

SER *INFAMILIAR* NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: AS POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS PARA A SAÚDE MENTAL ENTRE 2010 E 2020

Being unfamiliar in contemporary Brazil: the governmental policies for mental health between 2010 to 2020

Renata Patricia Forain de Valentim¹

Gustavo Henrique Aragão Muniz de Araújo²

Rafaela Antunes Fernandes Petrone³

Artigo encaminhado:08/04/2021
Artigo aceito para publicação:31/03/2022

Resumo: O artigo visa circunscrever as práticas e discursos que sustentaram as políticas governamentais de saúde mental no Brasil nas primeiras duas décadas do século XXI. São analisadas normativas regulamentadas neste período, tais como o Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas de 2010 e a Nota Técnica 11/2019 de 2019. A hipótese que se constrói é a de que a loucura e a drogadição permanecem sempre como o elemento *infamiliar*, estranho à composição racionalizada do espaço social. E que a defesa das formas de cuidado preconizadas pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira confunde-se com a luta contra a desumanização deste *infamiliar*, contra a violência institucionalizada de uma sociedade patriarcal e escravocrata, que se utiliza do manicômio para punir e excluir as diversas formas de não adequação ao modelo hegemônico. Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica e os processos de desinstitucionalização não devem ser vistos como finalizados, mas sim como um trabalho ininterrupto, de resistência contra esta violência que se dirige contra as mais diversas formas de alteridade.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Infamiliar. Saúde Mental.

Abstract: The objective of this paper is to circumscribe the practices and discourses that supported governmental mental health policies in Brazil during the first two decades of the 21st century, analyzing the normatives regulated in this period, such as the National Plan to Combat Crack and Other Drugs, of 2010, and Technical Note 11/2019 of 2019. The

¹ Docente no departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutora em Psicologia.

² Graduando do curso de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista de extensão/UERJ. ghgmuniz@gmail.com

³ Graduando do curso de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista de iniciação científica/CNPQ. petronerafaela@gmail.com

hypothesis that is built is that madness and drug addiction always remain as *unfamiliar*, foreign to the rationalized composition of social space. And that the defense of the forms of care advocated by the Brazilian psychiatric reform movement is confused with the fight against the dehumanization of this *unfamiliar*, against the institutionalized violence of a patriarchal and slave society, which uses the asylum to punish and exclude as diverse forms of non-adequacy to the hegemonic model. In this sense, a Psychiatric Reform and the deinstitutionalization processes should not be seen as finished, but as an uninterrupted work, of resistance against this violence that is directed against the most diverse forms of otherness.

Keywords: Psychiatric Reform. Unfamiliar. Mental Health.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é circunscrever as práticas e discursos que sustentaram as políticas governamentais de saúde mental no Brasil durante as primeiras duas décadas do século XXI, analisando normativas regulamentadas neste período, tais como o Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas de 2010 e a Nota Técnica 11/2019 de 2019.

Parte-se do suposto de que as políticas públicas, que dividiram com outros movimentos sociais o processo de democratização do país em fins do século XX, se inserem hoje em uma nova configuração social e política. As diretrizes construídas há décadas pelos grupos mais progressistas passam agora a ter de dividir seu campo de atuação com outras práticas clínicas e institucionais, que defendem a hospitalização, a internação compulsória (inclusive de crianças e adolescentes) e o retorno da política de abstinência, contrapondo-se à diretrizes já consolidadas constitucionalmente e pragmaticamente nos serviços de atenção.

A partir disso, a hipótese que se constrói é a de que a loucura e a drogadição permanecem sempre como o elemento *infamiliar* (FREUD, 1919/2019), estranho à composição racionalizada do espaço social. E que a defesa das formas de cuidado preconizadas pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira confunde-se com a luta contra a desumanização deste *infamiliar*, contra a violência institucionalizada de uma sociedade patriarcal e escravocrata, que se utiliza do manicômio para punir e excluir as diversas formas de não adequação ao modelo hegemônico (PASSOS, 2018). Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica e os processos de desinstitucionalização não devem ser vistos como finalizados, mas como um trabalho ininterrupto, de resistência contra esta

violência que se dirige contra as mais diversas formas de alteridade consideradas como “não-humanas” (BASAGLIA, 2001, p.101), em mecanismos e dispositivos que se mostrarão mais virulentos quanto mais antidemocráticos forem os governos.

Isso porque historicamente, “o hospital psiquiátrico sempre foi a resposta de intolerância social com aqueles que não podem administrar sua enfermidade por meios próprios, ou seja, a população de maior precariedade econômica e social” (FERREIRA, 2006, p. 133). Nestes casos, o que se percebe é que o diagnóstico é um pretexto para legitimar a exclusão de todo o espectro que vai da pobreza à loucura, do vício ao abandono, passando por todas as dissonâncias ao modo de ser da modernidade capitalista ocidental. Segundo Fanon (1956/2020), em uma linguagem de pura violência, incidindo sobre o corpo marginalizado com o objetivo de contê-lo, paralisá-lo.

Para Delgado (1992) e Ferreira (2006), o desafio de promover cidadania e formas de existência dignas para o usuário da rede de saúde mental acompanha o próprio debate político da redemocratização brasileira nas últimas décadas do século XX, estando atrelado às lutas pelo fim da ditadura militar e pela promulgação da constituição cidadã de 1988. As experiências institucionais construídas a partir daí são então marcadas pelo desafio de integrar os usuários ao debate político, à ocupação da rua, à derrubada dos muros institucionais e imaginários do manicômio e principalmente à ampliação de suas possibilidades para além da institucionalização e da patologização impostas às suas existências.

Na história deste debate, não só a reforma dos serviços psiquiátricos, como também a reforma legislativa que garantisse a humanização dos cuidados, eram consideradas como necessárias e urgentes. O primeiro projeto de lei (n. 3.657/1989) de reorganização da assistência à saúde mental, apresentado em 1987 pelo então deputado federal Paulo Delgado na I Conferência Nacional de Saúde Mental, apesar de possuir apenas três artigos, já dispunha o que foram os princípios básicos da reforma: a extinção progressiva dos manicômios; a implantação da rede comunitária de serviços, associados a diversas iniciativas de proteção dos direitos do paciente e promoção de sua integração social; e a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária (DELGADO, 2011).

Mas apenas em 1992, durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, que a reforma “ganha características mais definidas no campo sociopolítico” (FERREIRA, 2006, p. 137). Impulsionada pelos movimentos sociais e pela palavra de ordem “Por uma sociedade sem manicômios”, originada do movimento anti-institucional europeu, a reforma se coloca como alternativa ao hospital propondo serviços

substitutivos, que questionam a onisciência do saber psiquiátrico, exigem o fim do isolamento social imposto por seus muros e buscam construir dispositivos mais humanizados, integrativos e territorializados, tais como: centros de atenção diária, residências terapêuticas e cooperativas de trabalho na rede pública de assistência à saúde. Segundo Ferreira (2006, p. 138), o movimento da Reforma Psiquiátrica assumiria, a partir de 1992, o desafio de “expressar a ética em todos os domínios da vida, um desafio para a construção de uma democracia real”.

Com isso, pode-se afirmar que a reforma psiquiátrica foi um respiro de liberdade, que aconteceu em um momento muito definido da história brasileira. Gestada desde 1978, com o episódio que ficou conhecido como a “crise da DINSAM”, a reforma acontece no Brasil concomitantemente às manifestações pelo final da ditadura e pela defesa de transformações culturais e sociais concretas. Fazia parte de um extenso rol de lutas e bandeiras dos movimentos sociais, que naquele momento começavam a desenhar o processo de redemocratização do país (FERREIRA, 2006). Este foi um período em que os temas de saúde mental se articularam com a necessidade de discutir a organização das políticas de saúde e as práticas das categorias dos profissionais, debates que aconteciam nos coletivos, nas comunidades eclesiais de base e em sindicatos, consolidando “uma participação política efetiva” (AMARANTE, 2016, p. 91). Movimento coletivo de emancipação que culminaria na promulgação em 2001 da lei 10216/ 2001, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

De forma trágica, o que se percebe é que dez anos depois de anunciadas, as políticas gestadas de forma coletiva e democrática sofrerão as primeiras baixas. O movimento de desconstrução dos serviços humanizados oferecidos começará em 2010, justamente durante um governo eleito, democrático e de direito, quando diversas instituições não estatais e de base religiosa passam a compor a rede pública de serviços de atenção à saúde mental e drogas. Estes primeiros adendos virão na forma do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack”, publicado pelo governo federal em 2010, que permite o financiamento público destas “Comunidades Terapêuticas” e seu funcionamento como dispositivo de cuidado (DUARTE, 2018).

Mas o desmonte e o ataque radical às políticas da Reforma Psiquiátrica se acirrará de forma crescente e irrefreável a partir de 2016, quando partidos de direita e extrema direita passam a ocupar o governo federal. No período de menos de três anos, entre dezembro de 2016 e maio de 2019, serão editados cerca de quinze documentos

normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a Nota Técnica 11/2019 veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (BRASIL, 2019, p. 4). Essa ‘nova política’ se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passa a ser denominada “política nacional sobre drogas”. Direcionamento que enfatiza a abordagem proibicionista e punitivista e se aproxima definitivamente das orientações morais e religiosas.

Como já foi dito, a proposição deste trabalho é a de que estas transformações e retrocessos não são casuais. A hipótese é que a loucura e a drogadição permanecem sempre como *infamiliars*, estranhas à composição de um espaço social urbano, racionalizado e controlado. Em decorrência disso, o movimento da Reforma Psiquiátrica não pode ser visto como um acontecimento passado ou uma batalha já conquistada, mas sim como um movimento contínuo contra a desumanização, a violência institucionalizada e suas formas de exclusão, que se mostrarão mais agressivas quanto mais antidemocráticas forem as instituições.

Basaglia, Fanon e os teóricos das reformas italiana e brasileira, fornecem elementos importantes para o estabelecimento desta hipótese em suas críticas à desumanização, à neutralidade da ciência e da psiquiatria e ao papel dos especialistas na relação conhecimento/poder. Aqui o que é questionado é o papel do profissional que contribui teoricamente e praticamente, à conservação do sistema socioeconômico do qual é uma expressão (BASAGLIA, 2001) fazendo das diversas formas de instituição manicomial um instrumento para manutenção desta forma hegemônica e normatizada de funcionamento social, na qual os usuários permanecem como elementos estrangeiros, apreensíveis apenas como doentes, sem cidadania nem direitos, adaptados à sua condição de “objetos de violência” (BASAGLIA, 2001, p. 102).

Por outro lado, o conceito freudiano de *infamiliar* será a chave interpretativa que nos permitirá compreender mais sobre a relação social que se estabelece com a loucura e porque é necessário empreender uma insistência ininterrupta para firmar o lugar de cidadania e direito dos usuários. Apesar de ser aparentemente um neologismo, *Infamiliar* foi a palavra escolhida pela tradução brasileira para expressar a ambiguidade do íntimo e já conhecido com a estranheza e inquietude que ele pode despertar (IANNINI; TAVARES, 2019, p. 10).

A sensação de *infamiliar* dirá respeito então àquilo que é percebido como estranho, desconfortável ou até angustiante, não só porque os dispositivos da consciência não conseguem codificar integralmente o que nos lança a esse sentimento, mas

principalmente porque ele se mostra como vagamente conhecido e familiar, visto que nos habita inconscientemente em desejos, sonhos ou temores que foram mantidos inconscientes (FREUD, 1915/1996). O contato com a loucura ou a drogadição se associaria justamente com este material que havia sido suprimido, trazendo-o novamente à consciência, rompendo com a instável barreira do recalque e desfazendo assim o “suporte das regras que tornam o mundo coerente e dotado de sentido” (LUSTOZA, 2015, P.478). Sentimento que será mais forte quanto mais baixa for a tolerância ao conviver com o outro, quanto mais conservadoras forem as posições frente à alteridade, ao não-eu.

2 O PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E OUTRAS DROGAS - 2010

Ainda que não seja da mesma monta que os ataques que virão entre os anos de 2016 e 2019, pode-se dizer que a primeira grande alteração nas políticas de saúde mental construídas pelo movimento da reforma virá em 2010 com o Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010). Segundo Duarte, “com a participação, acordo e pacto da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde” (2018, p.10), que garantiu aumento de vagas e financiamento público nas comunidades terapêuticas, e se omitiu nos casos das internações forçadas e compulsórias executadas pelo poder público em suas ações higienistas.

Esse primeiro movimento de aproximação do governo com estas instituições culminará na aprovação do artigo 9º inciso II da Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011), que reconhece as comunidades terapêuticas como dispositivos da rede. Não faziam parte da rede de atenção à saúde anteriormente, já que não eram consideradas serviços de saúde. Sua regulamentação para funcionar como instituição de tratamento de usuários de drogas se dá pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da Resolução - RDC nº 101 (ANVISA, 2001) e seu convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), como serviço de atenção da rede pública, acontece a partir de 2011. Segundo Duarte, um ato administrativo fruto da aliança entre governo e setores conservadores, que se materializa em um processo crescente de abertura de vagas, em um novo processo de manicomialização: “reedita-se o higienismo e a criminalização de parcelas significativas da população, com a lógica de internações forçadas, fruto da “guerra às drogas”, impondo desafios e obstáculos ao avanço de um cuidado antimanicomial e antiproibicionista (DUARTE, 2018, p.11).

A moralidade, a criminalização da população e as ideias higienistas que estão relacionadas a estas políticas são amplamente representadas por estes espaços. Além da orientação religiosa, o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018) aponta inúmeras violações de direitos, tais como: o uso da “laborterapia”; a privação da entrada e saída do espaço, com o uso de trancas, cadeados e portões; raras visitas familiares e contato inexistente com o mundo externo, inclusive, no que diz respeito às atividades escolares e profissionais; além de castigos físicos e violação de cartas (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Outro ponto a ser destacado nestes relatórios é o cuidado à drogadição. Nestas instituições, a estratégia terapêutica é sempre a abstinência, compreendida como a única meta a ser alcançada pelos usuários em sua relação com as drogas. Nota-se um abandono das propostas realizadas anteriormente pelo Ministério da Saúde, como a de redução de danos, regulamentada pela portaria 1028 de 2005 (BRASIL, 2005) e amplamente utilizada desde a década de 1980 como uma medida de prevenção em resposta à epidemia do contágio por HIV, às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e hepatites.

Sobre as vantagens de uma clínica de redução de danos sobre as políticas de abstinência, LANCETTI (2016) nos adverte sobre dois pontos que podem explicar a preferência das comunidades terapêuticas pela segunda. O primeiro deles é que uma clínica baseada na redução de danos parte da autonomia do sujeito e fala de sua singularidade ao não catalogá-lo nem classificá-lo segundo o tipo de droga que consome. O segundo, diretamente relacionado ao primeiro, é que esse tipo de relação de uso ou não uso da droga desimplica o sujeito de seu próprio processo, reforçando a ideia de que o médico, o psiquiatra ou psicólogo, serão os agentes onipotentes que irão levá-lo à cura ou à salvação. Segundo Basaglia, em uma relação que sai da esfera terapêutica e ocupa o lugar de encontro entre a sociedade, a doença e o saber médico, que tem depositado em si não só o lugar de cura como também o de tutela, delegando aos seus pacientes uma “passividade dada por irreversível” (BASAGLIA, 2001, p. 109).

Como já foi falado, o uso da “laborterapia”, também foi identificado pelas equipes de inspeção que foram às Comunidades Terapêuticas. Empregada como ferramenta moralizante, que funciona tanto como expiação, purgação dos atos pregressos dos usuários, quanto como instrumento disciplinar, é uma prática que também vai contra todos os princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O trabalho dos usuários do serviço, na maior parte das vezes utilizado para o próprio desenvolvimento da instituição,

corresponde a uma relação de colonialidade histórica (FANON 1956/ 2020). Em um país como o Brasil, que foi cenário de escravização dos povos originários e africanos, o trabalho forçado utilizado nestas instituições é apenas uma consequência natural desta mesma lógica. Na colonialidade que se propaga em nome da civilização, o usuário “continua a ser mantido além do limite do humano, como expressão da nossa desumanização e da nossa incapacidade de compreender” (BASAGLIA, 2001, p. 103).

E é a ânsia de controlar este além e a incapacidade de entendê-lo que instituirá em 20 de maio de 2010 o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010). O documento, estruturado em três eixos: cuidado, prevenção e autoridade, mistura dependência, atenção, culpabilidade e criminalidade em uma estratégia única. Reúne tanto ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, quanto o fortalecimento de ações de enfrentamento ao tráfico. Agrupa a participação de familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, ao tratamento e reinserção social e ocupacional de usuários que fomentem a multiplicação de “boas práticas”. Garante o aumento do número de vagas e financiamento público nas comunidades terapêuticas, “além de se omitir quanto ao processo de internações forçadas nas principais capitais brasileiras, levado a cabo por agentes públicos de forma repressora e autoritária” (DUARTE, 2018, p. 230).

3 O INFAMILIAR E O COMPULSÓRIO

A categoria freudiana de *infamiliar* soma-se à ideia de incompreensão trazida por Basaglia e torna-se uma ferramenta interpretativa importante quando se circunscreve o lugar que é delegado aos usuários pobres dos serviços de saúde mental, já que são majoritariamente os pobres que acessam o serviço público ou financiado pelo público. Estes, além das marcas deixadas pela má alimentação, pela falta de serviços de saúde, pela moradia inadequada e pela falta de direitos básicos, ainda serão identificados como ameaçadores aos mecanismos de controle comuns às instituições que imaginariamente sustentam o pacto social.

Internar compulsoriamente, desumanizar, exilar, faz parte de um sintoma social que recalca, que quer relegar ao esquecimento e à invisibilidade estes que sempre foram relacionados à desordem urbana ou à violência. Não será à toa que durante o I Encontro Nacional de Redes de Atenção Psicossocial do SUS, realizado em dezembro de 2013 na cidade de Pinhais/PR, será lançada pelos trabalhadores, usuários, familiares e participantes a “Carta de Pinhais”, onde é manifestada a preocupação frente ao momento

atravessado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Já naquela época era identificada a ameaça de retrocesso representada pela política governamental para a atenção às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, além do perigo que o financiamento das comunidades terapêuticas por verbas públicas e o número sempre crescente de internações compulsórias traziam. Nesta ocasião, as políticas e as medidas tomadas foram classificadas de “higienistas” e, para os participantes do encontro, refletiam a moralidade que habita o discurso de “guerra às drogas”. Para os autores da carta era necessário que se adotasse uma política decidida e coerente no âmbito do uso prejudicial de álcool e outras drogas, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS” (CARTA DE PINHAIS, 2013).

Neste caso, seguir as prescrições da reforma significa não vincular a presença do profissional no território a uma campanha de combate às drogas. Segundo Lancetti (2016), significa construir um determinado tipo de intervenção a partir da aproximação com a comunidade. Significa ainda o estabelecimento de uma relação com o usuário, não com a droga:

“você não fala para o redutor que ele precisa acabar com a droga, não é uma campanha contra a droga, não é uma guerra contra a droga e eu gosto de chamar a estratégia da redução de danos como uma injeção de vida na vida destas pessoas.” (LANCETTI, 2016, p. 63).

Ainda segundo Lancetti, ao contrário do proibicionismo, a estratégia de redução de danos recomendada pelos pressupostos antimanicomiais provoca efeitos clínicos mais profundos. Ao fazer com que o usuário esteja implicado em todo o processo, ela parte da autonomia e da experiência própria de cada sujeito, “no sentido de buscar conhecê-lo na sua singularidade, sem catalogá-lo nem classificá-lo segundo o tipo de droga que consome” (p. 66).

4 LEVANDO A CABO O DESMONTE. 2016-2019

Apesar de durar pouco tempo, o governo de Michel Temer (2016-2019) apoia-se em setores conservadores para impor através da Resolução CIT nº32, de 14 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a) e da Portaria GM/MS nº 3588/2017 (BRASIL, 2017b), a reformulação das Redes de Atenção Psicossocial, as RAPS. Segundo Duarte (2018), um “golpe” realizado sem nenhuma pactuação com a instância deliberativa máxima de participação e controle social da saúde, o Conselho Nacional de Saúde, em

uma ação que reforça a lógica manicomial ao financiar leitos em hospitais psiquiátricos e aumentar o número de leitos em hospitais gerais. Uma lógica que oferece a internação como única resposta à crise e que não permite o cuidado em liberdade, em um claro retorno às lógicas excludentes e normatizadoras, potencializadas com um “aporte substancial de dinheiro público para as comunidades terapêuticas, apesar de muitas delas terem sido denunciadas como locais de tortura, exploração do trabalho dos usuários e de encarceramento privado, configurando práticas de violação de direitos” (DUARTE, 2018, p. 235).

Segundo Delgado (2019), entre agosto de 2016 e janeiro de 2019, o governo federal ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas. Além disso, restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico e recomendou a não utilização da palavra 'substitutivo' para designar qualquer serviço de saúde mental, recriando o hospital-dia, “um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado” (DELGADO, 2019, 3). Neste mesmo governo, foi aprovada a resolução 01/2018 (BRASIL, 2018), que em sua “nova” política de drogas, promove ainda mais as ações voltadas para a abstinência, não mais pela redução de danos. Uma forma de cuidado pautada pela proibição do consumo e pelo aumento das internações.

O que pode ser percebido é que a chegada de setores conservadores ao poder em 2016 reafirma a intolerância e acelera violentamente os desmontes. As medidas tomadas neste período são o retorno de uma política autoritária, que discrimina e criminaliza, que delega às instituições a tarefa de adaptar os indivíduos à coação e à exclusão, fazendo ressurgir a cicatriz entre o homem e o cidadão: “Entre o homem e o cidadão, uma cicatriz: o estrangeiro. Será ele inteiramente homem se não é cidadão? Não gozando dos direitos de cidadania, possui os seus direitos de homem?” (KRISTEVA, 1994, p. 102-103).

5 A “NOVA” POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL. 2019-2021

Em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde do governo Bolsonaro divulgou a Nota Técnica 11/2019, elaborada por Quirino Cordeiro Junior e emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde. Destinada a “esclarecer aspectos da nova política de saúde mental” (BRASIL, 2019), reafirma a continuidade da gestão de Temer e realiza uma crítica genérica sobre a 'ideologia'

presente na política de saúde mental, que deveria ser substituída por uma visão 'científica' acerca da questão. Ainda de acordo com a nota, os recursos que antes eram destinados especificamente aos serviços de base comunitária de saúde mental poderiam agora ser transferidos às comunidades terapêuticas, aos hospitais psiquiátricos ou outras áreas da saúde (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Além da questão prática do financiamento, a crítica governista que atribui à Reforma Psiquiátrica a pecha de “ideológica” permitirá o retorno de práticas e dispositivos desumanizados, que correm o risco de serem aplicados indiscriminadamente, tais como a eletroconvulsoterapia, e os já mencionados retorno da centralidade dos hospitais psiquiátricos e a internação compulsória de crianças e adolescentes. É preciso notar, nos diz Basaglia, que o tecnicismo que se descreve como independente das “ideologias” na realidade atua como um elemento mistificador da desumanização, “fazendo com que o objeto da violência se adapte à violência de que é objeto sem sequer chegar a ter consciência dela” (2001, p. 102). Uma episteme que visa reduzir o conflito entre o excluído e aquele que exclui, provando “cientificamente” e inexoravelmente a inferioridade do primeiro em relação ao segundo.

No desmonte projetado, outros pontos merecem especial destaque, seja pelo retrocesso, seja pela desumanização, ou pelo próprio descumprimento da legislação já em vigor, como é o caso da internação compulsória de crianças e adolescentes, que contraria o estabelecido Estatuto da Criança e do Adolescente (SENADO FEDERAL, 2017-2018). O Estatuto prevê que as crianças e os adolescentes são sujeitos de direitos integrais, sujeitos capazes de ter as suas próprias necessidades e anseios, “em condições de liberdade e de dignidade” (BRASIL, 1990). Entretanto, o que é observado com a tentativa de implementação da Nota Técnica 11/2019 é o fim dessa conquista e a retomada do modelo de tutela e posse dos sujeitos que ainda se encontram em desenvolvimento. Descumpe-se o artigo 18 do Estatuto (Lei 8.069/1990), que trata do dever da família, da sociedade e do Estado de zelar por suas dignidades, resguardando-os de qualquer tipo de tratamento constrangedor, humilhante, violento ou aterrorizante. Além disso, como salienta Arantes (2012), não é possível ser conivente com a exposição da criança ou do adolescente pela sociedade, pela justiça ou por qualquer outro tipo de instituição que persista em concepções higienistas e menoristas.

Neste sentido, coloca-se em debate o fato da internação compulsória poder ser comparada a uma redução da maioria penal, uma vez que os jovens passam a ser internos em instituições cujos efeitos são semelhantes aos das prisões e fundações

socioeducativas. Critica-se o uso de psicofármacos como procedimento usual nos atendimentos oferecidos e sua prescrição generalizada, firmada sobre os pretextos da “adaptação” ao lugar, da necessidade de reduzir suas presumidas agressividades e comportamentos disfuncionais, ou apenas como precaução de supostos riscos (ARANTES, 2012). Segundo Liz (2019), as comunidades terapêuticas funcionam para estes jovens como instituições que apenas perpetuam a lógica do encarceramento e disciplinarização. Com o pretexto do combate à drogadição, funcionam como pequenas engrenagens onde o menorismo estrutural presente na sociedade se institucionaliza.

Um último ponto da nota que precisa ser destacado diz respeito à já mencionada consolidação da centralidade dos hospitais psiquiátricos e sua inserção nas redes de atenção psicossocial (RAPS). Essa medida é o desmonte definitivo da política que tem como objetivo a inclusão da loucura na sociedade e não o seu enclausuramento na instituição. É o comprometimento da lógica territorial e dos fundamentos da clínica da atenção psicossocial (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020), de construção de um trabalho terapêutico que se concentra no território de existência e circulação do usuário.

A possibilidade de estar em movimento, buscar autonomia e poder estabelecer vínculos com a própria região possibilitavam o enriquecimento do dia a dia das pessoas que recebem algum tipo de serviço do âmbito da saúde mental. Nesta desterritorialização, o reconhecimento do espaço público comunitário como instrumento de reabilitação, tal como preconizado pela Reforma Psiquiátrica, é inteiramente negligenciado. Mais do que uma simples forma de conceber o tratamento que será destinado à população, tal “inovação” se encarrega de excluir e impedir a circulação de camadas específicas da sociedade no espaço urbano. E quando se desvincula o sujeito de seu território, a criação e a escuta se tornam fragmentadas, as possibilidades são divididas e se “vive num estado de despersonalização absoluta” (FANON, 1956/2020).

6 A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO PROCESSO

Como já foi dito, a proposição deste trabalho foi a de que os retrocessos atravessados pelo campo da saúde mental no Brasil não podem ser compreendidos como elementos pontuais. A hipótese discutida é a de que a loucura e a drogadição ocupam o lugar de elemento *infamiliar* (Freud, 1919/2019), alheio à composição racionalizada do espaço social. E que, em função disso, o movimento da Reforma Psiquiátrica não pode ser visto como um processo já resolvido, mas sim como um movimento contínuo de luta e resistência, construído por usuários e seus familiares, pelos trabalhadores e gestores no

cotidiano dos serviços. Defende-se também que a reforma é uma construção política que não pode ser dissociada da participação comunitária e dos demais movimentos sociais comprometidos com a promoção de direitos. Um movimento que precisa incansavelmente superar as políticas de enclausuramento e exclusão, agenciando novas estéticas existenciais para que se articulem em compromissos libertários e exijam uma sociedade sem manicômios (SIMONINI, ROMAGNOLI, 2018).

Como também já foi falado, Basaglia, Fanon e os teóricos das reformas italiana e brasileira, fornecem elementos importantes para o estabelecimento desta hipótese em suas críticas à desumanização, à pretensa neutralidade da ciência e da psiquiatria, e ao papel dos especialistas na opressão e no estabelecimento de um lugar de inferioridade para os usuários, adaptando-os à sua condição de “objetos de violência” (BASAGLIA, 2001, p. 102), fazendo das diversas formas de instituição manicomial um instrumento para manutenção das formas hegemônicas e normatizadas de funcionamento social, na qual os usuários permanecem como elementos estrangeiros, apreensíveis apenas como doentes, sem cidadania nem direitos. Desta forma, a luta por uma sociedade sem manicômios se mostra como aquela à qual não se pode nunca renunciar:

A luta contra as atuais estruturas psiquiátricas enquanto repressivo-custodiais; a luta contra as estruturas psiquiátricas, ainda que reformadas, mas lugar de institucionalização da doença; a luta contra a institucionalização do sofrimento através da doença; a luta contra o sofrimento como necessidade do mundo do capital e da sociedade de troca, isto é, como universo de não escolha, onde o sofrimento vem transformado em algo mercantilizável. (BARROS, 1994, p. 66)

Por outro lado, a categoria freudiana de “*Infamiliar*” foi a chave interpretativa que nos permitiu compreender melhor a relação social que se estabelece com a loucura e a insistência que é necessária empreender para firmar seu lugar de direito. Como já foi dito, o “*infamiliar*” apresentado por Freud em uma obra de 1919, é como o “enquistamento de um corpo estranho” (SALVAIN, 1998, p. 175), do qual o *eu* tenta a todo custo se desvencilhar. Enquistamento que se dá a ver (e a sentir) no desconforto das ideias súbitas, dos impulsos involuntários ou mesmo nos sonhos, revelando o quanto o inconsciente é uma terra estranha, estrangeira para o eu.

O sentimento de estranheza, que se apresenta diante da loucura e da desmedida das drogas, seria da mesma natureza. A angústia, e em seu limite a própria agressividade, seriam a resposta do *eu* à reativação de questões que estavam

aparentemente superadas, ao retorno desse material inconsciente que havia sido recalçado. Neste processo, os pensamentos e desejos renegados que haviam sido afastados da consciência voltarão projetados em formas externas, em particular nas formas sociais minoritárias, aquelas identificadas como as formas dissonantes da sociabilidade: o louco, o drogadito, a população LGBTQIA+, a mulher ou as populações que já foram de alguma forma colonizadas e escravizadas.

Ao afirmarmos o caráter inconsciente da relação com o estranho, com o *infamiliar* que está presente em nós mesmos, não estamos eliminando a dimensão política desta relação com o minoritário. Ao contrário, está se reafirmando o compromisso ético de questionar a segregação. Segundo Salvain (1996), projetando um lugar onde o sujeito é convocado a se pensar, refletir sobre a naturalização das relações sociais de preconceito e estranheza que foram estabelecidas para com os demais, fazendo-as dar lugar ao respeito e à tolerância ao diferente (MENDES, 2019).

Financiamento: CNPq e UERJ.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. p. 87-122.

ANVISA. Resolução-RDC/ANVISA nº 101, de 30 de maio de 2001. Brasília: DF, 2001.

ARANTES, Esther Maria de Magalhães. Direitos da criança e do adolescente: um debate necessário. *Psicologia Clínica*, 24 (1): 45-56. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pc/a/6ZscSQSMjyRwMw3Cmdq5gwR/?format=pdf&lang=pt>.

BARROS, Denise Dias *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EdUSP/Lemos, 1994. p.60-72.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. p. 99-135.

BRASIL. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei 10216 de 6 de abril de 2001. Brasília: DF, 2001. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1028 de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília: DF, 2005. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html#:~:text=De

[termina%20que%20as%20a%C3%A7%C3%B5es%20que,sejam%20reguladas%20por%20esta%20Portaria.](#)

BRASIL. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Brasília: DF, 2010. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). Brasília: DF, 2011. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: DF, 2017a. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html.n

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3588/2017. 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. Brasília: DF, 2017b. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução nº 1/2018, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Droga. Brasília: DF, 2018. Disponível em:
<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília: DF, 2019. Disponível em:
<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.

CARTA de Pinhais. I Encontro Nacional de Redes de Atenção Psicossocial do SUS. Paraná: Pinhais, 2013. Disponível em:
<https://redehumanizaus.net/71112-carta-do-i-encontro-nacional-da-raps/>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília: DF, 2018. Disponível em:
<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-daInspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdfm>

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho educação e Saúde*, 18(3): 1-20. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt> .

DELGADO, Pedro Gabriel. *As razões da tutela*: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(2): 114-121. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2): 1-4. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?format=pdf&lang=pt>.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Revista Libertas*, 18(2): 227-243. Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18604/9730>

FANON, Frantz. (1956/2020). *Alienação e liberdade*: Escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu. p. 276-294.

FERREIRA, Gina. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma análise sociopolítica. *Psicanálise & Barroco* – Revista de Psicanálise, 4 (1): 131-145. Rio de Janeiro: UniRio, 2006.

Disponível em: <http://seer.unirio.br/psicanalise-barroco/article/view/8891/7650>

FREUD, Sigmund. *As pulsões e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *O infamiliar [Das Unheimliche]*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 1919/2019. p. 27-127.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15 (1): 94-115. Rio de Janeiro: UERJ, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>.

IANNINI, Gilson; TAVARES, Pedro Heliodoro. Freud e o infamiliar. In: FREUD, Sigmund. *O Infamiliar*. p. 7-27. Belo Horizonte: Autêntica, (1919/2019).

KRISTEVA, Júlia. *Estrangeiros para nós mesmos*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 177-202.

LANCETTI, Antônio. *A Clínica Peripatética*. São Paulo. Hucitec, 2016.

LIZ, Amanda Machado de. Do menorismo ao protecionismo: um histórico da legislação da infância e juventude no Brasil. *Seminário Internacional em Direitos Humanos e Sociedade* (2): 1-15. SC: Unesc, 2019. Disponível em:

<https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/AnaisDirH/article/view/5857/5272>

LUSTOZA, Rosane Zétola. A Natureza Secreta do Estranho: uma Interpretação Lacaniana da Angústia em Freud. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2): 473-487. Distrito Federal: Conselho Federal de Psicologia, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/HMDLG99Qpp8vw5N8gscRFBL/?format=pdf&lang=pt>.

MENDES, Eliana Rodrigues Pereira. O estranho dentro de nós, a intolerância à diferença. *Reverso*, 41(78): 45-54, Belo Horizonte: Círculo psicanalítico de Minas Gerais, 2019. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952019000200005&lng=pt&nrm=iso

PASSOS, Rachel Gouveia. Holocausto ou Navio Negreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 10(3): 10–23. Vitória: UFES, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483/15672>

SALVAIN, Patrick. Estranheza. In KAUFMANN, Pierre. *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 173-174.

SENADO FEDERAL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Distrito Federal: Secretaria de Editoração e Publicações Coordenação de Edições Técnicas, 2017-2018.

SIMONINI, Eduardo; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Transversalidade e esquizoanálise. *Psicologia em Revista*. 24 (3): 915-929. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica, 2018. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v24n3/v24n3a15.pdf>