o valor cultural da nação brasileira, o hospício de Pedro II desempenha dois papéis convergentes. De um lado, de forma óbvia e explícita, o hospício oferece uma demonstração clara de que no Brasil se cultiva a ciência. De outro, de forma implícita e aparentemente paradoxal, comprova que o Brasil é capaz de produzir loucos. (TEIXEIRA; RAMOS, 2012, p. 366).

A criação do hospício inclui-se não apenas no gesto que procura simbolizar a modernização da sociedade brasileira, mas indica a recém desperta sensibilidade médica para a questão da loucura. Nesse período, as internações não seguiam critérios especificamente médicos, estendia-se como medida também policial sobre todo o tecido social, sem quaisquer distinções:

Art. 1º O Hospício de Pedro Segundo, fundado por Decreto de 18 de julho de 1841, debaixo da Augusta Proteção de Sua Majestade o Imperador, e destinado privativamente para asilo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Império, sem distinção de condição, naturalidade e religião. (BRASIL, 1852).

Apesar de reservado aos “alienados”, o asilo costumava recolher diferentes figuras como moradores de rua, pobres, mulheres que fugiam a norma social. Inicialmente, a instituição funcionava por meio de pensionato, segundo o decreto de 1852, o asilo deveria também atender gratuitamente aos indigentes, escravos, marinheiros de navios mercantes e alienados que não tivessem condições de pagar por sua internação. A forma ambígua como a qual o asilo é compreendido nesse momento, entre a caridade religiosa e os cuidados médicos, dificultava o exercício de sua função. Ainda na metade do século XIX, o hospício se torna objeto de diversos debates pela comunidade médica que assinala a necessidade de assumir o controle da instituição asilar (ENGEL, 2001; TEIXEIRA; RAMOS, 2012).

A partir deste momento, a percepção da loucura não apenas como doença, mas como “perturbação da ordem pública” é mobilizada pelo discurso alienista. Com isso, junto a população, a comunidade médica passou a interceder pela ocupação médica do espaço asilar e pela retirada dos elementos religiosos que faziam do hospício um espaço para abrigo e proteção dos mais pobres. Segundo Machado e companhia (1978, p.484) as mudanças empregadas pelo Estado brasileiro em função da comunidade médica fazem da “psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido”.

Contudo, o apelo médico só é efetivamente atendido em 1890, com a instauração da República e a criação da “Assistência Médico Legal de Alienados”. A entidade aliada ao aparato judicial e as políticas de governo do Estado, produz no espaço intra-asilar as práticas de ortopedia moral e amplia as possibilidades de reclusão. A respeito das transformações legais e institucionais empregadas na virada de século, Engel (2001, p. 254) destaca:

Não resta dúvida de que a determinação baixada pelas primeiras instruções regulamentares do serviço de assistência aos alienados fixava um aparato legal para o atendimento da reivindicação médica de que os loucos não deveriam circular pelas ruas da cidade e, ainda ampliava de forma significativa as possibilidades para a reclusão de pessoas no hospício [...].

Portanto, o hospício é a primeira política institucional registrada pelo governo do Estado para tratamento e controle das pessoas classificadas como “loucas” no país. Na mesma época, muitos estabelecimentos exclusivos para os “alienados” são criados a fim de resolver os problemas de superlotação do HNA. No Rio de Janeiro, são criadas as “Colônias da Ilha do Governador”, a “Casa de Saúde Dr. Eira”, a “Casa de Saúde Doutor Leal de S. Sebastião”, “Sanatório Botafogo” e a “Casa de Saúde Dr. Abílio”, formando um grande parque hospitalar (ODA; DALGARRONDO, 2005).

O hospício retira da vida pública os “desajustados sociais” que antes circulavam livremente pela cidade. Na sociedade brasileira, os loucos eram percebidos pela comunidade muitas vezes como personagens singulares, engraçados, folclóricos integrando a paisagem da cidade. Em relação ao Rio de Janeiro, Engel (2001, p. 23) destaca: “presentes nas ruas movimentadas, nos arrabaldes, nos estabelecimentos públicos, nas igrejas, parece não haver dúvida de que os loucos faziam parte da paisagem urbana do Rio de Janeiro das primeiras décadas do século XIX”.

Desse modo, a internação asilar pode ser lida como estratégia central para a ascensão do sistema assistencial médico psiquiátrico no país. As internações são acionadas não pelo conhecimento médico científico, mas pela percepção médica dos comportamentos julgados inadequados para os padrões da sociedade na época. Por fim, o asilo é preenchido por diferentes tipos sociais que se confundem no espaço hospitalar: mulheres insubmissas, trabalhadores revoltados, adolescentes desobedientes, mendigos, pobres, indigentes.

No início do século XX ocorre uma primeira reorganização da assistência médica psiquiátrica. A partir do debate médico sobre os problemas da assistência hospitalar em tratar corretamente os “anormais” e assistir aos “normais” é criada a primeira lei federal de regulamentação do sistema assistencial psiquiátrico. O decreto nº 1. 132 de 22, de dezembro de 1903, organiza o espaço asilar e redireciona a política de internação. A legislação, além de estabelecer normas para regularização dos asilos, estende o tratamento para a esfera familiar, através do atendimento domiciliar e ambulatorial. O hospício torna-se oficialmente uma instituição médica psiquiátrica.

Além disso, ocorre um deslocamento em relação a prática da internação. Ela passa a ser compreendida oficialmente como medida de segurança pública. Através do decreto de 1903, a *segurança* e a *ordem* tornam-se critérios para o encaminhamento de pessoas compreendidas como “doentes mentais” para os hospícios espalhados pelo país:

Art. 1º O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903).

Segundo Machado e companhia (1978), essa legislação aprofunda a relação entre o dispositivo psiquiátrico, o aparato jurídico e o Estado, uma vez que expressa a vontade política do Estado brasileiro de estabelecer a psiquiatria como um mecanismo de controle social, atribuindo-lhe como função manter a “ordem pública” e a “segurança das pessoas”.

Dessa maneira, a lei de 1903 tem como efeito a ampliação do poder médico psiquiátrico que se estende como um aparelho de normalização de toda a população. A reestruturação

assistencial empregada também consolida uma outra concepção da loucura, mais próxima da criminologia e das teorias que buscam relacionar as “doenças mentais” a periculosidade.

Assim, como Foucault (2006; 2002b) observou em relação a passagem do século XVIII para o XIX, o discurso que surge com a teoria da degeneração e as problemáticas entre loucura e crime formuladas a partir do exame médico-legal, acenderam as possibilidades de intervenção da psiquiatria sobre a população. No Brasil, essa perspectiva é transformada e adaptada, especialmente, pelo conhecimento antropológico e pelo material produzido por alguns propulsores da criminologia brasileira, como Nina Rodrigues e seus seguidores, atingindo sobretudo a população negra. Analisando esse período histórico, Corrêa (2001, p. 73) ressalta um importante deslocamento no interior da relação entre a esfera jurídica e médica:

[...] trata-se antes, de uma ciência médica que, desiludida com as promessas de igualdade da Abolição e da República, se perguntará pelas causas das desigualdades observadas. Utilizando uma teoria que deslocava a ênfase da saúde, ou da doença, para o doente, transformava-o em objeto individualizado de um saber autorizado e autoritário - porque só individualmente se podiam aferir as minúcias de uma contaminação social, mas proveniente do mundo da natureza. O modelo jurídico e médico deixavam também de ser heterogêneos entre si e, absorvendo um do outro seus saberes específicos, juntavam-se ambos na produção de mecanismos técnicos para diagnosticar e punir os danos que o indivíduo pudesse causar a sociedade.

A compreensão da loucura no interior das teorias antropológicas e criminais, aliada a noção de *degeneração*, ao transformarem o doente em objeto individualizado puderam aperfeiçoar as antigas tecnologias disciplinares e de punição. A partir dessa partilha médico-legal, as propostas de tratamento domiciliar e asilar alinham-se ao discurso de normalização da população. Apesar da implantação de outras modalidades de tratamento como o ambulatorial e domiciliar, a redefinição da loucura mais próximo do *perigo* e do *risco* limitam outras possíveis formas de assistência que não sejam a internação e o hospício. Nesse sentido, a lei de 1903 é um marco da ascensão do poder médico-legal, pois ela determina a exclusividade médica no tratamento da loucura e a reorganização da assistência aos alienados visando um amplo dispositivo de controle e regulamentação do social.

Apesar das tentativas do pensamento psiquiátrico em dar uma resposta científica para a loucura, o que prevalece é a perspectiva moral que inscreve a loucura como desobediência civil, indisciplina, maus hábitos de higiene, conduta violenta, desvio. O pensamento psiquiátrico parece ainda estar em descompasso com o ambiente asilar. No asilo, o abandono, as punições, as torturas, o tratamento moral, tem como efeito mais visível a exclusão e não o tratamento e a cura como desejava o saber médico psiquiátrico.

Até os anos de 1930, a prática da internação estará ligada a essa lógica da segurança e da proteção social. Portanto, a internação psiquiátrica também será pensada em relação aos problemas urbanos e a ética trabalhista da sociedade brasileira pré-industrial. Nesse período, conforme o estudo de Cunha (1986, p. 21), a estratégia da internação psiquiátrica atinge especialmente os trabalhadores, movimentos sociais, mulheres e a população negra, alvos dos instrumentos de disciplinarização da sociedade brasileira:

Os hospícios consolidam-se inicialmente como espaços destinados à cura, à regeneração e às tarefas de “assistir, tratar e consolar” um tipo especial de enfermos da razão, incompatibilizados com as disciplinas requeridas pela ordem burguesa.

Os estudos sobre os primeiros hospícios do país têm mostrado que desde o Brasil império a medicina psiquiátrica tem desempenhado uma função de polícia médica. Com a proclamação da república a criação da medicina-legal, acentua-se o papel da psiquiatria junto ao Estado. Contudo, a medida que a prática e o saber psiquiátrico foi dirigindo-se cada vez mais para o social, a assistência e a prática da internação foram se deslocando em função da disciplinarização, do controle social e da segurança da população.

Na primeira metade do século XIX, a prática da internação psiquiátrica e o hospício estão integrados ao projeto de modernização e civilização do país, dando um destino para os ociosos, delinquentes e alienados. Porém, a subordinação do “Hospício Pedro II” a Santa Casa de Misericórdia frustra as pretensões médicas alienistas. Nesse momento, o asilo partilha de um tratamento moral e outro religioso.

Esse cenário é modificado na passagem de século a partir do surgimento das noções de *anormalidade* e *degeneração* no interior do saber médico psiquiátrico. Segundo Portocarrero (2002, p.13), existe uma descontinuidade histórica entre a psiquiatria do século XIX e a psiquiatria introduzida no país por Juliano Moreira²⁵ no início do século XX. Essa descontinuidade, que se insere tanto no saber como na prática psiquiátrica, parte do surgimento do conceito de anormal que desloca o dispositivo psiquiátrico para abranger todo e qualquer desvio do comportamento considerado “normal” e caracteriza-se pela a reforma na assistência psiquiátrica introduzida por Juliano Moreira, que deixa de restringir-se ao espaço fechado do asilo.

²⁵ Juliano Moreira (1873-1933) foi um médico psiquiatra brasileiro, que introduziu no Brasil no início do século XIX o modelo teórico e assistencial baseado na psiquiatria alemã de Emil Kraepelin, ocupou o cargo de diretor geral da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, remodelou o Hospício Pedro II, instalou a admissão voluntária, a assistência heterofamiliar e inaugurou o primeiro Manicômio Judiciário do país (Portocarrero, 2002).

2.2. Eugenia e higienismo na história da psiquiatria brasileira

A passagem do século XIX para o século XX inaugura um momento de profunda transformação na sociedade brasileira. As mudanças no pensamento psiquiátrico fazem avançar as tecnologias disciplinares movendo-as para produzir respostas aos problemas internos da sociedade. Nesse sentido, a produção científica psiquiátrica buscou compreender como patologia os problemas sociais, produto da desigualdade e da marginalização, especialmente, através da mobilização do conceito de raça e por meio da perspectiva preventivista. Sendo assim, as mudanças na política assistencial psiquiátrica revelam a tentativa de implementação de um programa nacional que visa a sanitização da sociedade brasileira, com fortes conotações racista e eugenista.

Esse programa começa a ser formulado a partir da mobilização de teorias produzidas na Europa em meados do século XX. Os pressupostos da causalidade biológica, do darwinismo social e da teoria da degeneração são interpretados pelo pensamento psiquiátrico a fim de produzir soluções para a administração do conjunto da população.²⁶ Através dessas matrizes teóricas, influenciados pelos discursos higienista e eugenista, os psiquiatras brasileiros procuram não apenas reformular a assistencial, mas interpretar a realidade nacional.

Em um primeiro momento, essa interpretação dirige-se a “questão social”²⁷ e aparece vinculada ao discurso sobre a incapacidade para o trabalho e a composição étnica da sociedade brasileira. Em função disso, ações de caráter preventivista por parte do poder psiquiátrico, como campanhas contra o alcoolismo e a ambulatorização da assistência médica são desenvolvidas, implicando na formulação de uma política assistencial intervencionista e mais descentralizada.

A princípio a reorganizando da assistência médica psiquiátrica reposiciona as estratégias disciplinares. Aliada a perspectiva preventivista, o dispositivo psiquiátrico produz modos de intervenção baseados em princípios higienistas como o controle de natalidade, da imigração e campanhas educacionais (COSTA, 2007).

O projeto fica ainda mais evidente com a criação da “Liga Brasileira de Higiene Mental” (LBHM), em 1923, que desempenhou um importante papel na condução da assistência psiquiátrica e na formação do pensamento médico psiquiátrico. A LBHM produziu novas experiências institucionais, estendendo o tratamento moral para outros domínios da sociedade,

²⁶ As bases dessa formulação teórica sobre a sociedade brasileiras estão presentes nos estudos de Nina Rodrigues, Oliveira Viana, Roquete Pinto, Afrânio Peixoto, Castro Barreto e Arthur Ramos (IANNI, 2004).

²⁷ A desigualdade social, pobreza e outros problemas que afetam a realidade nacional, começam a ser tematizados pelo pensamento social brasileiro no início do século XX e passam a se relacionar intrinsecamente com a questão da formação nacional, da constituição do povo brasileiro, segundo Ianni (2004) será essa a “questão nacional” trabalhada pelos autores do período.

como a educação, e, por outro lado aprofundou a política de internação ampliando a capacidade dos hospitais psiquiátricos.

A criação de mais manicômios, hospitais psiquiátricos, prisões, desmonte dos espaços comunitários provocou o aumento da exclusão dos indivíduos considerados doentes mentais. Na realidade, Costa (2007) aponta que a internação se tornou uma obrigação moral por parte da prática psiquiátrica, uma vez que a medida era compreendida diretamente como tratamento e cura dos sujeitos encaminhados para o espaço asilar. Desse modo, apesar das estratégias extra-hospitalares desenvolvidas pela LBHM, a internação ainda constituía a peça chave da reforma assistencial.

O autor também pontua que a LBHM produziu um importante meio de propaganda e difusão dos seus ideais, a revista: “Arquivos Brasileiros de Higiene Mental”. Segundo Costa (2007), os textos publicados pela revista evidenciam a preocupação da comunidade psiquiátrica com a realidade brasileira e reafirmam sua pretensão pela consolidação de um projeto de sanitização psiquiátrica.

Inicialmente, esse projeto parece direcionado a todo o campo social, já que o discurso orientado pela preocupação teórica acerca da transmissão dos hábitos sociais compreendidos como degenerativos, como o alcoolismo, as drogas, a sexualidade, instrumentaliza a política assistencial para os problemas relacionados à população. Dessa forma, os saberes e técnicas psiquiátricas voltam-se para a identificação no interior do tecido social dos sinais que podem sinalizar alguma afecção psíquica. A captura, internação, diagnóstico e tratamento médico deslocam para o campo preventivo. Conforme destaca Costa (2007, p. 47):

A ação terapêutica deveria exercer-se no período pré-patogênico, antes do aparecimento dos sinais clínicos. Esta concepção leva-os a dedicar um maior interesse à saúde mental. Daquele momento em diante, o alvo de cuidados dos psiquiatras passou a ser o indivíduo normal e não o doente. O que interessava era a prevenção e não a cura”.

A partir do contato com a psiquiatria alemã na metade do século XIX os programas da LBHM adquirem um viés eugenista. Segundo Costa (2007) reside no movimento uma preocupação profunda de alterar a realidade brasileira através de um programa higienista inspirado nos pressupostos do discurso eugênico. Com isso, a psiquiatria passa a definir um projeto político social junto ao Estado.

O projeto desenhado pela LBHM para realidade brasileira visava profundas mudanças na estrutura da assistência psiquiátrica. No início do século XX, Juliano Moreiro já havia implementado algumas alterações como a remoção de grades e abolição das camisas de força

no HNA e a criação da assistência heterofamiliar, já o programa da Liga retomava o asilo como instrumento primordial para o projeto psiquiátrico de profilaxia e higiene mental.

Esse projeto é formalizado por meio da legislação de 1934 que incorpora os ideais da LBHM e evidencia ainda mais a solidariedade entre a esfera jurídica e psiquiátrica. O Decreto nº 24. 559, de 3 de julho de 1934, regulamentou as internações psiquiátricas e ampliou a oferta de instituições asilares. Através desta legislação a internação psiquiátrica torna-se oficialmente uma medida protetiva sob a tutela do poder psiquiátrico:

Art. 1º A assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim: a) proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal; b) dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos; c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e profilaxia das psicopatias em especial (BRASIL, 1934).

A legislação autoriza que a internação ocorra de forma compulsória, podendo ser acionada a pedido da família ou por ordem policial. Em razão disso, os asilos passam a produzir um grande contingente de pessoas internadas e se tornam cada vez mais objeto de interesse da iniciativa privada. Isso também ocorre porque a legislação produz um deslocamento fundamental em relação ao hospício, autorizando qualquer estabelecimento de assistência social a exercer esta função desde que incorporado pelo sistema psiquiátrico:

Art. 4º São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as secções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social” (BRASIL, 1934).

As medidas previstas na legislação de 1934 organizam um sistema psiquiátrico a nível federal, porque antes os hospícios tinham certa autonomia em relação as diretrizes nacionais. Por um lado, essa legislação criou critérios para as internações e para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, por outro lado centralizou a assistência no hospital e aumentou as margens para a classificação e captura dos sujeitos.

O decreto de 1934 também instituiu um “Conselho de Proteção aos Psicopatas” composto por juízes, médicos psiquiátricos e presidentes da LBHM. O conselho tinha por função auxiliar o governo brasileiro por meio de estudos dos problemas sociais e promover propagandas de higiene mental. O discurso em torno do conceito da “psicopatia”, termo que é ampliado pelos estudos de Kraepelin e que associada “doença mental” a agressividade e a falta de juízo moral, é um dos eixos articuladores do projeto político de higienização construído pela assistência psiquiátrica durante o século XX.

Por fim, o movimento higienista permitiu o fortalecimento da rede hospitalar especializada em psiquiátrica, muitas vezes ocupada por instituições de assistência de viés religioso que encontravam espaço na articulação entre público-privado. A lei de 1934 também concentrou nas mãos do governo do Estado a responsabilidade de definir e conduzir as políticas de assistência psiquiátrica e consagrou a psiquiatria como uma medicina do social. Contudo, a legislação insere um problema em relação a medida da internação que passou a significar ao mesmo tempo uma medida de tratamento e de proteção legal, aproximando os campos da saúde e da segurança pública.

2.3. Hospitais psiquiátricos e a crise da internação asilar

Na segunda metade do século XX, ocorre no Brasil um processo de “grande internação”, momento em que vários estabelecimentos de assistência psiquiátrica são criados. Os hospitais psiquiátricos logo começam a dar sinal de desgaste, denunciando as condições de abandono dos internados e sua ineficiência terapêutica, pois, revelam-se muito mais como espaços de exclusão e incurabilidade, como ressalta Cunha (1986, p. 166),

Definidos como espaços da incurabilidade, os asilos subsistem em todo mundo como lugar de degradação, desesperança, esconderijo do sofrimento - mesmo quando o organismo ensaia em seu interior procedimentos ditos terapêuticos, como a quimioterapia ou o eletrochoque [...].

Esse quadro agrava-se com a instauração do regime militar, que faz da internação também uma ferramenta para aprisionamento e tortura daqueles que se colocavam contra o governo ditador. Assim, a primeira medida que incide sobre o sistema assistencial psiquiátrico amplia a rede de captura da prática da internação psiquiátrica.

O decreto nº 60.252, de 21 de fevereiro de 1967, gera algumas mudanças para a assistência psiquiátrica, no entanto, sem alterar sua estrutura. Essa legislação, determinou a criação da “Campanha Nacional de Saúde Mental”, de responsabilidade do Ministério da Saúde, onde são previstas algumas ações de educação social e fortalecimento da rede hospitalar, como também, recursos financeiros pagos por internação realizada para os estabelecimentos assistenciais em psiquiatria:

Art. 2º A CNSM, na consecução de sua finalidade, executará o programa anual de trabalho aprovado pelo Ministro da Saúde e a ele submetido pelo Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, através do Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde, e que abrangerá: I - Medidas de cooperação para a melhoria e ampliação das condições de socorro, assistência, tratamento e reabilitação de psicopatas, sua hospitalização e atendimento ambulatorial ou de outra natureza, em estabelecimentos públicos ou de interesse público; II - Promoção e realização, em todo o País de ampla e contínua atividade de psiquiatria preventiva, através de medidas e campanhas de higiene mental e

de combate aos fatores que afetam a saúde psíquica do povo; III - Medidas, inclusive educacionais, destinadas à prevenção e combate ao alcoolismo, à dependência e à toxicomania e ao tratamento e recuperação de alcoólatras, dependentes e toxicômanos (BRASIL, 1967).

Desse modo observa-se que, de forma genérica, a legislação estabelece que outros instrumentos de carácter educativo e ambulatorial sejam também direcionados a prevenção, especialmente, em relação ao alcoolismo e uso de drogas. Vale pontuar que desde a década de 1920, o alcoolismo e o uso de drogas mostram-se como uma preocupação latente nos discursos médicos psiquiátricos e nas legislações que regulamentam a assistência médica psiquiátrica no país. Na realidade, essa legislação demonstra a escolha do governo brasileiro pela implementação de um projeto aliado à psiquiatria preventiva e o deslocamento do sistema assistencial em função da Saúde Mental.

No entanto, os hospitais psiquiátricos continuam a refletir esse espaço de indiferenciação, condenação moral e degradação em que vários tipos sociais são capturados, levando até ao que parece ser uma política de extermínio dos internados. O registro de Daniela Arbex (2013), nesse sentido, é elucidativo. Ao recuperar a história dos internos do “Hospício Colônia de Barbacena” Minas Gerais – (MG) a autora estima a morte de aproximadamente 60.000 pessoas asiladas, apontando que:

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafortunados, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos [...] (ARBEX, 2013, p. 25-26).

A situação dos hospitais psiquiátricos no país reflete uma crise da política de internação e do modelo asilar, ao mesmo tempo que consolida o ideal preventivista no país. É também nesse período que a psiquiatria comunitária e as Comunidades Terapêuticas são introduzidas na realidade brasileira. A abordagem comunitária foi uma estratégia desenvolvida na Inglaterra, por volta de 1940, sendo direcionada, inicialmente, aos doentes mentais crônicos. O modelo comunitário é apropriado de diferentes formas, tanto, pela psiquiatria americana, como pela psiquiatria democrática italiana.

O modelo redefinido pelos Estados Unidos da América (EUA) é fortemente captado por comunidades religiosas e direcionado especificamente para o acolhimento de “usuários de

álcool e drogas”. Com isso, a lógica das Comunidades Terapêuticas (CTs) não se distanciam do modelo asilar. Inclusive, as características desse tipo de estabelecimentos, como o regime fechado, trabalho em troca de cuidados, pouca assistência, privação de liberdade, obrigação de rituais religiosos, castigos físicos, aproximam as CTs do que Goffman (2001) nomeou de “instituições totais”.

No Brasil, as CTs são caracterizadas como instituições de acolhimento sem fins lucrativos, de caráter privado, que oferecem atendimento em regime de serviço residencial para “usuários de drogas”. As CTs surgiram no Brasil na década de 1960 e são em sua maioria de caráter religioso. Segundo o “Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas”, foram identificados graves sinais de maus-tratos e de violação dos direitos humanos na maioria das unidades inspecionadas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al.*, 2018).

Assim, observamos que a abordagem comunitária somada a perspectiva preventivista passaram a orientar as ações do dispositivo psiquiátrico para o campo mais amplo da Saúde Mental. A partir disso, a noção de comunidade tornou-se um conceito central para a formulação de outro modelo de assistência psiquiátrica. Somado a isso, a visão do indivíduo “biopsicossocial”, formulada no interior da psiquiatria preventiva dos anos de 1930, constituiu-se mais tarde como eixo central do discurso de reorganização do sistema assistencial.

Segundo Costa (2007) o termo “biopsicossocial” faz parte do pensamento psiquiátrico dos anos de 1930 que definiu parâmetros para a psiquiatria moderna através de três discursos: organicista, preventivista e psicoterápico. Com isso, a assistência médica psiquiátrica passou a tratar o indivíduo nessas três dimensões (biológica, psicológica e social), o ser “biopsicossocial” também deu suporte para as ações profiláticas do início do século XX. Porém, essas ações que procuram retirar a centralidade do tratamento psiquiátrico do hospital têm efeito *bumerangue*, já que, por outro lado, acentuam ainda mais a situação degradante dos espaços de internação.

2.4 A reforma psiquiátrica e os novos rumos da política de saúde mental

A história da assistência psiquiátrica no país baseada na internação resultou em uma história de maus-tratos e violência contra as pessoas institucionalizadas, denunciando a falência do modelo asilar. As situações de degradação vividas nos grandes hospitais evidenciam para a população de forma mais clara a ineficiência do sistema hospitalar. Os problemas da hospitalização demonstram uma realidade que já vinha se agravando com a implementação dos ideais higienistas da psiquiatria na primeira metade do século XIX. Esse cenário permanece sem mudanças significativas no âmbito legal até meados dos anos de 1990 e é somente de fato

alterado quando a lei que assegura direitos e proteção as Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais (PPTM) é aprovada.

No entanto, observamos que as estratégias de reformulação da assistência direcionada as PPTM tiveram início ainda nos de 1960, a partir da aproximação da psiquiatria brasileira com as teorias e práticas da psiquiatria preventiva e do modelo de assistência comunitário norte-americano. As propostas assistenciais da psiquiatria preventiva encontram aporte teórico em Caplan²⁸.

Segundo Birman e Costa (1994, p. 54), os esforços teóricos de Caplan concentram-se na “Prevenção Primária” que consiste na “intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas que podem ser de origem individual e (ou) do meio”. No final do século XX, o projeto da psiquiatria preventiva abandona a reforma das instituições asilares, inserindo como espaço de atuação da prática psiquiátrica a “Comunidade”, dirigindo-se não mais apenas ao hospital psiquiátrico e sua relação com o “doente mental”, mas a “Saúde Pública” como um todo.

Esse primeiro momento de Reforma Psiquiátrica, concentra as mudanças empregadas pela psiquiatria preventiva em torno do modelo comunitário, que consistem em uma série de estratégias de conscientização da população, de ocupação da esfera educacional e urbana, e de reformulação do espaço institucional, com o intuito mais amplo de promover a “Saúde Mental”. Além disso, os mecanismos recém-criados pelo dispositivo da Saúde Mental deslocam-se, em função do discurso produzido pela psiquiatria preventiva, para a atenção a *crise*. A noção de *crise* no interior do pensamento psiquiátrico conduz para outro entendimento acerca da doença mental, que relaciona a estados patológicos ao acúmulo sucessivo de *crises* no sistema adaptativo individual, como observaram Birman e Costa (1994, p. 57):

A crise torna-se o grande momento do desajustamento, a fissura no sistema adaptativo do indivíduo...A crise não é absolutamente sinônimo da doença mental, mas neste contexto as ideias que privilegia a questão do Normal e do Anormal num enfoque adaptativo, a crise pode conduzir à enfermidade. Com efeito, caminha-se para uma enfermidade mental bem caracteriza pelo acúmulo sucessivo de Crises, que deterioraram o sistema de segurança individual pelo seu desgaste repetitivo.

O fenômeno da *crise* não encontra respaldo na etiologia da doença e nem em uma base orgânica, pois a experimentação individual dos “transtornos mentais” não garante um desencadeamento linear e totalizante das doenças rumo a *crise*, ou seja, a incerteza no desencadeamento dos sintomas não permite à psiquiatria afirmar até que ponto tal disfunção,

²⁸ O livro “Princípios de Psiquiatria Preventiva” do psiquiatra Gerald Caplan foi publicado em 1964 estabelecendo os princípios da psiquiatria preventiva.

distúrbio, doença mental pode levar o sujeito a ter *crises*. Dessa forma, afirma os autores: “A Psiquiatria Preventiva vai querer repetir a prática histórica dos primeiros higienistas do século XIX, para justificar uma atuação sem conhecimento de causa e chamar isto de “Prevenção Primário” (BIRMAN; COSTA, 1994).

No Brasil, Birman e Costa (1994) destacam as dificuldades de implementação do modelo comunitário nos moldes da psiquiatria democrática italiana, dado os aspectos socioculturais do país, a profunda desigualdade social e as funções que a psiquiatria asilar ainda exercem. Assim, as CTs são incorporadas no país de forma técnica, orientando as práticas dos profissionais da saúde. Todavia, as medidas legislativas que modificam a assistência psiquiátrica na virada de século no país apropriam-se e refletem o discurso preventivista e a abordagem comunitária.

Dado o exposto, destacamos que, assim como Lougon (1993) aponta, a crítica antipsiquiatria dos anos de 1960, alicerçada nas ideias de Laing, Cooper e Basaglia, que contestam a racionalidade psiquiátrica das instituições asilares e, por outro lado, a experiência da psiquiatria comunitária americana, desenvolve no Brasil uma série de ajustamentos e reformas mobilizando novos discursos, como o da *desinstitucionalização*. O deslocamento do antigo asilo em função da comunidade, aberta e democrática, procura reverter o quadro de internações no país. Esses deslocamentos também fazem parte dos movimentos sociais pela Reforma Psiquiátrica no Brasil que produzem novas práticas e discursos em relação ao processo de reestruturação.

2.4.1 Movimentos pela reforma psiquiátrica no Brasil

Por volta de 1970 a situação dos hospitais psiquiátricos é muito grave em decorrência de maus-tratos, falta de cuidados, isolamento das famílias, degradação das condições de permanência, que assinalam de forma mais profunda uma *crise* do sistema asilar no país. Em decorrência disto, entidades, familiares, usuários e profissionais passam a criticar de forma organizada o modelo asilar. Nesse período temos o surgimento do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), criado em 1978, que atua ativamente na reformulação da assistência psiquiátrica em favor de um atendimento aberto e democrático, dirigindo críticas a perspectiva da reforma intra-asilar.

Inicialmente, o MTSM, formado por trabalhadores da área da saúde, encontra espaço nas manifestações pelo fim da ditadura militar, nos movimentos sanitaristas e demais movimentos sociais dos anos de 1970-1980, fortalecendo-se nas reivindicações pela democratização do país. A pauta pela reforma do sistema psiquiátrico soma-se as pautas que

reclamavam a ausência do Estado em promover a proteção dos mais vulneráveis e em produzir a garantia de direitos fundamentais.

Os rumos do MTSM são transformados à partir do levante do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, resultado do evento de mobilização que aconteceu na cidade de Bauru – SP, em 1987. Segundo Amarante e Nunes (2018, p.2069), nesse momento, o movimento articulava-se em duas direções:

[...]Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomiais. A partir de então se transforma em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Desse modo, o MNLA passa a reivindicar não apenas a melhoria das condições de tratamento dos “doentes mentais”, mas a superação do modelo asilar. Essa perspectiva encontra respaldo nas mudanças assistenciais da chamada “psiquiatria democrática italiana”, especialmente, a partir da presença de Franco Basaglia no Brasil que provoca o deslocamento do MNLA em direção a construção de um projeto de *desinstitucionalização*, teórico-prático dos sanitaristas (AMARANTE, 1996).

Segundo Amarante (1996) três perspectivas teóricas e práticas sobre a *desinstitucionalização* permanecem em constante debate. A primeira compreende a *desinstitucionalização* como *desospitalização*, noção formulada no governo Kennedy nos EUA, com base nos projetos da psiquiatria preventiva. A *desospitalização* não questiona o saber médico psiquiátrico, mas a como a estrutura hospitalar atua; o que resulta em estratégias de reestruturação do interior do hospitalar, e, que, por outro lado, acabam fortalecendo as técnicas psiquiátricas: “[...] com isso, produz-se um efeito rebote, pois criam-se inúmeros novos serviços, especialidades e técnicas que, em uma palavra, aumentam o número de pessoas assistidas e as possibilidades de intervenção técnica, sem que o resultado terapêutico seja alterado”. (AMARANTE, 1996, p. 17).

2.4.2 A lei da reforma psiquiátrica

Em 1989 foi apresentado na Câmara dos Deputados o projeto de lei nº 3657, de autoria do deputado Paulo Delgado – Partido dos Trabalhadores (PT), o projeto, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e regulamentava a prática da internação psiquiátrica compulsória, trazia em seus cinco artigos um plano para coibir a existência de hospitais

psiquiátricos. Nesse momento, o termo “internação compulsória” empregado pelo texto não fazia qualquer referência a decisão judicial, a IC era compreendida de forma genérica como internações realizadas sem o consentimento do paciente²⁹.

Além do desmantelamento progressivo da rede hospitalar psiquiátrica, o projeto propunha a substituição dos leitos hospitalares por recursos considerados não-manicomiais. Em relação às internações, o texto sugeria um processo de revisão das “internações compulsórias” de preferência feito pela Defensoria Pública que poderia decidir sobre a sua legalidade:

Art.2º - As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessário para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial”. [...] Art.3º. §2º Compete ao Defensor Público (ou a outra autoridade judiciária designa) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação. (BRASÍLIA, 1989).

O projeto levou aproximadamente 12 anos para ser aprovado e provocou intensos debates na sociedade brasileira, especialmente, após seu encaminhado para o Senado Federal. O debate em torno dessa legislação ficou polarizado entre dois agentes: a “Federação Brasileira de Hospitais” (FBH) e “Associação de Familiares e Usuários”, posicionando-se contra a extinção dos manicômios, e o movimento antimanicomial colocando-se à favor do projeto (YASUI, 2010).

O texto do projeto de lei apresenta uma situação completamente nova para o dispositivo psiquiátrico: o entendimento da prática da internação psiquiátrica como ato ilegal. Até então, as legislações que regulamentavam a assistência médica psiquiátrica no país, associavam o ato de interdição civil e privação de liberdade com a medida de internação, com isso, o tratamento médico psiquiátrico caracterizava-se como um ato infralegal, já que previa, no interior na legalidade da internação médico, medidas próprias do sistema penal. Assim, notamos que, apesar da lei de 1934, que dispunha “sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas”, autorizar ao paciente a possibilidade de contestar a medida de internação, os limites colocados pelo dispositivo psiquiátrico dificultavam esse procedimento. De forma mais específica, essa nova proposição cria a necessidade de uma outra instância que pudesse acompanhar e até reverter a prática da internação considerada abusiva e ilegal,

²⁹ “Art 3º§1 Define-se como internação compulsória aquele sem o expreso desejo do paciente.” (BRASIL, 1989).

desenhando um limiar entre o procedimento de internação considerável aceitável e a prática de internação criminosa.

Inclusive, as menções na justificativa do projeto de lei sobre o “poder de sequestro da psiquiatria” e sobre a necessidade de intervenção da instância judiciária corroboram para essa análise:

A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental. Em vários países (nos Estados Unidos exemplarmente l, a instância judiciária intervém sistematicamente, cerceando o poder de seqüestro de psiquiatra. No Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas. Noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes. A Defensoria Pública, que vem sendo instalada em todas as comarcas, deverá assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação-seqüestro, e o respeito aos direitos do cidadão internado (BRASIL, 1989, p. 10.697).

A justificativa do projeto pontua a “problemática da liberdade” como uma questão central para o atendimento em saúde mental, citando a experiência de outros países. A instância interventora do procedimento da internação psiquiátrica apresenta-se a partir dessa necessidade de assegurar o tratamento em liberdade. Com isso, à exemplo das medidas internacionais, e projeto propõem que esse procedimento seja realizado pela Defensoria Pública, órgão recém-criado no país, e que exerce uma função protetiva dos direitos fundamentais. Contudo, a proposta central do projeto é a abolição dos hospitais psiquiátricos.

Inicialmente, o projeto de 1989 é aprovado na Câmara dos Deputados. O discurso sobre o atraso do país em acompanhar a tendência internacional de modificação da assistência médica psiquiátrica é apontado como um fator que compele para sua aprovação. Segundo a “Comissão de Seguridade Social e Família”: “... a tendência universal é, inequivocamente, a substituição do tratamento manicomial por formas mais brandas e eficazes para os pacientes psiquiátricos” (BRASIL, 1990, p. 7.881). Esse discurso sinaliza a adesão do governo do Estado a uma perspectiva que já vinha sendo construído no país pelos movimentos sociais e pelo pensamento psiquiátrico preventivista, que encara o hospital psiquiátrico como estrutura iatrogênica, atrasada e ineficiente.

Após encaminhado para o Senado, o projeto teve seu conteúdo modificado à medida que emendas e propostas de substituição foram sendo apresentadas. No senado, em 1991, é apresentado um substitutivo ao projeto original pelo Senador Bisol – Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), que se respaldando na “Resolução da ONU” considera “no atual estágio histórico da atenção aos doentes mentais, é precipitado dissolver ou tentar dissolver o hospital psiquiátrico” (BRASIL, 1991, p.137). O substituto mantém a proibição de progressão da rede hospitalar e a abertura de novos leitos, porém, retira da proposta de lei a

“extinção dos hospitais”, prevendo a possibilidade do hospital psiquiátrico tornar-se recurso da própria RP (BRASIL, 1991, p. 139).

O relatório do Senado federal (1991) traz alguns deslocamentos importantes em relação ao projeto original. O debate acaba descaracterizando a internação compulsória e abrindo a possibilidade para outros formatos de internação, especialmente, através da introdução dos termos “voluntária” e “involuntária”. Com isso, há uma abertura para novas modalidades de internação e as internações compulsórias ganharam outros contornos. Em meio ao debate, a instância jurídica revisora das internações deixa de ser a Defensoria Pública e torna-se o Ministério Público (MP) como regulador desse processo.

No mesmo período (1991), foram apresentadas três emendas ao projeto substitutivo que procuravam diferenciar o “manicômio” do “hospital psiquiátrico”, indicando que era ainda possível reativar o “valor terapêutico” da instituição hospitalar. Durante a votação, apresentam-se posições que procuram reativar o modelo hospitalocêntrico e ampliar as decisões médicas. Essa discussão só é retomada em 1995, com a apresentação de duas propostas de emendas e um outro substitutivo. As emendas do Senador Alcântara (PSDB) propuseram substituição progressiva dos manicômios, prazos e auxílios financeiros para a transição. Já o substitutivo do Senador Portella – Partido Democrático Social (PDS) procurava manter o hospital como componente integrante da assistência, diferenciando a “má” e a “boa” assistência hospitalar.

O projeto substitutivo reforça a possibilidade de manutenção do serviço hospitalar como mecanismo fundamental da assistência psiquiátrica, associando a *desospitalização* com desassistência. As medidas apresentadas pelo Senador Portella, também procuram concentrar as internações como um procedimento puramente médico psiquiátrico, prevendo que a comissão revisora das internações fosse composta por médicos psiquiátricos (BRASIL, 1998).

O debate é novamente suspenso e o projeto retorna para ser discutido em 1998, quando é proposto um novo substituto pelo senador Sebastião Rocha – Partido Democrático Trabalhista (PDT). O projeto proposto por Rocha apresenta um texto mais conciliador do que o original, levando em consideração os grupos opositores e defensores da RP. Com isso, o modelo comunitário emerge como uma proposta viável. O substituto é considerado ideal pelos senadores, já que prevê a complementaridade entre as duas formas de assistência. A proposta é aprovada com algumas emendas que reafirmam a posição favorável a inserção do MP como instância revisora das internações e incluem o poder executivo como órgão responsável pela condução da regulamentação do projeto de reestruturação (BRASIL, 1999).

O projeto é aprovado em 2001, em meio a tentativas que procuravam suprir trechos sobre os hospitais psiquiátricos da redação final. Delgado (2011, p. 4.707) destaca o papel importante que essa legislação aprovada exerce na reorientação do tratamento psiquiátrico, tendo como eixo fundamental o *cuidado*:

O sentido mais profundo da lei no 10.216 de 2001 é o cuidado. Como substantivo, adjetivo ou interjeição é zelo dos preocupados, esmero, precaução, advertência para o perigo, vigilância, dedicação, encargo, lida, proteção. Atenção, tomar conta, acolher. Cuidado é o princípio que norteia essa lei. Evoluir a clínica, fazer do intratável o tratável.

Contudo, essa discussão em torno da legislação da RP implica reconhecer a dimensão social e política do próprio poder psiquiátrico. À luz das regulamentações, a assistência psiquiátrica tem seu poder de alcance ampliado, regulado, enxugado, medido, controlado. Assim, apesar da inserção do cuidado e do modo psicossocial como eixos da lei 10.216/01, o projeto rompe com a perspectiva de extinção dos manicômios no país, já que agora não interessa mais a retirada dos hospitais da rede assistencial, mas a observância da sua *lógica manicomial* que pode se estender para os demais serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A lei 10.126/01 também abriu possibilidades para várias modalidades de internação, prevendo a comunicação das Internações Psiquiátricas Involuntárias ao Ministério Público no prazo de 72h00min. Já as ICs são aquelas realizadas por ordem judicial não encontram respaldo na lei de 10.216, mas no Código Penal, como registra o “Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas”:

Registre-se que em nenhuma outra norma do ordenamento jurídico brasileiro é previsto que o Judiciário tenha a prerrogativa de obrigar pessoas a se tratar, uma vez que o acesso à saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, e não o contrário. Tomando como base os artigos 26, 28 e 92 do Código Penal, a autoridade judiciária não pode determinar a internação compulsória sem que a pessoa, que receba a determinação, tenha cometido algum crime e passado por julgamento, asseguradas todas as garantias de defesa, e que ao final seja considerada inimputável. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p. 67).

Desse modo, ressaltamos que ao mesmo tempo que o debate acerca da lei da Reforma Psiquiátrica gerou estratégias para proteção e garantia de direitos às PPTM, inseriu por meio das ICs a possibilidade de mobilização das internações psiquiátricas para outros campos. Além disso, as discussões presentes nas Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) também estabeleceram parâmetros para a reestruturação do campo psiquiátrico.

2.4.3 Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM): a construção de um novo paradigma.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) foram importantes espaços para discussão e elaboração de diretrizes para o processo da Reforma Psiquiátrica. A primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (I-CNSM) foi realizada no dia 25 a 28 de junho de 1987 e ocorreu como desdobramento do 8º Congresso Nacional de Saúde, marco histórico da Reforma Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O evento se deu em meio a disputa pela sua condução, envolvendo a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Ao final desse debate o MTSM assumiu as pautas de discussões da conferência (AMARANTE, 1998).

Até então, a assistência psiquiátrica vinha sendo reformulada através de um programa interministerial de reestruturação interna dos hospitais psiquiátricos. De acordo com o debate travado durante a Conferência Nacional de Saúde, a I-CNSM desenvolve estratégias para a reformulação da política nacional de saúde mental visando a responsabilização do Governo Federal pela condução de políticas sociais (BRASIL, 1988).

O evento reuniu segmentos diversos, como profissionais da saúde, instituições privadas, instituições de educação, associação de usuários, partidos políticos somando ao todo 176 delegado. O relatório do evento foi organizado em torno de três eixos temáticos: I- Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II - Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III - Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. A Conferência adotou um tom conciliatório frente aos debates que circulavam desde de 1970 no país e que questionavam a legitimidade do dispositivo psiquiátrico, como expressa Evaldo Gomes Leite Vieira, Presidente da Conferência:

As aparentes contradições entre discurso científico e discurso político nada mais são do que importantes elementos propulsores do processo de elaboração de propostas para a inserção das ações de saúde mental nas ações de saúde em geral, cuja consolidação tem início nesta I Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1988, p. 09).

A I-CNSM pareceu encontrar seu tom conciliatório ao reafirmar os pressupostos da Reforma Sanitária, onde a reorganização da assistência médica em direção a “promoção da saúde” buscou estabelecer-se no campo dos direitos e romper com a lógica privatista que permeava o Estado brasileiro. A Conferência também identifica as incapacidades do aparelho psiquiátrico em promover Saúde Mental (SM) como resultado da administração do Estado capitalista:

O setor de saúde mental espelha as contradições desta organização social brasileira, onde o Estado capitalista procura estabelecer políticas sociais que o legitime embora sem responder às necessidades sentidas na área social, o que significa que esta é tratada como um setor de choque, de contenção de controle da insatisfação popular, sem se constituir em terreno de transformação real (BRASIL, 1988, p. 12).

A posição afirmada pelo I CNSM parte da percepção do Estado tanto como malfeitor da estrutura assistencial psiquiátrica, como mecanismo para a sua solução. No Eixo II, a Conferência deixa claro sua posição em relação ao dismantelamento do modelo hospitalocêntrico, optando pela estratégia da redução progressiva de leitos psiquiátricos em hospitais especializados.

A I CNSM também apresenta como pontos estratégicos para a RP a priorização dos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, tendo como objetivo final: “c) que se lute pela ruptura com a prática da internação hospitalar, seja em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais” (BRASIL, 1988, p. 18).

Como dito anteriormente, o contexto político e social de redemocratização do país, da formação da Constituinte e da Reforma Sanitária formam o terreno fértil para a problematização da relação entre a psiquiatria e a restrição de direitos. Com isso, no campo jurídico, propõem-se a formulação de uma legislação ordinária para dispor sobre a proteção dos “doentes mentais” e recomendações a constituinte no sentido de assegurar ao “doente mental” a condição de cidadania plena.

O documento também traz recomendações para a revisão da legislação civil e penal, procurando, com isso, restringir o ato de interdição civil e romper com o imaginário que associa loucura à periculosidade. Por fim, em relação a legislação psiquiátrica as orientações concentram-se na criação de mecanismos para coibir a soberania do poder psiquiátrico, especialmente, em relação a prática da internação o texto afirma a necessidade de garantir o direito da não obrigatoriedade da internação:

Ao Poder Público cabe a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental. A questão da internação psiquiátrica deve ser regulamentada em lei onde estejam estabelecidos os direitos do paciente internado. A internação não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, devendo ser estabelecidos os critérios da internação, envolvendo, neste ato, a defensoria pública, comissões multiprofissionais e a participação de setores organizados da comunidade, definindo o caráter dessa internação e o seu tempo de duração, revisado periodicamente...Que se assegurem mecanismos e recursos legais de garantia do direito individual contra a internação involuntária (por exemplo: habeas-corpus, comunicação automática à autoridade judiciária competente, criação de tutela provisória para estes pacientes), visando a possível reversibilidade do estado de internação no período máximo de 72 horas. (BRASIL, 1988, p. 24).

As recomendações direcionadas a Constituinte não são incorporadas na Constituição Federal de 1988, já as diretrizes para a legislação ordinária passaram a integrar o conteúdo da proposta de lei nº 3.567/1989. A conferência também apresenta alguns elementos importantes para a regulação da internação psiquiátrica e para reorientação do modelo assistencial. Contudo, observamos que nesse momento, os termos atenção *psicossocial*, *comunitária* e *territorial* são completamente ausentes dos documentos. Os arranjos discursivos que compõem o documento orientam-se tanto pelos ideais antipsiquiátricos do MNLA, como pela abordagem preventivista.

Desse modo, o termo Saúde Mental funciona para justificar a proposta de uma outra política e para nomear o conjunto de ações que retiram do saber médico psiquiátrico a exclusividade no tratamento das doenças mental. A formação do campo da SM é acompanhada de duas estratégias fundamentais, a atenção multiprofissional e um programa de desospitalização.

A I-CNSM soma-se a outros eventos de grande importância para a discussão da “nova” política, como o “Congresso de Bauru” que redireciona o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e que elege como pauta a “extinção dos manicômios” no país. Esse deslocamento, assinala uma ruptura no processo da RP que deixa de priorizar as iniciativas de reorganização da assistência psiquiátrica intra-asilar. Além disso, como aponta Amarante (1998) a reforma psiquiátrica desprende-se de sua dimensão puramente técnico administrativo, já que essa transformação do movimento em antimanicomial passa a pontuar a necessidade de pensar a construção de um novo estatuto para a loucura.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (II-CNSM), realizada em 1992, se dá em um contexto distinto do primeiro evento. A conferência teve como tema: “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania” e destacou ainda mais a participação do Poder Público na elaboração da política de saúde mental, delegando ao Ministério da Saúde (MS) a função de agente do processo da RP.

O evento orientou-se por três eixos temáticos: 1º parte – “Marcos Conceituais”; 2º parte – “Atenção à Saúde Mental e Municipalização” e 3º parte – “Direitos e Legislação”. A II - CNSM não foi tão contundente na crítica ao modelo econômico e político, suas diretrizes apresentaram um aspecto mais técnico do que a conferência anterior e estreitou a relação entre cidadania e Saúde Mental:

O entendimento da saúde/doença como processo fundamenta o direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. A democratização do Estado com o controle da sociedade civil é fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental. O processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma

perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (BRASIL, 1994, p. 06).

A vinculação entre esses dois polos, cidadania e saúde mental, orientam o modelo assistencial em função de mecanismos que pudessem assegurar o exercício da cidadania, construídos conjuntamente com os princípios gerais do SUS: Universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular, controle social e municipalização. No relatório final é apresentado um modelo de *rede* de atenção para o campo da saúde mental:

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão (BRASIL, 1994, p. 07).

A compreensão de uma *rede* integrada de serviços é acompanhada do pensamento de *desinstitucionalização*, que prevê a extinção das instituições asilares e a integração com outras políticas sociais, como educação, habitação, cultura e lazer. O relatório da II-CNSM fala em um modelo de atenção em saúde mental e na valorização das iniciativas religiosas informais na área da saúde. A II- CNSM também aponta como diretrizes:

Estimular a formação e aprovação de uma nova legislação em saúde mental, capaz de dar conta, separadamente e através de instrumentos legais diferenciados, dos vários aspectos implicados na questão, quais sejam: reestruturação da assistência, direitos civis, código penal, direitos do usuário [...] Adotar os conceitos de território e responsabilidade, como forma de dar à distritalização em saúde mental um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, garantindo o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte (BRASIL, 1994, p. 10-12).

A II - CNSM ocorreu em um momento de reestruturação administrativa dos órgãos do governo federal e sofreu fortes influências de documentos internacionais. A “Declaração de Caracas” (1990) e a “Resolução da ONU” (1991) que formularam instruções normativas para vários países da América Latina compuseram diretrizes básicas para os encaminhamentos da conferência.

A “Declaração de Caracas” (1990) crítica o hospital psiquiátrico como única modalidade de atenção e reforça a estratégia de transferir para a atenção primária as demandas da área da Saúde Mental, apontando a necessidade de revisão das internações involuntárias e compelindo para que as mudanças se deem no âmbito legal.

Já a Resolução 46/119, de 1991, da ONU que trata da “proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e da melhoria da assistência à saúde mental”, procura funcionar como guia de referência para reformulação da assistência psiquiátrica. O documento coloca a expansão dos direitos as pessoas portadoras de transtornos mentais como princípio básico e condena ações de discriminação e de violação da pessoa humana, reforçando a necessidade de garantir o tratamento sob o consentimento do usuário.

Segundo a “Resolução da ONU” (1991), as internações involuntárias devem ser avaliadas por dois grupos, um composto por um “corpo de revisão” de competência da esfera judicial e outro formado pela comunidade local, assessorado por profissionais da saúde. As instruções internacionais demonstram duas preocupações, a extensão de direitos básicos as PPTM e criação de mecanismos que possibilitem a fiscalização desses preceitos, assegurando, portanto, a esfera jurídica o papel de reguladora das internações. Por fim, esses documentos corroboram para as discussões que circundam o processo de aprovação da lei 10.216/01 e para reestruturação assistencial.

A III-CNSM que teve como tema “Cuidar, sim. Excluir, não- Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social³⁰” foi convocada após a aprovação da lei 10.216/01 e composta de forma paritária, 50% delegados representantes da sociedade civil e 50% representantes da administração pública. Conforme o relatório (2002) apontou, o período anterior é marcado pelos documentos internacionais que vão de encontro com o processo de RP brasileiro. Nesse período, o governo federal por meio do Ministério da Saúde já havia criado normativas que inseriram estratégias de fiscalização dos hospitais psiquiátricos³¹ e esboçaram o que seria a rede de atenção psicossocial.

O evento não deixou de situar a RP no âmbito da busca por direitos e de afirmar o compromisso com a pauta antimanicomial, no entanto atrelou a RP a questão da garantia de direitos e a cidadania: “A Reforma Psiquiátrica tem na essência de sua motivação a busca incessante do direito e da cidadania” (BRASIL, 2002, p. 09).

Outro deslocamento realizado neste evento é o papel fundamental dado ao tema do *cuidado* e da *reabilitação psicossocial*, que passaram a constituir os eixos do programa da Reforma Psiquiátrica. A III-CNSM também esboça o princípio da *territorialização* dos serviços da Saúde Mental, levando em consideração além da extensão dos serviços para outras regiões,

³⁰ O termo “Controle Social” empregado pelo tema da III-CNSM refere-se à participação social no projeto de RP. E o tema “Cuidar, sim. Excluir, não” foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2002, p. 16).

³¹ Apesar das estratégias de fiscalização, a própria III-CNSM aponta que em 2000, haviam ao menos 260 hospitais psiquiátricos no país, 80% deles vinculados a iniciativa privada (BRASIL, 2002, p. 19).

a inserção de serviços diferenciados conforme determinados públicos-alvo, como crianças e adolescentes, usuários e dependentes químicos, deficientes. Segundo as propostas da III-CNSM:

Criar uma política de saúde mental infanto-juvenil, em nível estadual [...]; Incorporar na rede de serviços do SUS ações de saúde mental dirigidas a populações específicas, tais como portadores de deficiências múltiplas, usuários abusivos de substâncias psicoativas (drogas) e dependentes químicos, na perspectiva da redução de danos, bem como reconhecer os aspectos culturais, étnicos e de gênero envolvidos no surgimento de um transtorno mental. (BRASIL, 2002, p. 10).

A conferência também apontou a necessidade de reorientação do antigo modelo através da inserção de outros dispositivos assistenciais, como o CAPS, NAPS, Hospital-dia, Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias assistidas), cooperativas sociais e projetos de intervenção cultural, para implementação de “redes sócio-sanitárias, municipais, territoriais e comunitárias que possibilitem a incorporação de recursos potenciais habitualmente subutilizados” (BRASIL, 2002, p. 21).

Dessa maneira, inserindo como subtemas: a acessibilidade, o financiamento e controle social, a III-CNSM mostra uma preocupação distinta das conferências anteriores, muitos mais orientada para o fortalecimento e ampliação do sistema já empregado, destacando os empecilhos que a gestão pautada no antigo modelo hospitalocêntrico colocava a frente da reorientação do sistema da saúde mental.

O relatório não deixa de destacar a questão dos “Direitos” e da “Cidadania”, mas estes passam a ser compreendidos como parte do desafio mais amplo do processo de reorientação do sistema assistencial e das estratégias voltadas para um modelo mais inclusivo:

O desafio da construção da cidadania não se coloca mais como o de desbravar o lugar do louco na sociedade, mas de traçar grandes e pequenas estratégias para a construção de uma sociedade inclusiva de fato democrática” (BRASIL, 2002, p. 35).

Assim, a III-CNSM, marca a construção de um novo modo de operação dos serviços da saúde mental, direcionando-os para o que Costa-Rosa (2000) chamou de *paradigma psicossocial*.

Já relatório da IV- CNSM Intersetorial (2010) aponta novos deslocamentos em relação aos eventos anteriores. Essa conferência organizada pelo SUS, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, assinala como caminho para as “políticas sociais e políticas do Estado”, a *intersetorialidade*³². A partir desta conferência, a rede de saúde mental é relacionada ao campo

³² “A intersetorialidade, no entanto, deve deixar marcas para além deste Relatório, devendo direcionar completamente a prática do campo da saúde mental a partir de agora” (BRASIL, 2010, p. 10).

do *cuidado social* e passou a ser compreendida, não apenas como a integração de novos serviços da área da saúde mental, mas como um amplo sistema de assistência social:

Além disso, a conferência reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. (BRASIL, 2010, p. 09).

Com isso, os “Direitos Humanos” e a “Cidadania” passaram a ser compreendidos como desafios éticos do sistema *intersetorial*. O evento também procura consolidar a Rede de Atenção Psicossocial³³ que vinha sendo desenhada pelos encontros anteriores. A IV-CNSM aponta o CAPS como dispositivo estratégico da RP e insere novas preocupações em relação aos grupos específicos que a II-CNSM havia apontado, ressaltando o tema: “Álcool e outras Drogas” como desafio da saúde mental e a “Infância, Adolescência e Juventude” como agenda prioritária.

Por fim, vale ressaltar o tópico do relatório referente à “atenção às pessoas em *crise* na diversidade dos serviços”, que compreende como estratégia para consolidação da Reforma Psiquiátrica à priorização da *atenção da crise* no interior das normativas do Ministério da Saúde. A *atenção a crise* articula a *rede* da saúde mental aos serviços de urgência e emergência em Hospitais Gerais, compreendidos ao mesmo tempo como recurso e porta de entrada para o tratamento em saúde mental. Os CAPS III, modalidade que funciona 24h, também são apontados como estratégicos para o atendimento dos usuários em *crise*.³⁴

Contudo, depois da IV- CNSM as conferências deixaram de ser articuladas e encerrou-se um dos espaços fundamentais de discussão sobre política pública de saúde mental. As conferências anteriores apresentavam-se como importantes acontecimentos para a orientação das normativas do Ministério da Saúde, pois, por meio delas eram formuladas as diretrizes que foram em partes incorporadas pelo MS.

³³ Conforme os eixos do relatório: Eixo II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer Movimentos Sociais; Eixo III – Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial.

³⁴ “Garantir e ampliar o atendimento das situações de crise em saúde mental 24 horas, priorizando o CAPS III, no Pronto Socorro Geral em articulação com a rede SAMU 192.” (BRASIL, 2010, p. 75).

3 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 abriu caminhos para normativas que traçaram contornos mais definidos para uma outra política de saúde mental no país. Na prática, essa legislação não deu diretrizes diretas para um novo modelo de atendimento em Saúde Mental (SM), mas trouxe em seu texto, no âmbito da “proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”, estratégias de regulação da prática da internação psiquiátrica e indicou a preferência pelos serviços comunitários e extra-hospitalares.

As diretrizes que dão o tom dessa reestruturação vêm do Ministério da Saúde (MS) por meio de portarias que visam a regulamentação da nova política. Através dessa produção normativa, observa-se os recortes discursivos realizados pelo Estado brasileiro em relação ao processo histórico e social da Reforma Psiquiátrica. Em alguns momentos, esses documentos incorporam e reafirmam os pressupostos da RP, em outros, contradizem, distanciam-se e reverterem a lógica de desmanicomialização.

Por exemplo, ao mesmo tempo que observamos a expansão dos serviços comunitários (CAPs/NAPs), a diversificação de serviços de atendimento em saúde mental e a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, acompanhamos uma série de normativas que se contrapõem aos princípios da lei 10.216/01 e que ampliam a oferta de leitos em instituições com características asilares ou criam novos espaços institucionais. A novidade nesse contexto é a formulação de políticas públicas no campo da saúde mental direcionadas a grupos específicos como “usuários de álcool e drogas”, “usuários de crack” e “crianças e adolescentes”, que alinhadas a ideia de *perigo social* e *risco* ativam diferentes mecanismos e estratégias de disciplinarização.

É também nesse período que o Ministério da Saúde buscou efetivar um plano de regionalização e territorialização do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da “Norma Operacional da Assistência à Saúde” (NOAS) 01/2001 foi executado o plano de descentralização do sistema de saúde através da definição de prioridades de intervenção, dentre as quais está o “tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais frequentes”. O plano estabeleceu a divisão territorial dos serviços e ações da área da saúde “considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras” (BRASIL, 2001b). A demanda por uma rede diversificada e regionalizada de serviços também aparece em documentos internacionais como a “Resolução nº 49 da ONU” e a “Declaração de Caracas” que apontam diretrizes para o campo da Saúde Mental (SM) em diversos países da América latina.

A política de territorialização compreende o espaço geográfico e a população como objeto de intervenção a partir das características sociodemográficas, sanitárias e geográficas que compõem o espaço físico. O mecanismo apoia-se em duas estratégias fundamentais: o esquadrinhamento e a cartografia do espaço por meio de instrumentos informatizados e através da ação direta dos agentes de saúde na coleta de dados sobre a população. (MARTINEZ, 2016)

Atualmente, a política de saúde mental do país é sistematizada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011, que articula os serviços direcionados às pessoas portadoras de transtornos mentais (PPTM) e aos usuários de drogas sob o eixo temático: atenção psicossocial. Segundo Martinez (2016) o termo rede se refere a um conjunto de serviços integralizados por temáticas semelhantes tendo por base a noção de território e as características de determinada comunidade. A abordagem comunitária compreende a terapêutica como uma atribuição coletiva e relacional. Assim, a tarefa terapêutica dos serviços e ações que compõem a RAPS estaria no desenvolvimento de atividades adaptativas voltadas para a reintegração as PPTM aos seus núcleos familiares e sociais.

Em síntese, o território é o espaço onde a rede de saúde mental é implantada e essa rede de serviços integrados produz um circuito que insere os indivíduos alvo do poder psiquiátrico em um *continuum* terapêutico. Essas mudanças no campo da saúde mental acompanham o processo de transformação mais amplo de construção do SUS, de regionalização da assistência em saúde e do surgimento de novos serviços direcionados às PPTM. A inserção em campo dos serviços comunitários e territorializados junto à mobilização social provocam algumas rupturas com o modelo hospitalocêntrico e direcionam o sistema de saúde mental para o paradigma psicossocial (COSTA - ROSA, 2013).

3.1 Desinstitucionalização, desospitalização ou desmanicomialização?

O conceito de *desinstitucionalização* é comumente utilizado como uma face interpretativa da Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente para se referir às estratégias e mecanismos criados para coibir a violência institucional e a hospitalização. Inicialmente, o termo pode ser compreendido como um processo social e político que atinge a todos e que se contrapõem à institucionalização. Por sua vez, a de desinstitucionalização constitui-se como um processo de agenciamento das ações sociais mediadas por relações acordadas a fim de produzir e manter determinado estatuto social e cultural, nestes termos, institucionalizar significa romper com esse estatuto (OLIVEIRA, 2009).

No contexto do processo da Reforma Psiquiátrica, iniciado em diferentes países durante a metade do século XX, o termo se tornou um conceito chave para se referir às transformações práticas e teóricas que redimensionaram o campo de atuação do poder psiquiátrico e formataram o dispositivo da Saúde Mental. No caso do processo estadunidense, o conceito surgiu para se referir à criação de estratégias de reformulação do ambiente institucional tendo como base a abordagem comunitária e a perspectiva da psiquiatria preventivista. A partir da ampliação dessa estratégia, procurava-se reverter o quadro de internações em hospitais psiquiátricos. Esse olhar sobre o conceito de *desinstitucionalização* a aproxima de um processo de *desospitalização*, onde o intuito é remover as pessoas internadas da situação de asilamento e evitar novas internações de longa permanência (AMARANTE, 1996).

Já no contexto da psiquiatria democrática italiana, o termo é empregado não apenas para significar as transformações no campo técnico-assistencial, mas para se referir ao processo mais amplo de produção de um novo “lugar social” para a loucura. Nesse sentido, Rotelli (1988, p. 01) fazendo referência aos escritos de Franco Basaglia é categórico ao afirmar que a “instituição a ser negada não se restringia ao hospital psiquiátrico, mas contemplava todo o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: a doença, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto da periculosidade”.

No Brasil, o termo *desinstitucionalização* é apropriado pelos diversos atores sociais da Reforma Psiquiátrica em diferentes momentos desse processo. Amarante (1996) observa que em um primeiro momento o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) orienta-se pela perspectiva estadunidense, uma vez que as primeiras ações direcionadas a esse campo tinham um carácter meramente reformista admitindo o hospital psiquiátrico como um espaço terapêutico desde que reformulado internamente segundo os princípios da abordagem comunitária a fim de, com isso, evitar novas hospitalizações.

Após o encontro de Bauru e o levante do lema “Por uma sociedade sem manicômios” o MTSM aproxima-se da perspectiva italiana. O lema se torna uma bandeira do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial que deixa de limitar-se ao grupo de trabalhadores em saúde mental e passa a se posicionar contra o aparelho psiquiátrico a partir do entendimento de que a psiquiatria cumpria um papel importante na manutenção das relações de opressão do Estado capitalista, cuja a estrutura mais visível era o manicômio.

Ao mesmo tempo que os movimentos sociais pela RP produzem novas práticas para o reconhecimento da loucura como produto social, o manicômio – como sinônimo da arbitrariedade médica e da estrutura hospitalar – passa a significar todo o processo de

opressão e violação de direitos das pessoas diagnosticadas como “doentes mentais” e, com isso, se torna a estrutura a ser combatida. Nesse contexto, o termo *desmanicomialização* ganha destaque e se torna para o processo brasileiro um concatenador tanto da *desospitalização* como do processo de *desinstitucionalização* nos termos da psiquiatria democrática italiana.

À medida que esse processo foi sendo regulamentado pelo Estado ele foi cada vez mais reduzido a um processo de reestruturação do dispositivo psiquiátrico. As primeiras regulamentações do sistema de saúde mental aproximam-se de um projeto orientado para a retirada dos elementos asilares do campo da Saúde Mental (SM), onde as novas experiências direcionadas às pessoas portadoras transtornos mentais (PPTM), como o CAPS e o NAPS, assumem um papel decisivo.

3.1.1 CAPS e NAPS

Ao analisar o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), verificamos que tardiamente as transformações empregadas em sua dimensão técnico-assistencial aparecem no campo jurídico. As primeiras experiências de um espaço multiprofissional, de base comunitária e aberto de atenção aos sujeitos com sofrimento psíquico surgem no final da década de 1980 e antecedem o projeto de lei nº3657 que dá origem a lei da RPB.

O Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são resultado de duas experiências distintas e singulares de desinstitucionalização. Inspirados nos mecanismos criados pela crítica antipsiquiátrica e pela “nova psiquiatria”, como mencionado anteriormente no segundo capítulo, essas instituições têm a princípio a atenção psicossocial e a abordagem comunitária como eixos norteadores das suas atividades.

Inicialmente o NAPS constituiu-se como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico a partir do episódio que ficou conhecido como “intervenção na Casa Anchieta” em Santos-SP. No episódio, a Casa de Saúde Anchieta recebeu visitas de autoridades públicas, trabalhadores e membros do movimento antimanicomial em decorrência de diversas denúncias de maus-tratos e violações dos direitos humanos. O NAPS, em seu projeto inaugural, procurava reverter a lógica manicomial através de duas estratégias centrais: a *regionalização* e o *projeto terapêutico* voltado para o cuidado em saúde mental (AMARANTE; TORRE, 2001).

Já o primeiro CAPS foi inaugurado em 1987 através da mobilização do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) na cidade de São Paulo e da nova proposta de reorganização dos aparelhos de saúde mental da capital. Inspirado na experiência italiana da psiquiatria democrática e na experiência francesa da psiquiatria de setor, o CAPS destinava-se a atender pessoas com variados graus de cronificação ou com prejuízos sociais em decorrência

do tempo de hospitalização. Em seu projeto de origem, configurava-se como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade. As atividades desenvolvidas pelo CAPS visavam a capacitação dos indivíduos em tratamento psiquiátrico e hospitalizados para o exercício da vida civil (AMARANTE; TORRE, 2001).

O CAPS e o NAPS possuem especificidades intrínsecas ao seu projeto inicial e ao contexto histórico no qual estão inseridos, desse modo, vale lembrar que no momento em que esses aparelhos emergem, o projeto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de promulgação da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, estavam em discussão na sociedade brasileira. Nesse contexto, a noção de cidadania como efetivação dos direitos civis, sociais e políticos, que o período de ditadura havia restringido, é fortemente adotada por diversos movimentos sociais. Além disso, por meio desses instrumentos reclamava-se a maior participação do Estado brasileiro na elaboração de políticas assistenciais que pudessem reverter tal situação.

Em meio ao clima de debate e reestruturação das políticas assistências, o CAPS e o NAPS são imbuídos de princípios apoiados na lógica antimanicomial e no reconhecimento do portador de transtornos mentais como sujeito de direitos, nesse sentido, as ações desenvolvidas por esses aparelhos voltavam-se para reverter o quadro cronificante das internações psiquiátricas e para estimular a participação social do sujeito em tratamento psiquiátrico. No entanto, limitados às experiências locais no qual foram concebidos esses mecanismos não trazem a mudança almejada pelo MNLA do cenário político nacional, tão pouco conseguem reverter o quadro de internações do estado de São Paulo (SAFFIOTI, 2017).

A adoção do CAPS e do NAPS como estratégias para reestruturação psiquiátrica no âmbito do governo federal ocorre no início dos anos de 1990 em meio a tramitação do projeto de lei nº 3657. As portarias (PRT) nº 189/1991 e nº 224/92 despachadas pelas Secretarias do Ministério da Saúde (SM) abriram caminho para o financiamento do CAPS e do NAPS e para incorporação desses serviços como mecanismos oficiais da política de saúde mental do país. A PRT 189/1991 incluiu na tabela de procedimentos do SUS os serviços prestados pelos NAPS/CAPS, atividades em grupo e oficinas terapêuticas e a PRT 224/1992 inseriu estes serviços como componentes da assistência em saúde mental.

Nas normativas citadas os dois serviços praticamente se confundem e são agrupados por meio de duas estratégias centrais: a “regionalização” e o “atendimento de cuidados intermediários”. Apesar das pretensões iniciais, especialmente do NAPS, de lançar-se como um dispositivo substitutivo ao hospital psiquiátrico, esses dois componentes são incorporados pelo

Ministério da Saúde como serviços intermediários com o papel de fazer a ponte entre o ambulatório e a internação, funcionando também como porta de entrada dos demais serviços:

Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS): 2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. 2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental. 2.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual (BRASIL, 2004, p. 244).

Por um lado, esses novos mecanismos atendem à demanda do sistema de saúde público por serviços regionalizados e, por outro, contemplam a necessidade criada pelos processos singulares de desmonte de hospitais psiquiátricos em razão do aumento de fiscalizações e denúncias, oferecendo estratégias de tratamento diferenciadas daquelas encontradas nos grandes asilos psiquiátricos e, ao mesmo tempo, ampliando a assistência em Saúde Mental para outras regiões do país.

A PRT nº 224/1992 elaborou diretrizes não apenas para o CAPS e NAPS, mas para todo o sistema de saúde mental na perspectiva de estruturação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Nesse momento, a “rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental” mencionada no documento aparece pouco estruturada. Os componentes que integram esse sistema são descritos ao longo do texto por suas especificidades e não por uma articulação real entre os mesmos. Neste sentido, a portaria tem o efeito mais imediato de ampliar a oferta de serviços diversificados do dispositivo da Saúde Mental, liberando alguns sujeitos da ação cerceadora da psiquiatria asilar.

Após a aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica, as normativas do Ministério da Saúde (MS) passaram a privilegiar a experiência do CAPS em detrimento do NAPS que tornou-se uma experiência isolada e secundária dentro da rede de atenção à saúde mental. Assim, o CAPS assume a centralidade do projeto de reestruturação da assistência psiquiátrica do governo federal.

É também decisivo para esse processo a incorporação do CAPS como instrumento estratégico da RPB, segundo a III Conferência Nacional de Saúde (III-CNSM) realizada em 2001. No relatório do evento, o CAPS e o NAPS junto a outros serviços são agrupados sobre o

eixo do *atendimento psicossocial*, porém, são caracterizados de diferentes formas, como: “serviço médico”, “serviço substitutivo”, “extra-hospitalar”, “serviços comunitários” e “centros de atenção diária” (BRASIL, MS, 2004, p. 09,24,25,30). As indefinições desse componente são suplantadas pelo debate sobre a reorientação do aparelho psiquiátrico como um todo em razão de um dispositivo menos asilar e mais abrangente.

Em 2002 a PRT nº 336, acompanhada do plano de expansão dos CAPS/NAPS por região, gera algumas mudanças estabelecendo modalidades de serviços para implantação dos CAPS e definindo sua estrutura por ordem de porte, complexidade e abrangência populacional. Nesse período, o Centro de Atenção Psicossocial deixa de ser definido como “unidades de saúde locais/regionalizadas” como expressavam as normativas de 1991/1992 e são agrupados como “serviço ambulatorial de atenção diária”:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria; § 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3o desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante. § 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território; Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental (BRASIL, 2004, p. 125).

A ampliação de modalidades e a definição do CAPS com um serviço ambulatorial distanciam esse mecanismo das experiências locais e regionais aos quais eles estavam anteriormente relacionados, situando-o muito mais como serviço clínico, terapêutico e médico do que antimanicomial. A partir dessa normativa, os Centros de Atendimento Psicossocial adquirem por designação a lógica da territorialização, limitando-se conforme o tamanho da população e desempenhando o “papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial” (BRASIL, 2004, p. 126).

Entre as responsabilidades descritas pela portaria, cabe agora ao CAPS supervisionar tanto as unidades hospitalares psiquiátricas como as equipes de atenção básica, assistindo os pacientes diariamente e promovendo ações voltadas para o atendimento individual, grupal e familiar. As atividades de atendimento desenvolvidas pelo CAPS incluem tratamento medicamentoso, psicoterápico, atividades de suporte social, oficinas terapêuticas e atividades comunitárias com foco na “integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar

e social” (BRASIL, 2004, p. 128). Para executar tais atividades, todas as diferentes modalidades contam com uma equipe técnica formada por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, pedagogos, auxiliares, técnicos administrativos e educacionais (BRASIL, 2004).

A única modalidade com funcionamento 24h, todos os dias da semana, e que admite um regime de curta internação é o CAPS III, no qual o usuário pode permanecer na unidade no período noturno por até sete dias corridos ou dez dias intercalados dentro de um mês. Além das três modalidades de CAPS diferenciadas por ordem de porte e abrangência populacional, são criados o CAPSi II e o CAPSad II, direcionados a públicos específicos.

O CAPSi II é voltado para crianças e adolescentes, sendo a única modalidade que permite a implementação segundo critérios epidemiológicos e conforme o gestor local do SUS decidir, independente dos critérios populacionais fixados. É, também, a única modalidade que permite a atuação de outras especialidades médicas com formação em saúde mental, como neurologista e pediatra (BRASIL, 2004).

Já o CAPSad II é destinado ao “atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas” possuindo as mesmas atribuições do CAPS II. A especificidade desta modalidade está na manutenção de alguns leitos para desintoxicação e repouso e na articulação com os Conselho Municipal de Entorpecentes (BRASIL, 2004, p. 135).

Yasui (2010) destaca que essa normativa surge como desdobramento da CNSM- III que define o CAPS como estratégia central. Dentre as problemáticas levantadas pelo autor, podemos citar o modelo de financiamento que não deixa de remunerar os serviços prestados pelos CAPS a partir do diagnóstico psiquiátrico. Apesar da portaria contribuir para a ampliação dos serviços dos CAPS, incorre-se ainda o risco, segundo o autor, de “no lugar de um processo de transformação assistencial, norteado por princípios éticos, termos a reprodução de minimanicômios de portas abertas e mentes fechadas. Apenas uma psiquiatria reformada.” (YASUI, 2010, p. 68-69).

O autor chama também a atenção para o processo que ocorreu na Europa e nos EUA, onde as medidas adotadas de *desinstitucionalização* têm como consequência apenas a *desospitalização*, gerando um “circuito autoalimentado, em que a segregação em uma instituição total foi substituída pela dinâmica da circulação entre serviços especializados, pontuais e fragmentados” (YASUI, 2010, p. 67).

A hipótese da criação de *circuito* de serviços especializados em Saúde Mental pôde ser confirmada mais tarde com a estruturação da “Rede de Atenção Psicossocial” e com a adoção

da lógica da territorialização como estratégia central desse sistema. Em função disto, o CAPS se torna cada vez mais objeto de regulamentações e é o mecanismo privilegiado da reestruturação psiquiátrica.

Até 2010, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades contaram com incentivos financeiros, planos de implementação e plano de qualificação da equipe profissional. Após este período, os incentivos financeiros aos CAPS são disponibilizados à medida que estes vão sendo habilitados conforme o plano de ação regional de cada estado da federação, seis portarias são editadas nesse sentido: duas em 2014, três em 2016 e uma em 2017.

As demais normativas de reestruturação do CAPS, durante o período estudado, foram direcionadas ao fortalecimento do CAPSad voltado para atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Ao menos cinco portarias foram publicadas a fim de fortalecer a assistência voltada a esse público. Por meio delas, buscava-se direcionar recursos para o CAPSad e para estratégia de redução de danos. Em decorrência disto, o CAPS I e o CAPSi também passaram a realizar procedimentos relacionados aos usuários de álcool e drogas.

Em 2010 foi criado o CAPS AD III:

[...] estabelecimento destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana (BRASIL, 2010, p. 212).

O CAPSad III estabelece uma articulação direta com a Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Sua principal função é ser um dispositivo de atenção à *crise*, por meio da disponibilização de leitos para intervenções em momentos em que a *crise* de abstinência ou intoxicação ocorra:

III - ATIVIDADES: g) acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com, no mínimo, 8 (oito) e, no máximo, 12 (doze) leitos, para realizar intervenções a situações de crise (abstinência e/ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave e comorbidades) e, também, repouso e/ou observação (BRASIL, 2010, p. 2017).

Essa modalidade é destinada aos municípios com população mínima de 200.000 mil habitantes ou pólos regionais municipais que somem esse valor, privilegiando municípios que tenham uma rede já estruturada de serviços, especialmente de urgência e emergência. O Município-Sede deve ainda contar com Hospital Geral de Referência “que funcione como apoio qualificado a usuários que apresentem quadros de abstinência, intoxicação aguda ou agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas”. As internações nesta modalidade

podem durar até 10 dias corridos ou 14 intercalados dentro de um mês (BRASIL, 2010, p. 2016).

O CAPSad III é redefinido em 2012, dentre as mudanças geradas está a autorização para acolhimento de crianças e adolescentes e a ampliação do tempo de permanência para 14 dias corridos. Os leitos de curta permanência são destinados não apenas para intervenções, mas para abrigamento e proteção do usuário e da família em momentos de *crises*. Caso a equipe de atendimento julgue necessário a permanência superior ao período permitido o usuário é encaminhado a alguma Unidade de Acolhimento (BRASIL, 2012, p. 02).

As últimas mudanças legislativas colocam em funcionamento uma nova modalidade, o CAPSad IV destinado às “cenas abertas de uso de drogas” em municípios com mais de 500.000 habitantes. Essa normativa, mesmo prevendo estruturas próprias para a internação, como leitos de observação, posto de enfermagem e equipe plantonista, não especifica o tempo de permanência permitido na unidade e não traz qualquer menção à abordagem comunitária, apenas à atividade de reinserção psicossocial.

Desse modo, observamos um direcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial em função de grupos específicos, como os “usuários de álcool e drogas”, “usuários de crack” e “crianças e adolescentes”. Esses grupos cada vez mais associados à compreensão do uso de drogas, especialmente entre crianças e adolescentes, como perigo e risco epidemiológico, vem alterando estruturalmente o CAPS.

Inicialmente, apesar de distintos em sua concepção, tanto o NAPS como o CAPS articulavam-se sob uma nova visão acerca do sujeito portador de transtornos mentais que retirava a exclusividade da psiquiatria no tratamento das PPTM. Atualmente, o CAPS desenvolve atividades culturais, pedagógicas e psicoterápicas voltadas para a reinserção social na comunidade e no núcleo familiar do usuário, compreendendo que o sujeito em tratamento não se reduz ao diagnóstico psiquiátrico e que a internação é o recurso último Rede de Atenção Psicossocial.

Nesse sentido, o CAPSad é a modalidade que mais tem se distanciado dos princípios norteadores que regem o funcionamento das demais modalidades de Centro de Atenção Psicossocial. O aumento do período de curta internação, os locais estratégicos onde o CAPSad vem sendo inserido, sua articulação com outras redes de atenção e instituições de “residência transitória” conduzem esse componente a exercer a função estratégica de controle epidemiológico dos sujeitos supostamente transtornados em decorrência do uso de crack, álcool e drogas, especialmente por meio da condução dos indivíduos em *crise* para instituições de confinamento.

Enfim, é inegável a distinção do Centros de Atenção Psicossocial da psiquiatria asilar. No entanto, apesar de o CAPS constituir-se como alternativa aos hospitais psiquiátricos, ele não deixa também de medicalizar e de ampliar a atuação do dispositivo psiquiátrico em razão não mais da cura das doenças mentais, mas da promoção da saúde, do controle epidemiológico, do manejo da *crise*.

3.1.2 A reestruturação hospitalar

Em 1990, o Ministério da Saúde, principalmente por meio da Secretaria Nacional da Assistência à Saúde, formulou diretrizes e normas que regulamentam os serviços de saúde mental no país. Apesar do projeto de lei que previa a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos estar em discussão e das legislações aprovadas em âmbito estadual, o governo federal não tinha como objetivo a transformação radical do sistema de saúde mental, mas a sua reestruturação através da diversificação dos serviços oferecidos e dos padrões mínimos para o seu funcionamento.

Nesse momento, as diretrizes do MS orientavam-se pela percepção de que era preciso humanizar a assistência psiquiátrica, através da retirada dos elementos asilares e repressivos que faziam do hospital psiquiátrico um mecanismo de violação de direitos:

[...] Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações: – está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes); – deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; – deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes; – os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo órgão gestor local (BRASIL, 2004, p. 251)

Essas diretrizes fazem parte da PRT nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que criou parâmetros para todo o sistema de saúde mental no país. Na época, a assistência psiquiátrica, composta predominantemente por hospitais psiquiátricos, passou a abranger outros serviços como os centros de saúde, ambulatórios, serviço de urgência em hospitais gerais, hospitais-dia, unidades de psiquiatria em hospitais gerais e CAPS/NAPS. A PRT SNAS nº 224/1992 insere a abordagem comunitária, a assistência multiprofissional e a territorialização como princípios norteadores da assistência psiquiátrica.

O hospital psiquiátrico, apontado como *locus* da violência institucional, passou a ser alvo de mecanismos de fiscalização e avaliação. Para isso, foram criados os Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP). O GAP era composto por representantes do SUS, da associação de usuários e familiares, vigilância sanitária, prestadores de serviço e conselhos

profissionais e tinha como atribuição supervisionar todas as unidades de saúde mental, priorizando a vistoria e a avaliação de hospitais psiquiátricos, tendo em vista o processo em curso de reestruturação da assistência psiquiátrica.

Apesar do período de 1991 – 2003 concentrar a intensidade do processo da Reforma Psiquiátrica, como aponta o documento do MS (BRASIL, 2004), as primeiras normativas parecem não capturar a radicalidade proposta pelo movimento antimanicomial que desde 1987 reivindica uma “sociedade sem manicômios”. As primeiras portarias que surgem na década de 1990 apresentam-se como instrumento conciliador e catalisador das lutas sociais pela RP, já que regulamentam os serviços comunitários e a assistência hospitalar sem abrir mão do hospital psiquiátrico como recurso.

Os hospitais psiquiátricos têm efetivamente sua capacidade reduzida após a promulgação da lei 10.216/2001 por meio de dois programas específicos: Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.

Os dois programas encontram coerência com o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria que realiza periodicamente a fiscalização e supervisão das unidades hospitalares. As irregularidades encontradas pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH) são critérios para o descredenciamento de leito – SUS em hospitais psiquiátricos, podendo gerar o descredenciamento de toda a unidade. Já o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar estabeleceu um plano objetivo para redução de leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando a manutenção de hospitais de médio e pequeno porte. Desse modo, o atendimento hospitalar psiquiátrico não deixa de integrar a rede diversificada de serviços da Saúde Mental, mas tem seu potencial de atendimento cada vez mais limitado.

Esse processo de reestruturação hospitalar é acompanhado de medidas que ampliam a oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (HG). Os chamados Serviços de Referência Hospitalar (SRH) surgem a partir dos programas direcionados aos “usuários de álcool e drogas” e são mais tarde incorporados como mecanismos estratégicos para a sustentação da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2010). O HG pode manter leitos psiquiátricos, unidades psiquiátricas ou leitos de saúde mental para internações de curta duração, ou seja, aquelas destinadas à estabilização medicamentosa e à observação dos sujeitos atendidos.

Outra normativa importante para pensarmos esse processo de reestruturação é a PRT Gabinete do Ministro (GM)/MS nº 2391, de 26 de dezembro de 2002, que estabeleceu critérios para comunicação das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI) ao Ministério Público (MP).

Na contramão dos programas que vinham revisando a situação dos hospitais psiquiátricos no país, essa normativa ampliou as modalidades de internação abrindo a possibilidade das Internações Voluntárias tornarem-se Involuntárias (IPVI). Apenas a internação compulsória, aquela decidida pelo poder judiciário, não é objeto desta regulamentação:

[Art. 3º] Estabelecer que ficam caracterizadas quatro modalidades de internação:[Art. 3º, I] Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI); [Art. 3º, II] Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV), [Art. 3º, III] Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI), [Art. 3º, IV] Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC)...Art. 3º, § 3º] A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação. (BRASIL, 2004).

Segundo essa normativa, a comunicação das IPV e IPVI deve ser realizada ao Ministério Público Estadual (MPE) no prazo de 72 horas, contendo em anexo laudo do médico especialista, motivos da internação e da recusa do paciente, CID, dados do paciente e do estabelecimento. Já em relação às internações voluntárias (IPV) é solicitado o encaminhamento do termo de consentimento do paciente.

O documento também estabelece que compete ao gestor local do SUS a criação de uma comissão revisora composta pelo MPE, um psiquiatra e um profissional de nível superior da área de saúde mental, para revisão, confirmação e até suspensão das internações julgadas inadequadas. Na prática, essa medida estabelece os limites da atuação do dispositivo psiquiátrico, ao mesmo tempo que amplia a capacidade de decisão do judiciário. Como dito anteriormente, a psiquiatria não deixa de ser o referencial técnico para que as internações ocorram, pois, a maioria dos serviços em saúde mental impescinde do diagnóstico psiquiátrico. Contudo, a decisão soberana pela internação encontrou no MPE um limite, cuja a atuação pode validar ou não o ato médico.

Enfim, as mudanças realizadas pelo governo federal e pelo aparelho jurídico reduzem as internações características da psiquiatria asilar, diminuindo a quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos e o tempo das internações nos demais serviços. Todavia, ao passo que os leitos em hospitais psiquiátricos são reduzidos, novos leitos são abertos em hospitais gerais, CAPS e hospital-dia. Aliados ao controle químico, esses leitos para internações de curta duração voltados para atenção à *crise* não parecem distanciar-se do sentido último da internação asilar, a disciplinarização, já que também possuem a especificidade de servirem como porta de entrada para o circuito do sistema de saúde mental.

A despeito dos hospitais psiquiátricos no Brasil, vale ressaltar alguns dados do trabalho de fiscalização realizado pelo Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Nacional do Ministério Público e Ministério Público

do Trabalho. A inspeção nacional realizada em 2018 em 40 hospitais psiquiátricos identificou graves indícios de violações de direitos e maus-tratos em quase todas as unidades fiscalizadas. Segundo o relatório, 8 hospitais possuíam mais leitos funcionando do que o cadastrado em 2018 pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 12 não possuíam alvará ou licença sanitária e 9 não apresentaram informações sobre os documentos solicitados. O levantamento realizado através do CNES identificou 131 hospitais psiquiátricos cadastrados com disponibilidade de 18.459 leitos (15.676 leitos – SUS) atuando no país em 2018. O relatório também apontou que algumas unidades estavam realizando reformas para ampliação de leitos, destinados a intercorrências clínicas e para internação de adolescentes (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al., 2020).

Além disso, o relatório registrou que a maioria das pessoas internadas são do sexo masculino e que há registros de pessoas em internações de longa permanência em 33 estabelecimentos inspecionados, somando um percentual de 82,5% das pessoas internadas, sendo que, em seis hospitais a proporção de moradores supera 50% das internações psiquiátricas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al, 2020).

A situação encontrada nos hospitais psiquiátricos e o reposicionamento do CAPS, levou a necessidade de implementação de novos serviços que pudessem atender e realocar os sujeitos por longo períodos internados. Os serviços de desinstitucionalização constituem-se como importantes mecanismos para a continuidade da RP e para o desmonte efetivo do parque hospitalar.

3.1.3. Desinstitucionalização e o surgimento dos Serviços de Residências terapêuticas

A desinstitucionalização, como mencionado anteriormente, é um conceito chave para a Reforma Psiquiátrica. Durante a história do processo de RP empregado no Brasil, a desinstitucionalização adquiriu diferentes dimensões. Em um primeiro momento, ligada às reformas intra-asilares procurou-se a humanização da assistência hospitalar através da retirada dos elementos repressivos que compunham a arquitetura institucional. Após a aprovação da lei da RP, as reformas em campo aproximaram a desinstitucionalização de um processo de desospitalização, no sentido da retirada das pessoas institucionalizadas do ambiente hospitalar.

As primeiras iniciativas nesse sentido buscavam cumprir as diretrizes da portaria nº 224/1992, no entanto, sem romper com a estrutura hospitalar. É o caso dos chamados Lares Abrigados que foram implantados ainda nos de 1990. Os Lares Abrigados são estruturas residenciais destinadas às pessoas por longo período internadas, podem estar construídos dentro ou fora dos muros do hospital, permitindo que as pessoas vivam a rotina hospitalar de uma

forma menos “asilar”. Com isso, as pessoas residentes dos Lares Abrigados perdem o status de “internadas” e se tornam moradores permanentes da instituição (CAMARGO, 2017; DEL SARTO, 2020).

A II CNSM, realizada em dezembro de 1992, ressalta a importância dos Lares Abrigados como mecanismos estratégicos para reestruturação psiquiátrica. Esse serviço é incorporado e modificado pelo governo federal a partir da PRT GM/MS nº106, de 11 de fevereiro de 2000, que considerando a “necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando a redução das internações em hospitais psiquiátricos” cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental (SRT) (BRASIL, 2004, p. 100).

As SRTs são entendidas como moradias ou casas, preferencialmente, inseridas na comunidade, destinadas a cuidar das pessoas portadoras de transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas de longa permanência e que perderam vínculo familiar e social. Segundo o Art. 2º da portaria nº 106, as SRTs são definidas como uma “modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada”, de modo que a cada transferência dos hospitais psiquiátricos para as SRTs o mesmo número de leitos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros das internações deve ser realocado para a “rede substitutiva de cuidados em saúde mental” (BRASIL, 2004, p. 100).

Dentre os serviços em saúde mental, os SRTs são os primeiros que se definem expressamente como substitutivos às internações psiquiátricas prolongadas e que criam uma estratégia eficiente para o desmonte de leitos em hospitais psiquiátricos. Essa estratégia indica a preferência do governo federal pela manutenção de leitos de curta e média duração, compreendendo a internação como um momento do tratamento psiquiátrico em detrimento dos leitos de longa duração localizados em hospitais especializados, considerados asilares, ultrapassados e desumanizados.

Dessa maneira, as SRTs, mesmo que definidas como um serviço substitutivo às internações, são caracterizadas de forma distinta. Segundo a PRT citada, as SRTs atuam como unidade de suporte e configuram-se como serviços de moradia construídos fora das dependências do hospital, contando com a atuação de cuidadores e enfermeiros que devem promover a reinserção social. As SRTs devem também estar subordinadas ao ambulatório especializado em saúde mental mais próximo.

Segundo o documento de responsabilidade do Ministério da Saúde “Residências Terapêuticas, o que são, para que servem”, os SRTs somam-se a outros serviços de desinstitucionalização como os programas “De volta Para Casa” e “Programa de Reestruturação

dos Hospitais Psiquiátricos” (PRH), constituindo-se como alternativa de moradia não apenas para pessoas em internações psiquiátricas de longa permanência, mas também a egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), pessoas em acompanhamento nos CAPS e moradores de rua com transtornos mentais severos acompanhados pelo CAPS (BRASÍL, 2004).

Inicialmente, voltadas à reinserção social, as SRTs alinham-se a outras medidas que objetivam a desinstitucionalização, como o auxílio-reabilitação psicossocial que é um benefício financeiro destinado aos pacientes egressos de instituições psiquiátricas que passaram por internações de longa duração. A SRT tem seu potencial de alcance aumentado em 2011 através da PRT nº 3.090 GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que altera a portaria do ano 2000 e estabelece parâmetros mais específicos para o repasse de recursos mensais e incentivo à implementação das SRTs.

O auxílio reabilitação psicossocial faz parte do Programa de Volta para Casa (PVC) do MS que incentiva os programas de moradia para pessoas hospitalizadas. Após a lei da RP, o auxílio reabilitação psicossocial é a segunda e última medida atualmente destinada as PPT regulamentada por legislação federal.

A lei 10.708, de 31 de julho de 2003, que regulamenta esse benefício é de autoria do poder executivo e tramitou em regime de urgência na Câmara dos deputados, sendo aprovada sem entraves poucos meses depois da sua apresentação. No relatório do projeto é apresentada a mensagem encaminhada pelo Ministro de Estado Chefe da Casa de Civil que ressalta:

Trata-se de medida que irá atender a um segmento da população brasileira quase integralmente desprovido de meios de amparo social e dos benefícios assegurados na legislação que dispõe sobre o bem-estar social e proteção do trabalho. Na rede assistencial do Sistema Único de Saúde, atualmente com cerca de 55.000 leitos em hospitais psiquiátricos, estima-se que cerca de 30% destes sejam ocupados por clientela dita "cativa", pacientes sem necessidade de tratamento em regime de internação, mas também sem possibilidades atuais de reinserção familiar e social, pela perda de vínculos ou dificuldades sócio-econômicas de suas famílias de origem (BRASÍLIA, 2003, p. 32086).

Contudo, o auxílio psicossocial e as SRTs, apesar de destinada aos PPTM egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos, passaram a abarcar outra parcela da população identificada como PPTM e carente de moradia e, com isso, corre-se o risco das SRTs perderem-se da perspectiva de desinstitucionalização para se tornarem mais um serviço de captação do dispositivo da SM.

3.2. Política de drogas e o sistema de saúde mental

A problemática do uso de álcool e drogas está historicamente posicionada em um ponto de intersecção entre a justiça criminal e o dispositivo psiquiátrico. No entanto, até a metade do século XIX, o consumo de álcool e drogas não era propriamente um crime, inclusive, segundo o código penal de 1940, seu uso poderia inocentar ou diminuir a pena do acusado em casos nos quais fosse constatada a “embriaguez” e, em razão disso, a “incapacidade” do embriagado de reconhecer o crime cometido. Na realidade, a questão do uso de álcool e drogas aparece inicialmente associado ao campo psiquiátrico.

A primeira legislação direcionada especificamente a questão do “álcool e drogas” é o Decreto – Lei nº 891 de 1938 – “Lei de Fiscalização de Entorpecentes”, que considerava a “toxicomania” e “intoxicação habitual” como doenças de internação psiquiátrica compulsória. Segundo esse decreto, as internações podiam ser realizadas por autoridades policiais, pela instância sanitária ou a pedido de familiares, cabendo ao Juiz decidir sobre a internação. Assim, mesmo o uso de álcool e drogas estando associado a doenças mentais, quem detinha o poder de decisão sobre a internação era o sistema judiciário:

Artigo 29. Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não. § 1º A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial... § 4º Nos casos urgentes poderá ser feita pela polícia a prévia e imediata internação fundada no laudo do exame, embora sumário, efetuado por dois médicos idôneos, instaurando-se a seguir o processo judicial, na forma do § 1º deste artigo, dentro do prazo máximo de cinco dias, contados a partir da internação. § 5º A internação prévia poderá também ser ordenada pelo juiz competente, quando os peritos, por ele nomeados, a considerarem necessária a observação médico legal. § 6º A internação se fará em hospital oficial para psicopatas ou estabelecimento hospitalar particular submetido à fiscalização oficial (BRASIL, 1938).

A legislação fazia do Juiz a instância máxima do processo de internação a quem o poder psiquiátrico servia de referência técnica. Desse modo, laudos, atestados e listas de controle se tornam objeto para avaliação jurídica do processo de internação. Da porta para dentro do hospital quem reinava era a psiquiatria, do lado de fora o poder policial/judicial. A solidariedade entre esses dois sistemas faz do hospital psiquiátrico no século XIX no país um grande aparato para políticas públicas de caráter higienista.

Isso se mostra presente no decreto nº 24.559/1934 que dispunha sobre “profilaxia mental e assistência psiquiátrica”, neste texto, a internação em qualquer caso de suspeita de “psicopatia,

toxicomania ou intoxicação habitual” podia ser solicitada pela autoridade policial, família, ordem judicial ou dispensário psiquiatra. Essas regulamentações assumem um caráter proibicionista e higienista em decorrência da influência dos movimentos higienista da década de 1920/1930.

Esse quadro é alterado em 1971 com a nova legislação que passa a dispor “sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências” (BRASIL, 1971). Essa legislação produz um corte entre usuários infratores e não-infratores, destinando os usuários não-infratores aos hospitais psiquiátricos. Esse corte fica mais evidente com lei nº 6.368 de 1976, que reformulou a legislação de 1971. Essa legislação também realiza um deslocamento em relação a lei de 1938, abrindo a possibilidade de tratamento extra-hospitalar segundo o quadro clínico do usuário:

Art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem. § 1º Quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço social competente (BRASIL, 1976).

Desta maneira, centralizada no “quadro clínico do dependente”, a escolha sobre o tratamento do usuário deixa de ser uma competência da esfera jurídica e passa a ser uma atribuição médica. Observamos também que nesta legislação o termo “toxicomania” e “viciados” desaparecem e abrem espaço para os “dependentes de substâncias”. Essas mudanças evidenciam o redirecionamento das legislações em decorrência da problemática das “drogas” que começa a ficar mais evidente nesse período. O uso do termo “dependentes” também assinala uma diferenciação em relação ao consumo generalizado de álcool e drogas.

No entanto, é a partir dos anos 2000 que se observa uma mudança significativa em relação ao conteúdo das políticas sobre droga no país e sua inserção de forma mais contundente no sistema de saúde mental. Isso ocorre a partir da “Política Nacional Antidrogas” (2002) que, no que se refere ao tratamento aos “usuários de álcool e drogas”, alinha-se aos princípios da recém promulgada lei da Reforma Psiquiátrica. Porém, essa política assinala forma antagônica o posicionamento proibicionista do governo brasileiro em relação às drogas, pois, a legislação ao mesmo tempo que abre a possibilidade de tratamentos menos asilares aos usuários e insere a abordagem da redução de danos, intensifica a repressão e criminalização da produção, tráfico e porte de drogas.

A lei 10.409, de 11 de janeiro de 2002, que regulamenta a “Política Nacional Antidrogas” apresenta o uso de álcool e drogas como ameaça à sociedade relacionando-o aos

altos índices de violência no país, embaçando as linhas que separavam o usuário do dependente e estes dos infratores. Em relação ao sistema de saúde mental, essa política estimula uma série de regulamentações que ampliam a rede de atenção psiquiátrica em direção ao atendimento dos usuários de álcool e drogas orientada para redução de danos e abordagem comunitária.

A estratégia condutora desse processo foi o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Drogas”³⁵, criado em 2002, que passou a reconhecer a questão do consumo de álcool e drogas como “grave problema de saúde pública”.

Para solucionar esse problema, o programa desenvolve ações articuladas entre os entes federativos a fim de implantar uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares, tendo como base o CAPSad.

Soma-se ao programa, uma série de normativa que inclui novos procedimentos e serviços direcionados a essa população. Como, por exemplo, a inclusão na tabela de procedimentos do SUS de serviços de internação em hospitais gerais voltados exclusivamente para os “usuários de drogas”. Entre os procedimentos criados está a “Internação para Tratamento de Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e/ou Outras Drogas” e “Internação para Tratamento de Síndrome de Abstinência por Uso Prejudicial de Álcool e Drogas”³⁶. As normativas desse período também buscaram efetivar a rede de atenção comunitária direcionada aos usuários de drogas, por meio do planejamento regional de implementação do CAPSad, levando-se em consideração aspectos populacionais e epidemiológicos³⁷. Nesse momento, as normativas privilegiam o uso dos termos “reabilitação e reinserção social” ao invés da “atenção psicossocial”.

O “Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” é reformulado em 2004, apontando o uso de álcool como uma problemática mais evidente. A partir dessa reformulação, cada serviço que compunha o programa assumiu uma função específica³⁸. A atenção básica coube o papel de elaborar práticas terapêuticas, preventivas e educativas por meio de intervenções breves voltadas para redução ou cessação do consumo e o encaminhamento para intervenções em ambientes especializados. Já o CAPSad, ambulatórios e outras unidades especializadas ficaram responsáveis pela oferta de cuidados no âmbito da reabilitação psicossocial, onde ações de carácter educativo, cultural, psicoterápico voltam-se para estratégias de integração e reinserção social. Aos Serviços Hospitalares de Referência para

³⁵ PRT GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002.

³⁶ PRT GM/MS nº 817, de 30 de abril de 2002.

³⁷ PRT SAS nº 305, de 03 de maio de 2002.

³⁸ PRT GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004.

usuários de álcool e drogas instalados em hospitais gerais (SHRad) competia integrar a rede assistencial de urgência e emergência respeitando as premissas do SUS e a lógica territorial, como “suporte para internações de curta ou curtíssima permanência” (BRASIL, 2004, p. 88).

Já a lei nº11.343 de 23 de agosto de 2006 estabelece um novo marco para a política de drogas no país. A “Nova” lei de drogas, apesar de situar o usuário como objeto de intervenção da área da saúde e o tráfico como assunto da justiça criminal, tornou mais tênue a linha divisória entre “traficante” e “usuário”, e, com isso, intensificou o encarceramento. A “Nova lei” elimina a pena de prisão para usuários, sem efetivamente descriminalizar o uso, deixando a cargo do sistema de justiça criminal a diferenciação do traficante do usuário (CAMPOS; ALVAREZ, 2017).

Por outro lado, a assistência ao usuário não deixou de ser ampliada, especialmente, através “Plano Emergencial de Ampliação do acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009 – 2010). O PEAD surge frente ao:

[...] “cenário epidemiológico recente, que mostra a expansão no Brasil do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (pasta-base, crack, merla) e inalantes, que se associa ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens” (BRASIL, 2010, p. 167).

Considerando esse cenário, os serviços da saúde mental direcionados aos usuários de álcool e drogas passam a priorizar ações voltadas para crianças e adolescentes. Em razão disto, as normativas do MS buscaram regulamentar as estratégias do PEAD de expansão e agrupamento dos serviços já existentes, por meio dos programas de implementação e expansão do CAPSad III, política de abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, construção de mecanismos para acolhimento na rede de urgência e emergência e a inserção de experiências de acolhimento transitório. Com isso, o PEAD abre espaço para inserção das “Comunidades Terapêuticas” (CTs), que atendem principalmente pessoas que fazem uso de drogas (mas não exclusivamente) na assistência psicossocial (BRASIL, 2010, p. 171).

A política iniciada pelo PEAD soma-se ao “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, criado pelo governo federal em 2010, sob a responsabilidade do Ministério da Justiça. O plano propôs a articulação permanente entre as políticas da área da saúde, assistência social, segurança pública, educação, cultura, direitos humanos e de juventude, dando diretrizes a rede de atenção aos usuários e inserindo as CTs parte do projeto. Em 2011, a portaria que regulamenta a RAPS incluiu as Comunidades Terapêuticas dentre os Serviços de Atenção em Regime Residencial.

Logo, como parte do sistema assistencial do MS, as CTS passaram a contar com diversos incentivos financeiros para sua ampliação³⁹: Em 2016 a Secretaria de Atenção à Saúde/MS incluiu as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), integrando as CTs à rede complementar de atenção à saúde e tornando-as elegíveis para recebimento de recursos do Sistema Único de Saúde.

Atualmente as CTS formam no país um grande arquipélago institucional, muitas vezes administradas por entidades religiosas, as CTs combinam tratamento médico com a rotina de obrigações religiosas. Segundo o “Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas” (2018), as CTS possuem vários indícios que a caracterizam como local de asilamento e que violam direitos fundamentais. Em muitos estabelecimentos a inspeção verificou a instalação desses estabelecimentos em lugares de difícil acesso, a presença de grades e muros que impedem a livre saída, a prática de retenção de documentos e pertences dos usuários e violação e controle das correspondências e telefonemas. O relatório apontou que:

Em 16 dos locais inspecionados foram identificadas práticas de castigo e punição a internos. Essas sanções variam entre a obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, a perda de refeições e a violência física. Também foram identificadas práticas como isolamento por longos períodos, privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos) – todas elas podem ser caracterizadas como práticas de tortura e tratamento cruel ou degradante, de acordo com a legislação brasileira. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al., 2018, p. 14).

Esse trabalho de inspeção, que vistoriou 28 CTs em todas as regiões do Brasil, também apontou o uso de “internações involuntárias” sem apresentação de laudo e documentação médica, apesar da medicalização dos internos. Ainda mais problemático é o uso das internações compulsórias, já que a lei 10.216/01 não autoriza a internação compulsória à revelia do judiciário, na realidade, ela encontra espaço na lei penal que lhe serve de referência e que autoriza a internação compulsória em casos em que as pessoas são consideradas inimputáveis. No entanto, o relatório revelou que as IC têm sido usadas à revelia do judiciária, como é o caso relatado sobre uma Comunidade Terapêutica do Rio de Janeiro (RJ):

Afirmou que na maior parte dos casos os pacientes são trazidos por suas famílias, mas que também já receberam internos encaminhados pela justiça, pelo Ministério Público Estadual de Nilópolis e indicados pelo Caps de Nova Iguaçu. Afirmou, ademais, que realizam internação compulsória (em torno de seis ou sete dos internos). Entre os que foram internados nessa modalidade, existem dois adolescentes: um de 13 anos e outro de 17 anos, ambos por ordem judicial. (RJ 01 – Crisameta – Nova Iguaçu) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al., 2018, p. 69).

³⁹ Portaria MS/GM nº 131/2012

Desse modo, observamos no sistema de saúde mental uma série de mecanismos e estratégias disciplinares que parecem redirecionar o sistema em função da ampliação dos espaços para internação. Isso se torna mais evidente com a captação na normativas do MS de elementos que associam o uso de álcool e drogas a comportamentos potencialmente de *riscos*. Nesse sentido, destacamos o uso problemática das diferentes modalidades de internação, principalmente, da IC que têm sido utilizadas para obrigar o tratamento forçado de pessoa usuárias de drogas, inclusive em Comunidades Terapêuticas. Somado a isso, destacamos que a expansão das CTs no país e outros serviços de internação, inicialmente destinado aos usuários, escancaram possivelmente a reativação do antigo modelo de atendimento asilar que passa a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial.

3.3 A Rede de Atenção Psicossocial e o *circuito* terapêutico

Como dito anteriormente, a política de saúde mental do país é atualmente sistematizada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que articula os serviços sob o eixo temático da atenção psicossocial. A portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2001, que institui a RAPS no âmbito do SUS, considerando a trajetória de normas produzidas pelo MS, coloca ênfase nos serviços de base comunitária e territorial, privilegiando ações de caráter intersetorial e voltadas para reinserção social, com objetivo mais amplo de garantir acesso ao tratamento pelo usuários e seu familiares nos diversos pontos que compõem as redes da área da saúde, como atenção básica e a rede de urgência e emergência:

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011)

Conforme os objetivo geral e específicos destacados pela legislação (BRASIL, 2011), a RAPS utiliza-se direciona-se para alguns grupos específicos como usuários de drogas, através da política de prevenção e a redução de danos e a promoção de cuidados em saúde “especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas)” (BRASIL, 2011, p. 03).

A RAPS compreende vários serviços em saúde mental organizados em sete eixos principais: atenção básica (Unidade Básica, Centros de Convivência, Equipe de consultórios de rua), atenção psicossocial especializadas (CAPS), atenção de urgência e emergência (SAMU,

sala de estabilização, UPA, portas hospitalares, Unidade básica), atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Recolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial), atenção hospitalar (enfermaria especializada em HG e SHRad), estratégias de desinstitucionalização (SRTs) e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Destaca-se também no interior dessa legislação a inserção de serviços de longa internação. Os hospitais psiquiátricos, por exemplo, apesar de não fazerem parte da RAPS, podem ser acionados em regiões onde os serviços da RAPS ainda não foram implantados. As Unidades de acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CTS, que admitem regimes de longa internação são inseridos na rede serviços com poucas especificações:

I- Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: 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).

A legislação também prevê um plano de implementação da RAPS em quatro fases, atribuindo as Secretarias Estaduais de Saúde a realização e elaboração de propostas regionais para sua execução. Esse quadro quase inalterado até meados de 2017, as demais normativas do MS após a instituição da RAPS não alteram as estruturas dos serviços já elaborados, concentrando-se mais no manejo e controle dos serviços existentes. Em 2017, a resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, inseriu os hospitais psiquiátricos especializados e as unidades psiquiátrica em hospitais gerais na Rede de Atenção Psicossocial e criou mais modalidade de CAPSad direcionado a “cenas de uso” e aos grandes centros urbanos.

Assim, observamos que o projeto de desmantelamento da rede hospitalar psiquiátrica implicou não só a expansão dos serviços assistenciais, mas também o aumento do número de leitos em hospitais gerais e nas modalidades de CAPS, como medida substitutiva e para ser usado em caráter de urgência e emergência. A lógica da internação psiquiátrica também é transportada para Comunidades Terapêuticas e para Manicômios Judiciários que funcionam na contramão das perspectivas empregadas pela Reforma Psiquiátrica. Se a loucura perdeu o hospício como espaço asilar privilegiado, em contrapartida, ganhou novas formas de captura em espaços diferenciados dentro dos serviços da rede assistencial da Saúde Mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Os anéis de uma serpente são mais complicados que os buracos de uma toupeira” (DELEUZE, 1992, p. 226)

Inicialmente, buscamos destacar as principais transformações no dispositivo psiquiátrico e as especificidades da prática da internação psiquiátrica através das análises realizadas por Foucault (2002;2006;2017). A prática da internação psiquiátrica esteve associada a diversos momentos da história da loucura. Na antiguidade clássica, através da partilha entre razão e loucura, decreta-se a exclusão dos loucos do convívio social. Os antigos pestíferos são ocupados por uma série de personagem que carregam de forma confusa o signo da loucura, da pobreza e da marginalidade. Na modernidade, os asilos começam a ser preenchidos pela presença médica e, com isso, tornam-se espaços para tratamento e cura dos chamados alienados.

Na realidade, Foucault (2002;2006;2017) mostra um processo de captura da desrazão ou do delírio pelo discurso da razão até o momento em que a razão decreta, de forma unilateral, que não há razão na loucura e que a loucura é obstáculo que o erro impõe ao conhecimento. A loucura acaba sendo vista como mais perigosa do que o erro e o sonho.

Por cerca de três séculos a loucura capturada vai recair sobre o domínio do poder médico. O asilo vai ser o instrumento que permite o direcionamento do olhar médico não mais para o louco, mas para a loucura. Neste momento, o médico descobre a figura do doente por trás da loucura e desenvolve-se uma série de estratégias como observação clínica, classificações, vigilância, anotações, punições que vão ser ativadas tanto para questionar a verdade da loucura como para justificativa social do asilo e da psiquiatria.

Desse modo, Foucault mostra que não é possível pensar a loucura, o louco, o doente mental fora do quadro dos discursos e práticas que lhes dão sustentação e objetividade. Sendo assim, o asilo e a psiquiatria fabricam o louco, o doente mental e a loucura. Portanto, o que está em jogo é a hegemonia do poder psiquiátrico sobre o louco e suas formas de captura pela via da contenção, do sequestro, do tratamento e eventualmente da cura. A princípio, este poder se exerce na prática asilar e aos poucos vai passando para a sociedade inteira na forma da medicalização do social.

Outro aspecto importante deste quadro é o surgimento de tecnologias para a captura daqueles que não são passíveis de serem tratados ou curados e que o poder psiquiátrico não abre mão. É, em razão disto, que o poder psiquiátrico se articula ao poder judiciário e policial para administrar não apenas a questão da loucura, mas dos mínimos desvios de conduta que podem indicar ou não sinais de adoecimento mental. A prisão, o hospital, o manicômio judiciário, a

comunidade terapêutica, diversos espaços de confinamento, disciplinarização e punição são mobilizados em função da categorização do *risco* e do *perigo social* produzidos no campo de saber psiquiátrico. O instrumento mais potente deste complexo de poder/saber continua sendo o exame diagnóstico.

O exame diagnóstico, afirma Foucault (2006), consiste em uma série de procedimentos em torno da ausência de corpo. O discurso médico deixa de se interrogar sobre os sintomas e lesões orgânicas e recai sobre um sofrimento que não pode ser localizado em um órgão físico. Desta maneira, o poder psiquiátrico persiste direcionando-se para estratégias que buscam no corpo em sofrimento uma prova da loucura, seja através do histórico familiar ou das modernas análises acerca da composição genética e hormonal dos indivíduos. Ao que tudo indica, como aponta Caponi (2009):

[...] o processo de cura diretamente vinculado à restituição de condutas e valores morais, assim como o sobre-poder exercido pelo psiquiatra, parecem falar da persistência de um antigo modelo de poder, um modelo pré moderno e pré-capitalista, um resíduo do antigo poder soberano” (CAPONI, 2009, p.95).

Por outro lado, as transformações no campo do saber/poder médico psiquiátrico e na prática assistencial assinalam uma nova forma de politização das estratégias do dispositivo psiquiátrico. A retomada desse sistema de contenção-internação-medicalização, ao mesmo tempo resíduo do poder soberano e disciplinar, surge agora como mecanismo de controle social.

Os espaços de exclusão, antes convertidos em mecanismos disciplinares, na passagem para a sociedade moderna tornam-se espaços priorizados para a produção do saber médico psiquiátrico. Aliado ao discurso que emerge no interior da problemática do exame-médico legal, esse poder/saber psiquiátrico ampliou seu campo de ação e assumiu a função estratégica de higiene do corpo social. E, através disto, a prática da internação psiquiátrica pôde ser mobilizada para o controle e gestão daqueles classificados como *perigo* e *risco social* (FOUCAULT, 2002b, 1999).

Assim, pensando a trajetória da assistência psiquiátrica na sociedade brasileira identificamos alguns acontecimentos que mobilizam essa função de controle biopolítico das internações. Como alguns autores constataram, a psiquiatria asilar emerge no país utilizando-se do aparato jurídico e alinhada às estratégias de governo do Estado, como um amplo dispositivo de controle dos problemas urbanos e sociais (MACHADO et al. 1978; CUNHA, 1986)

As políticas de caráter higienista da metade do século XIX, ao mesmo tempo que ampliaram a assistência psiquiátrica, inserindo serviços de atenção de caráter aberto e comunitário, atenuaram o uso da internação como estratégia disciplinar e como mecanismo de controle social. A inserção de serviços extra-hospitalares junto ao parque hospitalar, assinalam o projeto psiquiátrico de construção de uma rede assistencial profilática. Somada as perspectivas do pensamento psiquiátrico preventivista e da abordagem comunitária, essa rede tem seu potencial de captura aumentado, especialmente, por meio do Decreto nº 24.359 de 1934. Nesse período, é possível afirmarmos que estabeleceu-se no país uma verdadeira política de internações.

A lei de 1934 assinalou alguns deslocamentos do campo psiquiátrico em relação às legislações anteriores que instituíram os primeiros hospícios no país. A partir deste momento, os hospícios assumiram um caráter médico, foram preenchidos pela presença de alienista e das tecnologias de ortopedia mental. Além disso, passaram a abrigar uma série de pessoas que antes não eram vistas como ameaça social, mas que de acordo com os preceitos morais passaram a ser consideradas inadequadas para o convívio social.

As tentativas de reformas interna dos hospitais psiquiátricos são frustradas por essa política que agravou a situação dos espaços de internação, denunciando a ineficácia terapêutica das instituições asilares. Apesar da constatação do asilo como mecanismo iatrogênico, esse cenário só começou a ser efetivamente alterado a partir do surgimento do movimento antimanicomial que escancara a violência perpetrada pela instituição asilar e a falácia terapêutica do dispositivo psiquiátrico.

No contexto de democratização do país, o discurso acerca da ineficácia terapêutica do hospício e sua constatação enquanto mecanismo de violação de direitos humanos contribuem para a cisão entre a estrutura asilar e o poder psiquiátrico. Ao mesmo tempo que a ênfase no manicômio alimenta a necessidade de abolição deste tipo de instituição, ela desloca a questão do domínio psiquiátrico para a questão do tratamento. Ou seja, o discurso acerca da supressão do dispositivo psiquiátrico é suplantado pela luta pelo desaparecimento da instituição asilar.

Essa cisão é produzida no contexto de surgimento do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. De um lado, os movimentos antimanicomiais procuram criar outros espaços e respostas para a loucura e, de outro, as entidades ligadas aos manicômios e a instituição psiquiátrica insistem na eficácia terapêutico do asilo. O marco que sela este processo de conciliação e silenciamento da perspectiva abolicionista é a aprovação da lei 10.216/01 que deixa de prever a extinção dos hospitais psiquiátricos e passa a dispor sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Apesar da extinção dos hospitais psiquiátrico permanecerem no horizonte da RP, especialmente, pela atuação do MNLA, isso torna-se cada vez mais distante, pois o discurso pela diversificação da oferta de tratamento não deixa de localizar a loucura na chave da doença mental. Assim, mesmo que a lei 10.216/01 tenha trazido alguns ganhos para a luta antimanicomial em termos de direitos sociais e proteção as PPTM, ao regulamentar as internações psiquiátricas oficializou a possibilidade para que elas ocorram sem estarem fixadas a um tipo de instituição específica.

É importante salientar o papel que as “Conferências Nacionais de Saúde Mental” possuem nesse processo. As CNSMs eram tidas como espaços para o debate sobre os rumos da política de saúde mental no país. Os encontros articulavam estratégias que deram corpo às normativas do Ministério da Saúde. As noções de *cuidado*, *atenção psicossocial*, *rede*, *atenção à crise*, *intersectorialidade* constituem importantes elementos discursivos para o processo de reestruturação psiquiátrica. As primeiras CNSM são essenciais para o surgimento e encaminhamento das pautas antimanicomiais, já a última CNSM realizada em 2010 é tomada por um corpo mais técnico do que popular e, com isso, passou a desenvolver pautas mais assistencialistas e institucionalizantes.

A legislação da RP ao regulamentar as internações psiquiátricas abriu espaço para que estas pudessem existir e serem usadas de forma diferencial nos serviços que compõe, mais tarde, a Rede de Atenção Psicossocial. Apesar disso, a internação continua como peça indispensável no interior do sistema assistencial psiquiátrico. Apesar da criação de mecanismos que asseguram a inviolabilidade dos direitos das PPTM, várias situações têm provocado o uso sistemático da internação, como: a mobilização da noção de *crise* para expansão de leitos destinado a internação psiquiátrica e o uso das internações compulsórias para tratamento forçado de usuários de drogas em Comunidades Terapêuticas, além das intervenções nas chamadas “Cracolândias”. Estes episódios permitem mobilizar a prática da internação, seja em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, manicômios judiciais ou comunidades terapêuticas, como um dispositivo de controle social.

Desse modo, mesmo que as políticas públicas atuais da área da saúde mental proponham a desinternação e o tratamento ambulatorial para a maioria dos casos diagnosticados, a noção de *risco* e *perigo* social permitem acionar o mecanismo da internação psiquiátrica, para disciplinarização e controle social. No campo da sociologia, a noção de *risco* é um modo de operação característico da sociedade contemporânea e baseia-se na avaliação de prejuízos futuros permitindo, com isso, ativar formas preventivas de controle (GIDDENS, 2000; BECK, 2010).

A noção de *risco* no vocabulário médico-psiquiátrico é referente a possibilidade de o indivíduo cometer agressão contra si, contra outros e contra a ordem pública, sendo estes, critérios para autorização das internações psiquiátricas, principalmente, as involuntárias e compulsórias. A noção de *risco*, portanto, constitui-se como um recurso operacional no interior do sistema da saúde mental. A partir da noção de *risco*, as internações podem ser acionadas para contenção temporária ou não dos indivíduos classificados como possivelmente violentos e agressivos (TABORDA et al., 2014).

Soma-se a este quadro as estratégias *comunitárias* e de *territorialização*. Apesar de emergirem como pautas do movimento antimanicomial, a forma como essas estratégias foram apropriadas pelo poder público na regulamentação da política de saúde mental potencializam o caráter biopolítico da internação.

Nos últimos dez anos a RAPS vem sofrendo diversas alterações por meio da introdução de serviços direcionados a grupos considerados prioritários ou de risco, como é o caso de crianças e adolescentes, usuários de drogas e pessoas em crise, especialmente, quando o uso de drogas é associado a crianças e adolescentes. O termo “usuário de crack” surge em 2010 e é utilizado como uma figura assombrosa pelo discurso psiquiátrico e midiático, reforçando a ideia de *perigo* e *risco* de comportamentos ligados pelo nosografia médica aos transtornos mentais.

Apesar do discurso proibicionista, a política adotada no campo da saúde mental foi a política de redução de danos, tendo como referência o CAPS Ad. Como estratégia desta política são criadas novas modalidades de CAPS com funcionamento 24h e mais leitos para internações. O uso de drogas e outros comportamentos considerados transtornos mentais são enquadrados em critérios epidemiológicos e os serviços da saúde mental pensados de acordo com perfis demográficos. Com isso, as internações psiquiátricas são acionadas não apenas levando-se em consideração o sujeito psiquiatrizado, mas todo o arcabouço de dados referentes a comunidade da qual o indivíduo participa.

A política de saúde mental se desloca em dois sentidos, primeiro, através da expansão dos mecanismos extra-asilares, multifuncionais e comunitários que atingem a população de forma territorializada. Por outro lado, através das instituições com características asilares onde a internação exerce dupla função, tanto de disciplinarização como de controle social.

Para Foucault (2008b, p.14) os aparelhos de disciplina fazem funcionar as velhas estruturas da disciplina. As antigas tecnologias de disciplina são distribuídas pelo território formando espaços de segurança com base na administração da população. É assim que operam as chamadas tecnologias de segurança. Segundo o autor (FOUCAULT, 2008), a *sociedade de segurança* surge em função dos problemas de escassez de alimentos e das revoltas populares

na Europa na passagem do século XVIII para o século XIX. Ela está calcada em outra forma de organização do espaço social, não mais da peste e nem da lepra; desenvolve-se no interior da *crise* criada pela epidemia da Varíola. A *epidemia*, o *risco*, a *crise* e o *surto* funcionam como mecanismos operadores da sociedade de segurança e da biopolítica. Nesse sentido, vale aqui lembrar a epidemia do Coronavírus no ano de 2020 e a expansão dos mecanismos contemporâneos de controle da população que produziram uma margem considerada aceitável de mortes.

Deleuze (1992) refletindo sobre este deslocamento da sociedade da disciplina para a sociedade da segurança no pensamento de Michel Foucault, afirma:

“[...] O que conta é que estamos no início de alguma coisa. No *regime das prisões*: a busca de penas “substitutivas”, ao menos para a pequena delinquência, e a utilização de coleiras eletrônicas que obrigam o condenado a ficar em casa em certas horas. No *regime das escolas*: as formas de controle contínuo, avaliação contínua, e a ação da formação permanente sobre a escola, o abandono correspondente de qualquer pesquisa na Universidade, a introdução da “empresa” em todos os níveis de escolaridade. No *regime dos hospitais*: a nova medicina “sem médico nem doente”, que resgata doentes potenciais e sujeitos à risco...” (DELEUZE, 1992, p.225, grifos do autor)

Segundo o autor (Deleuze, 1992) a *sociedade de controle* surge da *crise* do confinamento e ela dissolve o polo indivíduo/massa para assumir a linguagem da *cifra* e produzir o homem *endividado*. Nesta sociedade, as tecnologias de poder/saber da psiquiatria amparadas no sistema assistencial da saúde mental e no dispositivo da internação exercem-se de forma contínua, ilimitada, em rede, criando um *circuito terapêutico* infinito. Ao mesmo tempo que a possibilidade de um circuito popular comunitário de cuidados é *curta-circuitado* pelas práticas de internação e asilamento.

Contudo, ressaltamos que este campo de saber/poder permanece em constante disputa. Na atualidade, a atuação dos movimentos antimanicomiais e entidades ligadas, principalmente, aos profissionais da psicologia tem sido fundamental para limitar os avanços das medidas manicomiais por parte do governo federal. Para resgatarmos o projeto abolicionista, faz-se urgente pensarmos e cartografarmos as redes de solidariedade e resistências contemporâneas.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo, 2004.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

AGAMBEN, Giorgio. **O que é contemporâneo?** e outros ensaios. Santa Catarina: Argos, 2009.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2018, vol. 23, n. 06, p. 2067-2074. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 24 nov. 2020.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/A_CONSTITUI%C3%87%C3%83O_DE_NOVAS_PR%C3%81TICAS_NO_CAMPO_DA_ATEN%C3%87%C3%83O_PSICOSSOCIAL.pdf. Acesso em: 25 nov. 2020.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Machado de. **Papéis avulsos**. 2. ed. São Paulo: Martin Claret, 2013.

BBC NEWS. **Coronavírus**: 'país de maricas' e outras 8 frases de Bolsonaro sobre pandemia que matou 162 mil pessoas no Brasil. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54902608>. Acesso em: 23/11/2020

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34, 2010.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRASIL. **Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938**. Rio de Janeiro, 1938. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm#:~:text=Facilitar%2C%20instigar%20por%20atos%20ou,consumir%20subst%C3%A2ncias%20compreendidas%20no%20art. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 1.077 de 4 de dezembro de 1852**. Rio de Janeiro, 1852. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852->

558653-publicacaooriginal-81699-pe.html#:~:text=Approva%20e%20manda%20executar%20os%20Estatutos%20do%20Hospicio%20de%20Pedro%20Segundo.&text=Palacio%20do%20Rio%20de%20Janeiro,de%20Sua%20Magestade%20o%20Imperador. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903.** Rio de Janeiro, 1903. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 4.245 de 26 de agosto de 2002.** Brasília, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934.** Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 60.252 de 21 de fevereiro de 1967.** Brasília, 1967. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Diário da Câmara dos Deputados - Ano LVIII – Nº103 - Quinta-feira, 10 de julho de 2003.** Brasília, 2003. Disponível em: <https://imagem.camara.leg.br/diarios.asp?selCodColecaoCsv=D>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional - Ano XLIV- nº127 – Seção I, Sexta-feira, 29 de setembro de 1989.** Brasília, 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em 25 nov. 2020.

BRASIL. **Diário do Congresso Federal – Seção I, Ano XLV – nº51 – Terça-feira, 26 de maio de 1990.** Brasília, 1990. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Diário da Câmara dos Deputados – Seção I, Ano LIV - nº068 – Terça-feira, 20 de abril de 1999.** Brasília, 1999. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em 25 nov. 2020.

BRASIL. **Diário do Senado Federal – Ano XLVI – nº 6 – Terça-feira, 29 de fevereiro de 1991.** Brasília, 1991.

BRASIL. **Diário do Senado Federal – Ano LIII – nº167 – Terça-feira, 15 de dezembro de 1998.** Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971.** BRASÍLIA, 1971. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/19701979/L5726.htm#:~:text=LEI%20No%205.726%2C%20DE%2029%20DE%20OUTUBRO%20DE%201971.&text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20medidas%20preventivas%20e,ps%C3%ADquica%20e%20d%C3%A1%20o%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 25 nov. 2020

BRASIL. **Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976**. Brasília, 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm#:~:text=Revogada%20pela%20Lei%20n%C2%BA%2011.343%2C%20de%202006.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20medidas%20de%20preven%C3%A7%C3%A3o,ps%C3%ADquica%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em:

BRASIL. **Legislação em saúde mental 1990 – 2004**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Legislação em saúde mental 2004 – 2010**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Nota técnica 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020

BRASIL. **Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.727 de 24 de novembro de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017a**. Brasília, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017b**. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

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

CAMARGO, Michelle. **Dentre muros**: uma etnografia de um hospital psiquiátrico. 2017. p. 104. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ifch/dentre-muros-etnografia-sobre-hospital-psiquiatrico>. Acesso em: 25 nov. 2020.

CAMPOS, Marcelo da Silveira; ALVAREZ, Marcos César. **Pela metade: Implicações do dispositivo médico-criminal da “Nova” Lei de Drogas na cidade de São Paulo.** *Tempo soc.* [online]. 2017, vol.29, n.2, pp.45-74. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010320702017000200045&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 nov.2020

CAMPOS, Marcelo da Silveira. **Pela metade:** as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo. 2015. p. 313. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-31072015-151308/pt-br.php>. Acesso em: 25 nov. 2020.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados:** uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. 01, p. 95-103, 2009 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a15v14n1.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura:** o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

COLLIER, Sthefen. **Topologias de poder: a análise de Foucault sobre o governo político para além da “governamentalidade”.** *Rev. Bras. Ciênc. Polític.* n. 05, p. 245-284, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-33522011000100010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Hospitais psiquiátricos no Brasil:** relatório de inspeção nacional. 2. ed. Ministério Público do Trabalho, 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final_v2Web.pdf. Acesso em: 24 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO / MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Relatório de inspeção nacional em comunidades terapêuticas.** Brasília: Mecanismo Nacional de Combate a Tortura, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASÍLIA. I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASÍLIA. II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASÍLIA. III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/povos/povos/legislacao/Relat_final_III_Conf_Nac_Saude_Mental.pdf. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASÍLIA. IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acesso em: 25 nov. 2020.

CORREA, Mariza. As ilusões da liberdade: a escola de Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. 2. ed. Bragança Paulista: Universidade de São Francisco, 2001.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, Abílio. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Unesp, 2013.

CUNHA, Maria Clementina Pereira da. Espelho do mundo: **Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2. ed. 1986.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos loucos e hospícios**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4701-4706, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2020.

DELEUZE, Gilles. **Conversações 1972 – 1990**. São Paulo: 34, 1992.

ESTRELA, Fernanda Matheus. *et al.* Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 25, n. 09, p. 3431-3436, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903431&lang=pt. Acesso em: 23 nov. 2020.

FACCHINETTI, Cristiana. **Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental**. Rev.

Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 11, n. 3, p. 502-505, setembro 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000300014. Acesso em: 25 nov.2020

FRAYZE-PEREIRA, João A. Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18404.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

FOUCAULT, Michel; MACHADO, Roberto. 1942. **Microfísica do Poder**. 21. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005a.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU editora, 2002a.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

_____. **História da loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2017.

_____. “O que são as Luzes”. In: **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Coleção Ditos & Escritos, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b, p. 335-351.

_____. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. São Paulo: Graal, 2007.

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

_____. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

_____. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

GIDDENS, Anthony. **Mundo em descontrole: O que a globalização está fazendo de nós**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

IANNI, Oliveira. **Pensamento social no Brasil**. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2004.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; CARDOSO JÚNIOR, Hélio Rebello; ALVAREZ, Marcos César. **Instituições, confinamento e relações de poder: questões metodológicas no pensamento**

de Michel Foucault. **Psicol. Soc.**, v. 26, p. 100-106, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/11.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da contrareforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 01, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/physis/article/viewFile/43077/29675>. Acesso em: 24 nov. 2020.

LOUGON, Maurício. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 03, n. 02, 1993. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311993000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 nov. 2020.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 12, n. 02, p. 399-407, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200016&script=sci_arttext. Acesso em: 25 nov. 2020.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MARTINEZ, Mariana Medina. **Redes do cuidado: etnografia de aparatos de gestão intersectorial para usuários de drogas**. 2016. 292 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/8309/TeseMMM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 nov. 2020.

MBEME, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo: N – 1 Edições, 2018.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. **Hist. Cienc. Saúde. Manguinhos**, v. 12, n. 03, p. 983-1010, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000300018>. Acesso em: 24 nov. 2020.

OKSALA, Johanna. **Como ler Foucault**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 01, n. 02, out./dez. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68473>. Acesso em: 25 nov. 2020.

PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Revista Crítica de Humanidades**, Salvador, n. 246, p. 06-14, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/525>. Acesso em: 24 nov. 2020.

PORTOCARRERO, Vera Maria. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Revista de Ciências Sociais Política e Trabalho**, ed. 24. abr. 2006, p. 27-
<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600%20em%20>. Acesso em: 09 set. 2018.

REVEL, Judith. **Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. **Ensaio sobre Michel Foucault no Brasil. Presença, efeitos, ressonâncias**. Rio de Janeiro: Lamparina; 2016.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. **Per la salute mentale /For mental health**. Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia, 1988. Tradução: Maria Fernanda de Silvio Nicácio. Disponível em:
http://oriundi.net/files/istitutuz.invent_po.pdf. Acesso em: 25 nov. 2020.

SAFFIOTTI, Allan. **Atenção em saúde mental a partir da noção de território: uma reflexão sobre os Centros de Atenção Psicossocial**. 2017. 229 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-24072017-182532/pt-br.php>. Acesso em: 25 nov. 2020.

SARTO, Sabrina Melo del. **Institucionalizados: uma etnografia da vida social de moradores de um hospital psiquiátrico asilar**. 2020. 177 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215828>. Acesso em: 25 nov. 2020.

SOARES, Silvio de Azevedo. **Medicalização do social e dispositivo psiquiátrico nos ditos e escritos genealógicos de Foucault: instrumento disciplinador e estratégia biopolítica**. Anais do IX Seminário Nacional de Sociologia e Política – UFPR, 2018.

TABORDA, José G.V.; BARON, Ana Lúcia Duarte; PESSETO NETO, Luigi. **Aspectos étnico-legais nas emergências psiquiátricas**. In: QUEVEDO, João; CARVALHO, André F. **Emergências Psiquiátricas**. 3oed, Porto Alegre: Artmed, 2014.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. de Cunha. Los orígenes del alienismo en Brasil: dos artículos sobre el Hospício Pedro II. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.** v. 15, n. 02, p. 364-381, jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000200011>. Acesso em: 30 ago. 2018.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco and BEZERRA JUNIOR, Benilton. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.6, pp.1859-1868. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000601859&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 nov.2020

ANEXO A**LEVANTAMENTO DA LEGISLAÇÃO FEDERAL EM SAÚDE MENTAL (1999-2019)**

PORTARIA	DATA PUBLICAÇÃO	ASSUNTO
RESOLUÇÃO Nº 298 - CNS	02 DE DEZEMBRO 1999	Constituir a Comissão de Saúde Mental, com objetivo de assessorar o plenário do CNS na formulação de políticas na área de saúde mental
LEI No 9.867	10 DE NOVEMBRO 1999	Criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais
PT 106	11 de fevereiro de 2000	Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental
LEI Nº 10.216	DE 06 DE ABRIL DE 2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
PORTARIA 336	19 DE FEVEREIRO 2002	Regulamenta o funcionamento dos CAPS
PORTARIA 816	30 DE ABRIL DE 2002	Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;
PORTARIA N.º 2391/GM	EM 26 DE DEZEMBRO 2002.	Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV)
LEI 10708	31 DE JULHO DE 2003	De volta para Casa - institui o auxílio-reabilitação psicossocial para usuários egressos de internações.

PORTARIA Nº 245	17 FEVEREIRO 2005	DE DE	Destina incentivo financeiro para implantação de CAPS
PORTARIA 1190	4 DE JUNHO 2009	DE	Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD)
DECRETO Nº 6.949	DE 25 AGOSTO DE 2009	DE	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007
PORTARIA 4.279	30 DEZEMBRO 2010	DE DE	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde
DECRETO NO- 7179	20 DE MAIO 2010	DE	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;
PORTARIA Nº 3.796	DE DEZEMBRO DE 2010		Institui o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental
PORTARIA Nº 3.089	23 DEZEMBRO 2011	DE DE	Financiamento dos CAPS
PORTARIA Nº 3.090	23 DEZEMBRO 2011	DE DE	Altera a Portaria nº 106/2000 e dispõe sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
PORTARIA Nº 3088	23 DEZEMBRO 2011, REPUBLICADA EM 21 DE MAIO DE 2013	DE DE	Institui a Rede de Atenção Psicossocial

PORTARIA Nº 3.099	23 DEZEMBRO DE 2011	DE DE	Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
PORTARIA Nº 2.488	21 DE OUTUBRO DE 2011		Aprova a Política Nacional de Atenção Básica
PORTARIA 1.600	7 DE JULHO DE 2011	DE	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS
DECRETO NO- 7508	28 DE JUNHO DE 2011	DE	Organização do SUS através de Regiões de Saúde
PORTARIA SAS Nº 854	22 DE AGOSTO DE 2012		3529-1550 Alteração tabela procedimentos - RAAS
NOTA TÉCNICA 854	17 DE SETEMBRO DE 2012		Instrumentos de informação: RAAS: cuidado direto dos usuários e familiares; BPA/I: acolhimento inicial e BPA/C: ações institucionais e de articulação.
PORTARIA Nº 856	22 DE AGOSTO DE 2012		CNES Unidade de atenção em regime residencial e Comunidade Terapêutica
PORTARIA Nº 1.615	26 DE JULHO DE 2012	DE	Alteração port 148 - Serviço Hospitalar de Referência: até 25 leitos, não exceder 15% do número total de leitos
PORTARIA Nº 349	29 FEVEREIRO DE 2012	DE DE	Alteração da Portaria 148 - Serviço Hospitalar de Referência
PORTARIA Nº 148	31 DE JANEIRO DE 2012	DE	Funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência

PORTARIA Nº 131	26 DE JANEIRO DE 2012	Incentivo financeiro de custeio Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas
PORTARIA Nº 131	DE 26 DE JANEIRO DE 2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
PORTARIA Nº 130	26 DE JANEIRO DE 2012	Redefine o CAPS AD III e os incentivos financeiros - CAPS ad III Novo, Qualificado - 200 a 300 mil hab - <u>Republicada!</u>
PORTARIA Nº 132	26 DE JANEIRO DE 2012	Institui incentivo financeiro de custeio para o componente Reabilitação Psicossocial - trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.
PORTARIA Nº 123	25 DE JANEIRO DE 2012	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.
PORTARIA Nº 122	25 DE JANEIRO DE 2012	Define a composição, o processo de trabalho e o financiamento das equipes dos Consultórios na Rua no âmbito da Atenção Básica
PORTARIA SAS Nº 953	12 DE SETEMBRO DE 2012	Incluí na Tabela de Habilitação do SCNES Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

PORTARIA Nº 121	25 DE JANEIRO DE 2012, REPUBLICADA EM 21 DE MAIO DE 2013	Institui a Unidade de Acolhimento - <u>Republicada!</u>
PORTARIA 251	31 DE JANEIRO DE 2012	Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos e internações psiquiátricas
PORTARIA Nº 1.966,	DE 10 DE SETEMBRO DE 2013	Mudança custeio CAPS ad III e CAPS III
PORTARIA Nº 3.091,	DE 13 DE DEZEMBRO DE 2013	Altera conhecimento CIB - PT 121, 130, 3089
PORTARIA Nº 1.516	DE 24 DE JULHO DE 2013	Altera conhecimento CIB - PT 148
PORTARIA Nº 121	25 DE JANEIRO DE 2012, REPUBLICADA EM 21 DE MAIO DE 2013	Institui a Unidade de Acolhimento - <u>Republicada!</u>
PORTARIA Nº 3088	23 DE DEZEMBRO DE 2011, REPUBLICADA EM 21 DE MAIO DE 2013	Institui a Rede de Atenção Psicossocial
PORTARIA Nº 2.840	DE 29 DE DEZEMBRO DE 2014	Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio

PORTARIA Nº 1238	DE 06 DE JUNHO DE 2014	Fixa o valor de custeio dos CNR
PORTARIA Nº 2.136, DE	21 DE DEZEMBRO DE 2015	Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidade de Acolhimento (UA).
PORTARIA 834	DE 26 DE ABRIL DE 2016	Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de 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.
PORTARIA SAS/MS 544	DE 7 DE MAIO DE 2018	Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências.
PORTARIA GM/MS Nº 2434	Nº 2434 DE 15 DE AGOSTO DE 2018	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.
PORTARIA GM/MS Nº 3659/2018	DE 16 DE NOVEMBRO DE 2018	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.
PORTARIA GM/MS Nº 3718/2018	DE 22 DE NOVEMBRO DE 2018	Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes.
NOTA TÉCNICA N11/2019-CGMAD/DAP ES/SAS/MS	DE 4 DE FEVEREIRO DE 2019	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

ANEXO B

PROJETO DE LEI Nº 3.657, DE 1989 (Do Sr. Paulo Delgado)

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

(Às Comissões de Constituição e Justiça e Redação; e de Saúde, Previdência e Assistência Social.)

O Congresso Nacional decreta:

Art.1º Fica proibida, em todo o território nacional a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

§ 1º As administrações regionais disporão do tempo de um (1) ano, a contar da data da aprovação desta lei, para apresentarem às Comissões de Saúde de Poder Legislativo, em seu nível, planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§ 2º É competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

§ 3º As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalidade.

Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei nº 24.559, de 3-7-1934.

ANEXO C**LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

ANEXO D**PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da Lei nº 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;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde;

b) equipe de atenção básica para populações específicas:

1. Equipe de Consultório na Rua;

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Recolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) enfermaria especializada em Hospital Geral;

b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
 2. pessoas com transtornos mentais;
 3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;
- b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool

e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os

Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: 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.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em

Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois

anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de carácter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

- a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;
- b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;
- c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;
- d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

II - Fase II - adesão e diagnóstico:

- a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;
- b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;
- c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;

e) contratualização dos Pontos de Atenção;

f) qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º ao 12 desta Portaria; e

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO E**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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição,

Considerando a Lei nº 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;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências;

Considerando a Portaria de Consolidação no 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde";

Considerando a Portaria de Consolidação no 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

Considerando a Portaria de Consolidação no 6, de 28/09/2017, que trata da "Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

Considerando a necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a Rede de Atenção Psicossocial e para a Rede de Atenção às Urgências; e

Considerando a necessidade de monitorar e financiar de maneira apropriada a prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º O Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 5º

II -

b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas;

.....

V -

a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;

b) Hospital Psiquiátrico Especializado;

c) Hospital dia;

....." (NR)

"Art. 7º

§ 4º

VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação." (NR)

ANEXO F**A PROTEÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL
E A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL****A ASSEMBLÉIA GERAL (ONU nº A / 46 / 49 – 17/12/1991)**

Ciente dos Dispositivos da Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/da Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/da Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84/e de outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos de Pessoas Portadoras de Deficiência, 98/e do Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/,

Recordando sua resolução 33/53, de 14 de dezembro/1978, na qual se requeria à Comissão dos Direitos Humanos que a Sub-Comissão de Prevenção da Discriminação e Proteção de Minorias tomasse, como matéria prioritária, um estudo da questão da proteção das pessoas internadas por suas más condições de saúde mental, com vistas a formular diretrizes.

Recordando também sua resolução 45/92 de 14 de dezembro/1990, na qual se saudava o progresso feito pelo grupo de trabalho na Comissão de Direitos Humanos ao elaborar um projeto de corpo de princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental com base em um projeto apresentado à Comissão pela sub-comissão de Prevenção de Minorias.

Anotando a resolução 1991/46 de 5 de março/1991, 69 da Comissão de Direitos Humanos, na qual se endossava o projeto de corpo de princípios a ela submetido pelo grupo de trabalho, à Assembléia Geral, por intermédio do Conselho Econômico e Social.

Anotando também a resolução 1991/29 de 31 de maio/1991, do conselho Econômico e Social, em que se decidia submeter o projeto do corpo de princípios e o relatório do grupo de trabalho a Assembléia Geral.

Assumindo as recomendações da Comissão de Direitos Humanos em sua resolução 1991/46 e do Conselho Econômico e Social em sua resolução 1991/29 que, em caso de aprovação do projeto de corpo de princípios pela Assembléia Geral, o texto completo deveria ser divulgado do modo mais amplo possível e que a introdução deveria ser publicada ao mesmo tempo como um documento complementar, para benefício dos Governos e do público em geral.

Assumindo também a nota da Secretaria Geral, 100/ que em seu anexo contém o projeto de corpo de princípios e a introdução ao mesmo.

1. adota os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, cujo texto está anexo à presente resolução;
2. Requisita à Secretaria Geral que inclua o texto do Corpo de Princípios, juntamente com a introdução, na próxima edição de “Direitos Humanos/-Uma Compilação de Instrumentos Internacionais”.
3. Requisita a Secretaria Geral que dê a maior divulgação ao Corpo de Princípios e garanta

que a introdução seja publicada ao mesmo tempo como documento complementar, para benefício dos Governos e do Público em Geral.

ANEXO

PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

APLICAÇÃO

Estes princípios serão aplicados sem discriminação de qualquer espécie, seja na distinção de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica ou social, status legal ou social, idade, propriedade ou nascimento.

DEFINIÇÕES

Nestes Princípios:

“Advogado” significa um representante legal ou outro representante qualificado;

“Autoridade independente” significa uma autoridade competente e independente prescrita pela legislação nacional;

“Assistência à Saúde Mental” inclui análise e diagnóstico do estado psíquico de uma pessoa e tratamento, cuidado e reabilitação de um transtorno mental ou suspeita de um problema de saúde mental;

“Estabelecimento de Saúde Mental” significa qualquer estabelecimento, ou qualquer unidade de um estabelecimento de saúde que, como função principal, ofereça assistência à saúde mental;

“Profissional de Saúde Mental” significa uma pessoa legalmente incumbida do dever de representar os interesses de um usuário em qualquer matéria especificada, ou de exercer direitos específicos em seu nome, incluindo os pais ou o guardião legal de um menor, a menos que seja estabelecido de outro modo pela legislação nacional;

“Corpo de revisão” significa o órgão estabelecido de acordo com o Princípio/17 para rever a admissão involuntária ou a retenção de um paciente em um estabelecimento de saúde mental.

CLÁUSULA GERAL DE LIMITAÇÃO

O exercício dos direitos expressos nestes Princípios poderá ser sujeito apenas as prescrições previstas por lei, e necessárias à proteção da saúde ou segurança da pessoa interessada ou de outras, ou ainda para proteger a segurança pública, a ordem, a saúde, a moral ou os direitos e liberdades fundamentais de outros.

PRINCÍPIO 1

LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS

1. Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.
2. Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.
3. Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante.
4. Não haverá discriminação sob pretexto de um transtorno mental.

“Discriminação” significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas de saúde mental não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa acometida de transtorno mental ou de outros indivíduos.

5. Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/ pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84/e por outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, 98/ e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ao Aprisionamento, 99/.

6. Qualquer decisão em que, em razão de um transtorno mental, a pessoa perca sua capacidade civil, e qualquer decisão em que, em consequência de tal incapacidade, um representante pessoal tenha que ser designado, somente poderão ser tomadas após uma audiência equitativa a cargo de um tribunal independente e imparcial estabelecido pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, terá o direito de ser representada por um advogado. Se esta pessoa não puder garantir o seu representante legal por meios próprios, tal representação deverá estar disponível, sem pagamento, enquanto ela não puder dispor de meios para pagá-la. O advogado não deverá, no mesmo processo, representar um estabelecimento de saúde mental ou seus funcionários, e não deverá também representar um membro da família da pessoa cuja capacidade estiver em pauta, a menos que o tribunal esteja seguro de que não há conflito de interesses. As decisões com respeito à capacidade civil e a necessidade de um representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra essas decisões.

Nos casos em que uma corte ou outro tribunal competente concluir que uma pessoa acometida de transtorno mental está incapacitada para gerir seus próprios assuntos, devem-se tomar medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa, adequadas às suas condições e conforme as suas necessidades.

PRINCÍPIO 2

PROTEÇÃO DE MENORES

Devem-se tomar cuidados especiais, dentro dos propósitos destes Princípios e dentro do contexto das leis nacionais, para a proteção dos menores, que venham garantir seus direitos, incluindo, se necessário, a designação de outro representante pessoal que não seja um familiar.

PRINCÍPIO 3

VIDA EM COMUNIDADE

Toda pessoa acometida de transtorno mental deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.

PRINCÍPIO 4

DETERMINAÇÃO DE UM TRANSTORNO MENTAL

1. A determinação de que uma pessoa é portadora de um transtorno mental deverá ser feita de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente.
2. A determinação de um transtorno mental nunca deverá ser feita com base no status econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.
3. Nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não-conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa.
4. Uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futura de um transtorno mental.
5. Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de outro modo, que uma pessoa apresenta um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema da saúde mental e das suas conseqüências.

PRINCÍPIO 5

EXAME MÉDICO

Nenhuma pessoa será obrigada a submeter-se a exame médico com o objetivo de determinar se apresenta ou não um transtorno mental, a não ser em casos que estejam de acordo com os procedimentos autorizados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 6

CONFIDENCIALIDADE

Deve-se respeitar o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes Princípios, à confidencialidade das informações que lhes concernem

PRINCÍPIO 7

O PAPEL DA COMUNIDADE E DA CULTURA

1. Todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive.
2. Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá direito, sempre que possível, de ser tratado próximo a sua residência, ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar a comunidade o mais breve possível.

3. Todo usuário terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural. PRINCÍPIO 8

PADRÃO DE ASSISTÊNCIA

1. Todo usuário terá o direito de receber cuidados sociais e de saúde apropriados às suas necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas com problemas de saúde.
2. Todo usuário será protegido de danos, inclusive de medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

PRINCÍPIO 9

TRATAMENTO

1. Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física dos outros.
2. O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ele, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.
3. A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com os padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.
4. O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar a autonomia pessoal.

PRINCÍPIO 10

MEDICAÇÃO

1. A medicação deverá atender da melhor maneira possível às necessidades de saúde do usuário, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca deverá ser administrada como punição ou para conveniência de outros. Sujeitos às determinações do parágrafo/15 do Princípio/11, os profissionais de saúde mental deverão administrar somente as medicações de eficácia conhecida ou demonstrada.
2. Toda medicação deverá ser prescrita por um profissional de saúde autorizado pela

legislação e ser registrada no prontuário do usuário.

PRINCÍPIO 11

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO

1. Nenhum tratamento será administrado a um usuário sem o seu consentimento informado, exceto nas situações previstas no parágrafo/6, 7, 8, 13 e 15 abaixo.

2. Consentimento informado é o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou persuasão indevida, após esclarecimento apropriado com as informações adequadas e ineligiáveis, na forma e linguagem compreensíveis ao usuário sobre:

a) avaliação diagnóstica

b) o propósito, método, duração estimada e benefício esperado do tratamento proposto; c) Os modos alternativos de tratamento, inclusive aqueles menos invasivos; e proposto.

3. O usuário pode requerer a presença de uma pessoa ou pessoas de sua escolha durante o procedimento de obtenção do consentimento.

4. O usuário tem o direito de recusar ou interromper um tratamento, exceto nos casos previstos nos parágrafos /6, 7, 8, 13 e /15 abaixo. As consequências de recusar ou interromper o tratamento devem ser explicadas a ele.

5. O usuário nunca deverá ser convidado ou induzido a abrir mão do direito ao consentimento informado. Se assim quiser fazê-lo, deve-se explicar a ele que o tratamento não poderá ser administrado sem o seu consentimento informado.

6. Excetuando-se os casos previstos nos parágrafos /7, 8, 12, 13, 14 e /15 abaixo, um plano de tratamento poderá ser administrado a um usuário sem seu consentimento informado, se as seguintes condições forem satisfeitas:

a) o usuário for, no momento relevante, mantido como paciente involuntário;

b) Uma autoridade independente, estando de posse de todas as informações, inclusive da informação especificada no parágrafo /2 acima, estiver convencida de que, no momento relevante, o usuário está incapacitado para dar ou recusar o consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se a legislação nacional permitir, e considerando a segurança do próprio usuário ou a de outros, o usuário tenha recusado irracionalmente tal consentimento; e

c) A autoridade independente estiver convencida de que o plano de tratamento proposto atende ao maior interesse das necessidades de saúde do usuário.

7. O parágrafo /6 acima não se aplicará quando o usuário tiver um representante pessoal designado por lei para dar consentimento ao tratamento em seu nome; mas, exceto nos casos previstos nos parágrafos /12, 13, 14 e /15 abaixo, o tratamento poderá ser administrado a tal paciente sem o seu consentimento informado se o representante pessoal, tendo recebido as informações descritas no parágrafo /2 acima, assim o consinta, em nome do usuário.

8. exceto nas situações previstas nos parágrafos /12, 13, 14 e /15 abaixo, o tratamento também poderá ser administrado a qualquer usuário sem o seu consentimento informado, se um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei determinar que é urgentemente necessário, a fim de se evitar dano imediato ou iminente ao usuário ou a outras pessoas. Tal tratamento não será prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito.

9. Nos casos em que algum tratamento for autorizado sem o consentimento do usuário, serão feitos todos os esforços para informá-lo acerca da natureza do tratamento e de todas as alternativas possíveis, buscando envolvê-lo, tanto quanto seja possível, como participante no desenvolvimento do plano do tratamento.

10. Todos os tratamentos serão imediatamente registrados nos prontuários médicos dos usuários, com a indicação de terem sido administrados voluntária ou involuntariamente.

11. Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.

12. A esterilização nunca deverá ser realizada como tratamento de transtorno mental.

13. Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa acometida de transtorno mental quando permitido pela legislação nacional, quando se considerar que atende melhor as necessidades de saúde do usuário e quando receber o seu consentimento informado, salvo os casos em que o usuário estiver incapacitado para dar esse consentimento e o procedimento será autorizado somente após um exame independente.

14. A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais, jamais serão realizados em um paciente que esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a legislação nacional permita sua realização, somente poderão ser realizados em qualquer outro tipo de usuário quando este tiver dado seu consentimento informado e um corpo de profissionais externo estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento informado, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

15. Ensaios críticos e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer usuário sem o seu consentimento informado. Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente, especificamente constituído para este fim, poderá ser aplicado um ensaio clínico ou um tratamento experimental a um usuário que esteja incapacitado a dar seu consentimento informado.

16. Nos casos específicos nos parágrafos /6, 7, 8, 13, 14 e /15 acima, o usuário, ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada, terá direito de apelar a uma autoridade independente, judiciária ou outra, no que concerne a qualquer tratamento que lhe tenha sido administrado.

PRINCÍPIO 12

INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS

1) O usuário em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível após a sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais, na forma e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los.

2) Caso o usuário esteja incapacitado para compreender informações, e pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e a pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do usuário e dispostas a fazê-lo.

3) O usuário com a capacidade necessária terá o direito de nomear a pessoa que deverá ser informada em seu nome, bem como a pessoa para representar seus interesses junto às autoridades do estabelecimento.

PRINCÍPIO 13

DIREITOS E CONDIÇÕES DE VIDA EM ESTABECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1) Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu:

a) reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;

b) Privacidade;

c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento, liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais telefônicos e, aos jornais, rádio e televisão;

d) Liberdade de religião ou crença.

2) o ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir, particularmente:

a) Instalações para atividades recreacionais e de lazer;

b) Instalações educacionais;

c) Instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e

comunicação;

d) Instalações, e estímulo para a sua utilização, para o engajamento do usuário e ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam sua reintegração na comunidade. Essas medidas devem incluir orientação vocacional, habilitação profissional e serviços de encaminhamento a postos de trabalho para garantir que os usuários mantenham ou consigam vínculos de trabalho na comunidade.

3) Em nenhuma circunstância o usuário será submetido a trabalhos forçados. O usuário terá direito de escolher o tipo de trabalho que quer realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições administrativas da instituição.

4) O trabalho dos usuários em estabelecimentos de saúde mental não será objeto de exploração. Tais usuários deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-usuário, de acordo com a legislação ou o costume nacional. E deverão também, em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação eqüitativa em qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.

PRINCÍPIO 14

RECURSOS DISPONÍVEIS NOS ESTABECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1) Um estabelecimento de saúde mental deverá dispor do mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e em particular:

a) Equipe profissional apropriada, de médicos e outros profissionais qualificados em número suficiente, com espaço adequado para oferecer a cada usuário privacidade e um programa terapêutico apropriado e ativo;

b) Equipamento diagnóstico e terapêutico

c) Assistência profissional adequada; e

d) Tratamento adequado, regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação.

2. Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado pelas autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos pacientes, de acordo com estes Princípios.

PRINCÍPIO 15

PRINCÍPIOS PARA ADMISSÃO

1) Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária.

2) O acesso a um estabelecimento de saúde mental será oferecido da mesma forma que qualquer outro estabelecimento de saúde frente a outro problema de saúde qualquer.

3) Todo usuário que não tenha sido admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para a sua retenção como paciente involuntário, conforme o princípio /16, devendo-se informar esse direito ao usuário.

PRINCÍPIO 16

ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

1) Uma pessoa pode (a) /ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental; ou (b) tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio/4, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar:

a) Que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à pessoa ou a outros;

b) Que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente seria possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restrita.

No caso referido no sub-parágrafo /b, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntárias não se darão, a menos que o segundo profissional concorde.

2. A admissão ou a retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente e em detalhes ao corpo de revisão; os motivos da admissão também deverão ser comunicados prontamente ao paciente, ao seu representante pessoal, se houver e, ao menos que haja objeção do paciente, a sua família.

3. Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designado para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 17

CORPO DE REVISÃO

1.O corpo de revisão deverá ser um órgão independente e imparcial, judicial ou outro, estabelecido pela legislação nacional e funcionar de acordo com procedimentos prescritos pela mesma. Deverá, ao formular suas decisões, ter a assistência de um ou mais profissionais de saúde mental qualificados e independentes e levar em consideração suas recomendações.

2. O primeiro exame do corpo de revisão, conforme requerido no parágrafo /2 do princípio/16, a respeito de uma decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário deverá

ocorrer tão logo quanto possível após aquela decisão, e deverá ser conduzida de acordo com os procedimentos simples e rápidos conforme especificado pela legislação nacional.

3. O corpo de revisão deverá rever periodicamente os casos de pacientes involuntários, a intervalos razoáveis, conforme especificado pela legislação nacional.

4. Um paciente involuntário poderá requisitar ao corpo de revisão sua alta, ou a conversão de sua condição ao estado de usuário voluntário, a intervalos razoáveis prescritos pela legislação nacional.

5. Em cada revisão deverá avaliar se os critérios para admissão involuntária, expressos no parágrafo/1 do Princípio/16, ainda estão satisfeitos, e, se não estiverem, o usuário sairá da condição de paciente involuntário.

6. Se, a qualquer momento, o profissional de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que aquelas condições para retenção de uma pessoa como paciente involuntário não são mais aplicáveis, este deverá determinar a alta dessa pessoa da condição de paciente involuntário.

7. O próprio usuário ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra decisão de admiti-lo a um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 18

SALVAGUARDAS PROCESSUAIS

1. O usuário terá o direito de escolher um advogado para representá-lo como tal, incluindo a representação em qualquer procedimento de queixa e apelação. Se o usuário não puder garantir tais serviços, colocar-se-á um advogado a sua disposição, gratuitamente, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

2. O usuário também terá direito, se necessário, aos serviços de um intérprete. Quando tais serviços forem necessários e o usuário não puder garanti-los, estes deverão estar disponíveis, sem pagamento, enquanto perdurar sal carência de meios de pagamento.

3. o usuário e o seu advogado podem requerer e produzir, em qualquer audiência, um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios e provas orais, escritas e outras evidências que sejam relevantes e admissíveis.

4. Cópia dos registros do usuário e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados deverão ser fornecidos a ele e ao seu advogado, exceto em casos especiais onde for determinado que a revelação de uma informação específica ao usuário poderá causar dano grave à sua saúde ou por risco a segurança de outros. Conforme prescrição da legislação nacional, qualquer documento não fornecido ao usuário deverá, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecido ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer parte de um documento for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para tanto, e o fato será sujeito a revisão judicial.

5. O usuário, seu representante pessoal e o seu advogado terão o direito de comparecer, participar e serem ouvidos em qualquer audiência.

6. Se o usuário ou seu representante pessoal ou advogado solicitarem a presença de uma determinada pessoa em audiência, essa pessoa será admitida, a menos que se considere que sua presença poderá causar dano sério a saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

7. Qualquer decisão a respeito do caráter público ou privado de uma audiência ou parte dela, e da possibilidade de seus atos e relatórios, deverá levar em plena consideração o desejo do usuário, a necessidade de respeito a sua privacidade e de outras pessoas, e a necessidade de evitar danos sérios à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

PRINCÍPIO 19

ACESSO A INFORMAÇÃO

1. O usuário (este termo, neste Princípio, inclui um ex-usuário) deverá ter direito de acesso a informação concernente a ele, sua saúde e aos registros pessoais mantidos em um estabelecimento de saúde mental. Este direito poderá estar sujeito a restrições com o fim de evitar danos sérios à saúde do usuário e colocar em risco a segurança de outros. Conforme a legislação nacional, quaisquer informações não fornecidas ao usuário deverão, quando isto for puder ser feito em confiança, ser favorecidas ao seu representante pessoal e aos seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para o mesmo, e tais determinações estarão sujeitas a revisão judicial.

2. Qualquer comentário, feito por escrito, pelo usuário, seu representante pessoal ou advogado, deverá, se assim for requerido, ser inserido em seu prontuário.

PRINCÍPIO 20

DOS INFRATORES DA LEI

1. Este Princípio se aplica a pessoas cumprindo sentenças de prisão por crimes, ou que estejam detidas no curso de investigações ou processos penais contra elas, e nas quais tenha sido determinadas a presença de transtorno mental, ou a possibilidade de sua existência.

2. Essas pessoas devem receber a melhor assistência à saúde mental disponível, como determinado no Princípio /1. Estes princípios serão aplicados a elas na maior extensão possível, com modificações e exceções limitadas apenas por necessidades circunstanciais nenhuma dessas modificações e exceções deverá prejudicar os direitos da pessoa no que diz respeito aos instrumentos mencionados no parágrafo /5 do Princípio/1.

3. A legislação nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente as determinar, baseando se em opinião competente e independente, que tais pessoas sejam admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

4. O tratamento de pessoas nas quais se tenha determinado a presença de um transtorno mental devesse, em todas as circunstâncias, ser consistente com o Princípio/11.

PRINCÍPIO 21

QUEIXAS

Todo usuário ou ex-usuário terá o direito de apresentar queixas, conforme os procedimentos especificados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 22

MONITORAMENTO E MECANISMO DE INTERVENÇÃO

Os Estados devem assegurar a vigência de mecanismos adequados à promoção e aceitação destes Princípio, à inspeção dos estabelecimentos de saúde mental, à apreciação, investigação e resolução de queixas e, para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados nos casos de má conduta profissional ou violação dos direitos do usuário.

PRINCÍPIO 23

IMPLEMENTAÇÃO

1. Os Estados devem implementar este Princípios por meio de medidas apropriadas de caráter legislativo, judicial, administrativo, educacional e outras, que deverão ser revistas periodicamente.

2. Os Estados devem tomar estes Princípios amplamente reconhecidos por meios apropriados e dinâmicos. PRINCÍPIO 24

ALCANCE PRINCÍPIOS RELACIONADOS AOS ESTABELECIMENTOS DE

SAÚDE MENTAL Estes Princípios se aplicam a todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 25

PROTEÇÃO DOS DIREITOS EXISTENTES

Não haverá restrição ou diminuição de qualquer direito já existente dos usuários, incluindo direitos reconhecidos em legislação internacional ou nacional aplicável, sob pretexto de que estes Princípios não os reconhecem ou que reconhecem parcialmente.

ANEXO G

DECLARAÇÃO DE CARACAS

Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
 - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
 - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
 - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
 - d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

CONSIDERANDO,

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;
2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;
3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
 - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
 - c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:
 - a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
 - b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que

SOLICITAM

Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apóiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.