

AS RECENTES REFORMULAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DIREITOS VIOLADOS?

Recent reformulations in Mental Health Policy in Brazil: Violated Rights?

Thais Raianny Lima Silva¹
Lauriane dos Santos Moreira²

Artigo encaminhado: 21/05/2021
Artigo aceito para publicação: 04/12/2023

RESUMO

O presente trabalho aborda o processo de construção das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil, tendo por objetivo verificar, a partir de análise bibliográfica de artigos, teses e monografias disponíveis nas bases de dados *online*, a influência do modelo manicomial no atual cenário da saúde mental dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Nota Técnica MS N. 11/2019 e a Lei 13.840/2019 como documentos norteadores. Nesse sentido, esta pesquisa se preocupou em delimitar os marcos históricos e metodológicos do processo que resultou na reforma psiquiátrica brasileira, relacionando desta forma com as atuais Políticas de Saúde Mental implantadas em 2019, nomeada de “Nova Saúde Mental”, que apesar da nomenclatura apresenta evidências de um possível retrocesso à lógica manicomial.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde Mental. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The present work approaches the process of construction of Public Mental Health Policies in Brazil, aiming to verify, from bibliographic analysis of articles, theses and monographs available in online databases, the influence of the

¹ Psicóloga (CEULP). Especialista em Intervenção ABA aplicada ao Transtorno do Espectro Autista e Deficiência Intelectual (IPOG). Psicóloga Clínica no Instituto de Neurociência e Saúde - Psiquê. E-mail: thaisray7@gmail.com

² Psicóloga (CEULP). Mestre em Desenvolvimento Regional (UFT). Especialista em Saúde Pública, com Ênfase em Saúde Coletiva e da Família (ITOP). Especialista em Análise Comportamental Clínica (IBAC). Especialista em Educação em Saúde para Preceptores do SUS (Sírio Libanês). Analista em Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). E-mail: lauri.moreira@gmail.com

asylum model in the current mental health scenario within the Sistema Único de Saúde (SUS), with Technical Note MS Number 11/2019 and Law 13.840/2019 as guiding documents. In this sense, this research was concerned with delimiting the historical and methodological milestones of the process that resulted in the Brazilian psychiatric reform, thus relating it to the current Mental Health Policies implemented in 2019, named “New Mental Health”, which despite the nomenclature presents evidence of a possible regression to asylum logic.

Key words: Public Mental Health Policies. Mental health. Psychiatric Reform.

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de Saúde Mental vigentes no Brasil foram sendo construídas ao longo de mais de três décadas. No princípio, as pessoas com transtornos mentais eram vistas como loucas. Foucault (1972) em sua obra clássica “História da Loucura” relata que a loucura era um problema acerca do qual a sociedade escondia ou até mesmo eliminava das ruas de suas cidades.

Os tratamentos destinados às pessoas em sofrimento mental sofreram muitas alterações com o passar do tempo, sendo comum a restrição de sua liberdade em hospitais psiquiátricos, modelo este que predominou no Brasil até o final do século XX. Com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, que lutava em prol de melhorias nas políticas de assistência à saúde mental, o processo de reforma psiquiátrica começa a engatinhar. Tal movimento foi considerado o precursor da reforma psiquiátrica brasileira, desde então muito foi debatido e discutido em conferências de âmbito nacional em favor da construção da reforma psiquiátrica no país (AMARANTE, 1995).

Um dos marcos essenciais para o processo de reforma psiquiátrica brasileira foi a inserção da Lei 10.216/01, que dispõe a respeito da proteção e dos direitos das pessoas em sofrimento decorrente de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Tal legislação ficou popularmente conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que imprime o marco histórico pela luta de reformulações no sistema público de saúde mental, estabelecendo o respeito à dignidade humana das pessoas em

sofrimento mental através da implantação de uma rede de cuidados territoriais . Antes da implantação da Lei 10.216/01, era comum a internação involuntária de pessoas em sofrimento mental em manicômios, onde o modelo de tratamento asilar psiquiátrico não exercia sua finalidade de recuperar as pessoas em sofrimento mental, pelo contrário, era o responsável pelo seu agravamento

Em 2019, o Governo Federal Brasileiro propôs mudanças na legislação em saúde mental alterando a Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, especialmente por meio da Nota Técnica MS N. 11/2019 e da Lei 13.840/19. A Nota Técnica MS N. 11/2019 autorizou a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas dentro da Rede de Atenção Psicossocial conhecida como RAPS, e o financiamento pelo Ministério da Saúde para a compra de máquinas de eletroconvulsoterapia. Também inclui a possibilidade de internação de criança e adolescentes e abstinência do uso de drogas como alternativa para a desintoxicação (BRASIL, 2019).

Já a Lei 13.840/19 alterou a Lei antidrogas 11.343/06. Nela está descrita a possibilidade de internação involuntária de usuários de drogas mediante laudo médico, sendo que a família ou o responsável legal poderão pedir a interrupção do tratamento a qualquer momento (BRASIL, 2019).

Considerando o cenário acima apresentado, surgem questionamentos importantes acerca das alterações na Política Nacional de Saúde Mental do Brasil, especialmente sobre a possibilidade de um retorno às práticas tidas como manicomial. Se formulou, assim, o seguinte problema de pesquisa: De que maneira se dá a influência do modelo manicomial no atual cenário da saúde mental no Brasil frente às mudanças nas políticas públicas de saúde mental?

Propôs-se, portanto, responder a essa questão, a partir de análise bibliográfica, tendo como foco a saúde mental praticada no Sistema Único de Saúde (SUS), norteador pela Nota Técnica MS N. 11/2019 e a Lei 13.840/2019, que permitem discutir um retroceder dos cuidados ao usuário às ideias manicomial. Para tanto, os dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica, selecionando os principais marcos da história a respeito da Saúde Mental no Brasil e comparando-os com as orientações da Nota Técnica MS N.

11/2019 (disponibilizada no *site* do Ministério da Saúde) e a Lei 13.840/2019 (acessível no Portal da Legislação). Então, foram realizadas buscas de artigos, teses e monografias nas bases de dados *online*.

Assim, a proposta do estudo que se segue é levantar a história do cuidado oferecido no Brasil para pessoas em sofrimento mental durante o século XX e XXI; descrever a lógica manicomial e os movimentos sociais existentes no Brasil historicamente contrários àquela; apresentar a Política Nacional de Saúde Mental, que foi se desenvolvendo desde a criação do SUS e analisar a Nota Técnica MS nº. 11/2019 e a Lei 13.840/2019, de modo a verificar aspectos que contribuem com a lógica manicomial.

A Nota Técnica MS N. 11/2019 e a Lei 13.840/2019, colocam em risco o modelo de saúde mental integrado, voltado para a prevenção e centralizado na participação ativa da comunidade, onde os serviços estão próximos a quem precisa de cuidados. Considerando a temática exposta, o presente estudo, portanto, explora a questão das políticas de saúde mental no cenário brasileiro, as quais têm passado por recentes reformulações, trazendo o questionamento sobre possíveis retrocessos em relação à garantia de direitos às pessoas em sofrimento psíquico.

1 DA LÓGICA DO CUIDADO MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA

Quando se fala em lógica manicomial logo se pensa em pacientes psiquiátricos enclausurados em manicômios. Entretanto, a lógica manicomial vai além desta simples definição. “Trata-se de uma série de posturas, olhares, maneiras de encarar o usuário dos serviços públicos ou privados de saúde mental, e que norteiam relações institucionais, interprofissionais e interpessoais”. Podemos acrescentar que a lógica manicomial é centrada num sistema de saúde puramente institucionalizante, onde a hospitalização e a medicalização costumam ser o centro dos cuidados (OLIVEIRA, 2009, p. 54).

Construída ao longo da história, “A Loucura é relatada, inicialmente, na Antiguidade grega e romana, vista como manifestações sobrenaturais” (MILLANI; VALENTE, 2008, p. 2). Já na idade média, a loucura era vista como manifestação do sobrenatural. Os “loucos” eram perseguidos, torturados e assassinados nas fogueiras ou eram afogados, recebendo o mesmo

tratamento dos hereges, que eram vistos como “feiticeiros”, “bruxos”, uma verdadeira caça às bruxas (GOODWIN, 2005).

Segundo Szasz (1978, *apud* MILLANI; VALENTE, 2008, p. 3), “no século XVII, com o declínio do poder da igreja e da interpretação religiosa do mundo, o complexo inquisidor-feitiçaria desapareceu e , em seu lugar, surgiu o complexo alienista-insano mental”. Amarante (1995) relata que no final do século XVIII e início do século XIX, a doença mental passou a ser vista do ponto biológico, suscetível a tratamento (medicalização da loucura). Isso se deve ao médico francês Phillipe Pinel que instituiu o programa cujo nome era Tratamento Moral.

Conforme Goodwin (2005), os tratamentos dados aos doentes mentais eram cruéis. Sendo alguns deles: sangria, purgações, inoculação de sarna, aplicação de substâncias corrosivas na pele, administração de substâncias que provocasse o vômito, mesmerismo, entre tantas outras que não detinham o poder de cura. Entendia que a causa das doenças mentais era em decorrência de lesões no cérebro ou por outra causa de origem biológica, o que na realidade é um problema de ordem social .

Tendo em vista as brechas deixadas pelos tratamentos citados acima, surge, em meados do século XX, a necessidade de transformar o cuidado às pessoas em sofrimento mental. Em 1959, Maxwell Jones, influenciado pelos trabalhos preliminares de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman consagra as bases da então Comunidade Terapêutica, com isso lança uma série de reformas institucionais limitadas ao hospital psiquiátrico, as quais objetivavam reformular a dinâmica dos manicômios por meio de novas perspectivas e propostas higienistas (AMARANTE, 1995).

Na França, na década de 40, surgiu o movimento liderado pelo médico psiquiatra espanhol François Tosquelles, que consistiu em transformar o método de segregação do espaço asilar. A Psiquiatria Institucional surgiu com o intuito de recuperar o modelo asilar de tratamento enquanto espaço terapêutico, postulando que a instituição em seu conjunto é que deveria ser reformulada (JORGE, 1997).

Em um segundo momento, entre os anos de 1945 e 1947 também na França, a Psicoterapia Institucional foi o ponto de partida para a implantação da

política de setor, o hospital psiquiátrico foi dividido em zonas. A setorização foi um movimento que permitia organizar a estrutura dos serviços de psiquiatria em serviços públicos de apoio e tratamento. Entretanto, tal medida não conseguiu transformar o domínio da psiquiatria habitual (AMARANTE, 1995).

Conforme Amarante (2007) anos mais tarde nos Estados Unidos da América, na década de 1960, foi implantada a Psiquiatria Preventiva como estratégia dos programas de saúde. Nesse período da história os EUA apresentavam um cenário de crise social, política e econômica. A Psiquiatria Preventiva ou Psiquiatria Comunitária foi definida por Geraldo Caplan, que dividiu seu trabalho em prevenção primária, secundária e terciária. Tendo o objetivo de prevenir o adoecimento psíquico.

Já na Itália, de 1961 a 1968, Franco Basaglia instalou um projeto no hospital psiquiátrico Provisório de Gorizia, denominado Comunidade Terapêutica. Nascida na Inglaterra, a Comunidade Terapêutica objetivava a prevenção do adoecimento mental. Com esse intuito, foi criada uma rede de serviços comunitária no território, voltando assim a atenção para aquele que vive em situação de crise (AMARANTE, 1995).

Tendo como base a Comunidade Terapêutica, emerge o movimento Antipsiquiatria. No qual buscava valorizar a análise do discurso do sujeito, não tendo tratamentos de origem química ou física na sua ideologia. Acreditava-se que não existia doença mental, que era apenas um rótulo que limitava as pessoas. Nesse sentido, a antipsiquiatria propagava o fim dos hospitais psiquiátricos, argumentando que as práticas de saúde mental vigentes pautavam-se no uso de violência e pela inexistência de direitos humanos (OLIVEIRA, 2011).

Somente após a segunda guerra mundial, diante das inúmeras queixas, o movimento de reestruturação manicomial foi iniciado a partir dos trabalhos de Basaglia, nos anos 60 na Itália. Segundo Basaglia (1979, p. 57 *apud* AMARANTE, 1995, p. 46) a “psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença”. Assim sendo, a Psiquiatria Democrática Italiana objetivou a desinstalação gradual dos manicômios, substituindo por novas formas de lidar com a doença mental baseada em serviços abertos à comunidade (HEIDRICH, 2007).

Diante do cenário discutido ao longo deste capítulo, tanto a Psicoterapia Institucional e a Política de Setor francesa quanto o movimento Antipsiquiatria surgido na Itália exerceram grande influência não só na Europa, como também na América-Latina, em especial no Brasil. As mobilizações sociais e políticas desses movimentos deram as bases para a desinstitucionalização do modelo manicomial de tratamento, contribuindo de forma ativa para a reforma psiquiátrica brasileira.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL A PARTIR DO SUS

A saúde pública brasileira começa a ser moldada com a chegada da família real portuguesa, sendo que a única forma de conter as epidemias era isolar os enfermos do restante da população. Em relação aos cuidados aos doentes mentais, os ditos loucos não recebiam qualquer forma de tratamento psiquiátrico. Só em 1842, no Rio de Janeiro, com a criação do Hospício Pedro II, que os doentes mentais começaram a receber tratamento (GONÇALVES; EDLER, 2009).

Diante do cenário exposto, a atenção à saúde mental considerou a necessidade de buscar meios terapêuticos eficazes que respeitassem o direito e a subjetividade dos usuários, além da preocupação com o número crescente de pessoas com transtorno mental. Dessa maneira a Psiquiatria Social emergiu, e com ela a transferência de doença mental para saúde mental (AMARANTE, 2007).

O fator primordial para ter início o movimento da reforma psiquiátrica brasileira foi à crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), dessa crise surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O MTSM marca o início do processo de reforma psiquiátrica brasileira, Tal movimento (juntamente com o Movimento Sanitário) objetivava a transformação das políticas de assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Marcos históricos como o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupo e Instituição (ambos realizados em 1978), e a 8º Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu em 1986, contribuirão para a reformulação da saúde como um todo. Após a 8º Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a I Conferência Nacional de

Saúde Mental (I CNSM) em 1987, ano esse que marca o começo de um novo momento nas políticas de saúde mental no Brasil (AMARANTE, 1995). Só na III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) realizada em 2001, que fixou a reforma psiquiátrica como política do governo e conferindo aos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS (AMARANTE, 2007).

Com a inserção da constituição de 1988, se passa a garantir a saúde como direito social fundamental. A saúde, então, passa a ser dever do Estado, que não pode recusar a oferta-la sob pena de ofensa à Constituição (CARVALHO, 2003). Através da Constituição Federal o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, a gestão passa a ser articulada entre os níveis federal, estadual e municipal, tendo o poder de controle social efetuado através do Conselho Comunitário de Saúde. Tendo sido normalizado apenas em 1990, pela lei 8080/90. Logo após foi implantada a lei 8.142/90, que estabelece a participação social na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 1990).

A Lei 10.216/2001 ou Lei da Reforma Psiquiátrica, foi construída tendo o objetivo de transpor o modelo terapêutico, assegurando os direitos das pessoas em sofrimento mental, incluindo os decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Além de responsabilizar o Estado pelo desenvolvimento da política de saúde mental, a prestação de assistência e promoção de ações de saúde com a participação da família e da sociedade, ofertando serviços de saúde mental comunitários (BRASIL, 2001).

Após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde proclamou portarias com o fim de regulamentar o funcionamento e o financiamento dos CAPS. Em 2002 o Ministério da Saúde institui a Portaria de número 336, que estabelece os Centro de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades, sendo elas: CAPS I, CAPS II, CAPS III, os CAPS infantis, CAPS AD (BRASIL, 2002).

Um importante avanço no âmbito da saúde mental, foi a implantação da Portaria Nº 3.388 de dezembro de 2011 pelo Ministério da Saúde que Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinada a ampliar e articular pontos de atenção à saúde que atende pessoas em sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de substâncias

psicoativas, no domínio do SUS. A RAPS é um modelo de atenção à saúde mental acessível e de base comunitária (BRASIL, 2011).

A Portaria Nº 130 de 2012, definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III). Já o CAPS AD IV foi instituído em 2017 pela Portaria 3.588, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, a qual passa a vigorar com uma equipe multiprofissional especializada em Saúde Mental. O CAPS AD IV acolhe pessoas em quadros graves e intenso sofrimento mental decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como objetivo oferecer à população, serviços de atenção contínua, com assistência de urgência e emergência, disponibilizando leitos de observação (BRASIL, 2017).

Ainda sobre a questão das drogas, em 23 de agosto de 2006 o Governo Federal institui a Lei nº 11.343 (BRASIL, 2006) com o objetivo de determinar e orientar ações de prevenção e repressão ao consumo e abuso de substâncias psicoativas. O Sistema Nacional de Política Pública sobre Drogas (SISNAD), define as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas, trata do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências.

É possível verificar que a construção das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil teve o intuito de oferecer à população um serviço de saúde mental que garantisse ao usuário seus direitos humanos, sua liberdade e dignidade. Todos os marcos legais descritos neste capítulo possibilitaram a oferta de serviços humanizados para a população em substituição àqueles que primavam pela lógica dos manicômios.

3 O POSSÍVEL REGRESSO DA LÓGICA MANICOMIAL

No dia 04 de fevereiro de 2019 o Governo Federal publicou a Nota Técnica Nº 11/2019 alterando a Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A Nota Técnica Nº 11/2019, também chamada de Nova Política de Saúde Mental ou simplesmente “Nova Saúde Mental”, tem como ponto central ampliar os dispositivos da RAPS, instituindo em seus serviços de assistência o Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Unidades de Ambulatório Especializado, comunidades terapêuticas e CAPS AD IV, este que já havia sido instituído no ano anterior,

pela Portaria N. 544. Com isso temos a ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas dentro da RAPS, além do financiamento pelo Ministério da Saúde para a compra de máquinas de eletroconvulsoterapia, a possibilidade de internação de crianças e adolescentes, e abstinência do uso de drogas como alternativa para a desintoxicação.

Tais alterações ferem um conjunto de ações que foram construídas ao longo de uma luta que busca pelos direitos das pessoas em sofrimento mental, que deu origem ao Movimento da Reforma Psiquiátrica. Movimento esse que se baseia no desenvolvimento histórico, político, científico e sanitário que mais tarde resultou na Lei 10.216/2001. Em vista disso a “Nova Saúde Mental” inflige a Lei 10.216/2001, que norteou a Política de Saúde Mental no Brasil por 18 anos, estabelecendo os direitos das pessoas em sofrimento mental, dispondo de um serviço de saúde articulado em rede, integral, de base territorial e comunitária, que preza pela liberdade do sujeito. O que é um indicativo que ao implantar a Nota Técnica 11/2019, o Governo Federal parece incentivar o regresso à lógica manicomial.

Um dos pontos que a Nota Técnica apresenta é a ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, como sendo componentes da RAPS. Por muitos anos o hospital psiquiátrico compôs a Política de Saúde Mental no Brasil, mas diante das atrocidades cometidas em seu interior, viu-se que esses hospitais eram um desserviço para a sociedade, pois estavam centrados na lógica segregacionista e na violação dos direitos humanos . Por essa razão foram implantados serviços que superassem o modelo asilar de tratamento. São os chamados serviços substitutivos de atenção psicossocial . A Nota Técnica 11/2019 diz que: “não há mais porque se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum serviço substitui outro”, o que é uma afirmação grave do ponto de vista histórico da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica.

A Lei 10.216/01 em seu Artigo 2º, Parágrafo único, descreve os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, como ter acesso ao melhor tratamento dentro do SUS, de acordo com suas necessidades, receber tratamento com humanidade e respeito, protegido contra qualquer forma de abuso e exploração, com interesse de beneficiar sua saúde, almejando

conseguir sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, tendo livre acesso a comunidade. O parágrafo também ressalta o direito à presença médica quando solicitado, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização juntamente com o maior número de informações acerca de sua doença e tratamento, tratando sempre em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis (BRASIL, 2001). A Nota Técnica 11/2019 e a Lei 13.840/2019 desconsidera o que está disposto na Lei 10.216/01 ao tratar a pessoa em sofrimento mental por meios invasivos, o que pode agravar o sofrimento do indivíduo.

Compreende-se que, com a ampliação de leitos em hospitais públicos, a inserção dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas, os direitos conquistados e estabelecidos pela Lei 10.216/2001, que propõe cuidados mais humanizados e eficientes, podem ser violados. Além de retroceder décadas no modelo de assistência de saúde, quando o foco das ações era clínico/assistencialista. Essa situação deixa em segundo plano ações ligadas à saúde coletiva, ao modelo sanitarista de saúde.

Do ponto de vista ético e de direito, as estruturas asilares aplicavam práticas violentas, sendo denunciadas por maus tratos e violação de direitos humanos. No Brasil tivemos o exemplo do maior hospital psiquiátrico do país, conhecido como “Hospital Colônia”, no qual, durante décadas, mais de 60 mil pessoas morreram em seu interior (ARBEX, 2013). Com isso compreende-se que os erros cometidos no passado podem voltar a ser cometidos no presente, e estudar o processo histórico dessas instituições faz com que se entenda a importância da desinstitucionalização.

A Constituição Federal de 1988, no seu Artigo 196 refere que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196). Em 1990 a Lei 8.080 instituiu o SUS. No Artigo 2º fala que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Assim, tanto a Constituição Federal como a Lei Orgânica da Saúde, dizem que o estado tem o dever de fornecer as melhores práticas de saúde, visando

sempre a redução de riscos e agravos da doença, tendo finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde do usuário.

Na premissa de combater e prevenir atos desumanos, o estado brasileiro aprovou a Lei nº 12.847/2013, que estabelece o Sistema Nacional de Prevenção e Combate a Tortura – SNPCT (BRASIL, 2013). Levando em conta que essa grave violação dos direitos fundamentais do ser humano ainda ocorre em instituições de privação de liberdade, como é o caso dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). Nessa perceptiva, em abril de 1997 o Governo Federal sanciona a Lei 9.455, na qual define os crimes de tortura (BRASIL, 1997). Visto a necessidade do respeito à condição humana que não se conquista com práticas vexatórias.

Não podemos desconsiderar que, com a abertura de leitos psiquiátricos, o atendimento em nível ambulatorial (relacionado à ausência de projetos terapêuticos e de uma equipe multiprofissional interdisciplinar), e o uso de máquinas de eletroconvulsoterapia, o foco do tratamento é no modelo biomédico, mecanicista, que tem como conceito de saúde a ausência de doença, contrariando uma visão biopsicossocial do sujeito. O que atribui uma origem física do sofrimento mental ao tratar os sintomas por meio prioritariamente medicamentoso ou terapia a base de choques elétricos, desconsiderando que o indivíduo é constituído principalmente, pela sua inserção no mundo histórico, político, social, que reflete nos seus aspectos psíquicos.

A eletroconvulsoterapia por décadas foi um meio de tortura e abuso por profissionais que aplicavam o tratamento para punir maus comportamentos e submissão de pacientes restritos em manicômios. Seu uso foi denunciado pelo MTSM por ser um instrumento que fere a dignidade humana e posteriormente desqualificado como prática terapêutica. Conforme Oliveira (2019), foram realizadas diversas pesquisas científicas sobre a eficácia do uso da ECT, todavia estes estudos estão comprometidos, pois não abordaram corrigir as falhas cometidas no passado.

Com a Nota Técnica 11/2019, a ECT volta como elemento de promoção de saúde financiada pelo Estado. Ainda segundo Oliveira (2019), a eletroterapia foi adotada em 1930, em um contexto onde os psicofármacos não

detinha da tecnologia que dispõe atualmente, devido ao avanço da indústria farmacêutica em paralelo aos tratamentos não medicamentosos, que avançaram relevantemente na produção e construção de tratamentos que substituam práticas de “promoção de saúde” invasivas e potencialmente violentas como a ECT. Além da ECT não ser considerada um método que promova a recuperação do usuário. A eletroconvulsoterapia é considerada como instrumento de exclusão social, uma vez que não promove a reinserção e reabilitação da pessoa em sofrimento mental.

A Nota Técnica 11/2019 também defende a internação de crianças e adolescentes nos serviços da RAPS. Porém não apresenta em sua discussão como tal procedimento deve ser realizado, apenas fala que é “aplicável o bom-senso, a ética e o princípio da preservação da internação física, moral e da vida do paciente”, o que torna a decisão pela internação ou não extremamente subjetiva e, pelo cenário que se apresenta, possivelmente pendente para internação. Ressalta que “não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos”. Com a medida, fica evidente que a privação de liberdade retira da criança e adolescente direitos fundamentais descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90). Além do mais, a nota abre uma brecha para a permanência do menor nos serviços de internação mediante laudo médico (BRASIL, 1990).

Inúmeros conselhos profissionais manifestaram o seu repúdio pela Nota Técnica 11/2019, entre eles o Conselho Federal de Psicologia, Conselho Federal de Serviço Social, Conselho Federal de Enfermagem, entre outros. Todos os conselhos concordam com o retrocesso que a “Nova Saúde Mental” traz para a Política de Saúde Mental do país. Entretanto, a esfera federal ignora tais manifestações, assumindo assim uma postura totalitária ao não considerar o que esses profissionais relatam.

Também em 2019 foi aprovado pelo Senado a Lei nº 13.840/2019, alterando trechos relevantes da Lei nº 11.343/2006, que aborda sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Com isso o Governo Federal implanta a nova política de drogas no país, viabilizando a internação do usuário que faz uso ou abuso de substâncias psicoativas de forma voluntária e involuntária, além de incluir as comunidades terapêuticas

como eixo central de tratamento. Os trechos principais que levam a esse entendimento estão nos artigos 23 e 26, ambos inseridos no segundo capítulo que trata das atividades de prevenção, tratamento, acolhimento de reinserção social e econômica de usuários dependentes de drogas.

O artigo 23-A da referida Lei 13.840/2019 aborda o tratamento do usuário ou dependente de droga da seguinte maneira:

O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais [...] (BRASIL, 2019, grifo nosso).

A lei prioriza o tratamento ambulatorial e a internação em unidades de saúde e hospitais gerais, sendo que não se esclarece como essas modalidades de tratamento serão executadas, o que evidencia que o foco do tratamento seja biologicista, uma vez que o tratamento é priorizado em ambulatórios, unidades de saúde e hospitais, em detrimento dos CAPS AD, CAPS AD III E CAPS AD IV . A Lei só faz menção à internação em comunidades terapêuticas, na qual o tratamento é prioritariamente baseado na abstinência. Tal cenário vai contra a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (formulada a partir da Lei 10.216), a estratégia de redução de danos sociais e à saúde implantada pelo Ministério da Saúde em julho de 2005, além dos CAPS AD.

O tratamento mais indicado seria em torno de desenvolver ações que permitissem reduzir os riscos associados ao uso de substâncias psicoativas daqueles que não podem, não conseguem ou não querem cessar o consumo dessa substância. No Artigo 9, primeiro parágrafo , da Portaria nº 1.028, publicada pelo Ministério da Saúde, está dito que: “Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento” (BRASIL, 2005). Com o proposto na Lei 13.840/2019, parece ficar inviável a prática da redução de danos, pois o direito à autonomia do usuário não é considerado ou abordado. Além de abrir precedentes para a violação de um conjunto de práticas de saúde pública.

Inúmeros países adotaram medidas baseadas em evidências científicas, que flexibilizam o uso e o consumo de drogas como estratégia de redução de danos. O Uruguai foi um dos primeiros países da América Latina a adotar ações de redução de danos como política para controlar os efeitos do consumo de drogas, implantando ações para prevenir o contágio do HIV/AIDS. Há sete anos, o país aprovou a Lei 19.172/2013, que legaliza a produção, a distribuição e o consumo da maconha como estratégia de redução de danos (PESSOA; CUNHA, 2018). Então, se pode notar que o Brasil está adotando políticas mais rígidas em relação às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

Já o artigo 23 parágrafo 3º refere-se a dois tipos de internação que parece ter sido flexibilizado pela nova Lei, que são a internação voluntária e a internação involuntária.

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas; II – **internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiares ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifique a medida** (BRASIL, 2019, grifo nosso).

Ao afirmar que a internação involuntária pode ser consentida por qualquer servidor público com exceção dos servidores da área da segurança, indica que se amplie o número de pessoas que podem consentir a internação do usuário de drogas, adotando uma medida arbitrária, baseada na punição e no biologicismo. Com isso temos a ampliação da possibilidade de internação psiquiátrica do usuário de drogas, lembrando que a internação involuntária deveria ser o último recurso. Para evitar internações involuntárias desnecessárias, a Lei 10.216/01 obriga a comunicação ao Ministério Público Estadual pelo responsável do estabelecimento em até 72 horas.

A nova lei também estipula um prazo máximo de internação involuntária de três meses para desintoxicação. No Artigo 23-A, parágrafo 5º, inciso III está posto que: – “pendurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável”. A Lei 10.216/01 não determina um prazo máximo de internação involuntária, podendo ocorrer bem antes de 90 dias. Estipulando prazo máximo, é pouco provável que alguém, nesse novo

cenário, seja internado por menor tempo, pois parece haver uma tendência a insistir na internação como principal estratégia de cuidado, e se existe a possibilidade de internação por 3 meses, por que usar menos tempo? Esse parece ser o raciocínio atual, ainda que contrário à defesa deste trabalho.

A internação involuntária também deixa aberto o caminho para ações de internações em massa da população em situação de rua como forma de higienização dos grandes centros urbanos, já que não necessita de autorização judicial. Com essa reformulação, quem mais se beneficia com esse retrocesso são indústrias farmacêuticas e hospitais psiquiátricos frente a possibilidade de mercado lucrativo. A Lei 13.840/2019 reforça o modelo de abstinência e das comunidades terapêuticas, contrapondo a Política de Redução de Danos e os CAPS AD ao permitir a internação sem o consentimento da pessoa usuária de álcool e outras drogas e sem a necessidade de autorização judicial. Observa-se que o ponto em questão é a supervalorização das internações em leitos psiquiátricos em hospitais gerais e o atendimento do usuário em ambulatório, em comparação às estratégias de redução de danos e dos CAPS.

Outro ponto questionável da Lei 13.840/2019 que evidencia o retrocesso para o modelo de segregação é o artigo 26 – A, que dispõe sobre o acolhimento do usuário em comunidade terapêutica acolhedora.

I – Oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência; II - adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas [...] (BRASIL, 2019, grifo nosso).

As comunidades terapêuticas, por muito tempo foram locais nos quais propagavam-se a violação dos direitos fundamentais à condição humana, sendo consideradas instituições manicomiais. Com o incentivo atual ao tratamento em comunidades terapêuticas, pode haver também a volta de práticas de saúde desumanas que excluam o usuário do convívio social, perpetuando dessa forma o modelo manicomial, o que evidencia o recuo na legislação quanto a Reforma Psiquiatria e a desinstitucionalização do modelo segregacionista já conquistados pelo país. Moreira (2019) relata que em muitos casos, as comunidades terapêuticas só promovem o isolamento do indivíduo, a abstinência e atividades de cunho religioso como meios curativos.

Pelos motivos expostos, se compreende que as comunidades terapêuticas não são espaços que promovam a recuperação da saúde, tendo em vista o modelo de tratamento aplicado em seus internos. As alterações realizadas na Política Nacional de Drogas têm por finalidade o tratamento por meio da abstinência, para isso é preciso ampliar leitos e focar em políticas públicas que favoreçam internações involuntárias. O que resulta em deixar de lado a Políticas Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, as estratégias de Redução de Danos e os CAPS AD como serviços substitutivos ao modelo asilar, simbolizando um retrocesso sobre o modelo de atenção integral e o respeito pela dignidade humana do usuário .

Ainda sobre a Política de Drogas, em julho de 2019 o Governo Federal instituiu o Decreto de Nº 9.926, referente ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, criado em 2006, com o objetivo de discutir e deliberar sobre as políticas sobre drogas vigentes no país. O Decreto retira os conselhos profissionais de Psicologia, Assistência Social e Enfermagem de sua composição, passando a ser composto exclusivamente por entidades governamentais que não dispõem, em tese, de conhecimento científico para sancionar ou vetar qualquer medida que altere a política pública sobre drogas.

Por sua vez, tal exclusão favorece a aprovação de propostas apresentadas pelo Governo sem haver a discussão do assunto por profissionais detentores de conhecimento e que vivenciam a prática diariamente nos serviços de atenção psicossocial. Fica também evidente o grau de importância dado aos conselhos profissionais pelo Governo em questão, o que afeta diretamente a participação social, um dos princípios de organização do SUS, já que a fiscalização é imprescindível nessa área que dispõe de inúmeras denúncias sobre a violação de direitos que ferem a dignidade humana bem como a alocação de recursos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo levou à reflexão sobre as mudanças na legislação em saúde mental, implantadas em 2019 por meio da Nota Técnica MS N. 11/2019 e da Lei 13. 840/19, que altera de forma bastante questionável a Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A Nova Saúde Mental, que apesar do nome trata-se de um retorno a antigas práticas,

desconsidera o processo de Reforma Psiquiátrica e os feitos do modelo de cuidado que foi conquistado com a Lei 10.216/01, adotando estratégias de cuidado por meio da implantação e ampliação de serviços que substituam o modelo manicomial. O cenário evidencia o retrocesso da Política de Saúde Mental adotado pelo Governo Federal.

Muito se fala em ofertar um serviço de saúde mental público integral, que atenda às necessidades de todos os usuários, dispondo de um tratamento em saúde humanizado, que olhe o sujeito em suas diversas esferas. Considera-se ainda que seja oferecido à comunidade os meios de tratamentos menos invasivos, primando sempre pela garantia dos direitos humanos. Entretanto, a Nova (velha) Política de Saúde Mental favorece a segregação, a prática punitiva de tratamento, o biologicismo, a medicalização, o agravamento da doença, a abstinência, o isolamento e o desrespeito. Abre brechas para a violação dos direitos humanos, direito fundamental à liberdade, para a internação em massa de pessoas em situação de rua.

O atual contexto da Saúde Mental adota medidas que são contrárias às conquistas estabelecidas pelo processo histórico, político e social da Reforma Psiquiátrica. Ao analisar a Nota Técnica 11/2019, constatou-se a redução do incentivo aos CAPS AD, o fortalecimento das comunidades terapêuticas, a inserção dos hospitais psiquiátricos na RAPS e o financiamento do Estado para a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia. Já a Lei 13.840/19 evidencia pontos como a promoção da abstinência, contrapondo as estratégias de redução de danos como meio menos invasivo e mais eficaz na recuperação da saúde da pessoa, as internações involuntárias como estratégia central no cuidado aos usuários de drogas e as comunidades terapêuticas como espaços de tratamento.

Portanto, a saúde mental brasileira optou por Políticas Públicas que fortalecem instituições privadas, financiadas com dinheiro público, as quais, por vezes, ofertam tratamentos questionáveis em sua eficácia. Há uma contradição no manejo pela esfera federal das práticas de saúde, pois oferecem tratamentos impositivos ao mesmo tempo em que afirmam o compromisso com a autonomia do sujeito e a oferta de um serviço humanizado, sendo contrário o que se prega e o que se aplica. É preciso incentivar que todas as portas de entrada de instituições com características asilares sejam fechadas e

inviabilizar a abertura de novos leitos psiquiátricos em hospitais. Isso para deslocar a assistência em saúde mental para a rede de atenção extra-hospitalar, que inclui as diferentes modalidades de CAPS, SRT, Centro de Convivência e Cultura, UAs, os leitos de atenção integral, às equipes de Saúde da Família e os consultórios de rua.

Ao evidenciar o retrocesso da Saúde Mental brasileira, busca-se a construção de Políticas Públicas de Saúde Mental sistematicamente planejadas com a participação democrática e efetiva da sociedade e comunidade científica em sua formulação. Dessa forma, não cabe apenas ao Estado decretar, alterar ou extinguir tais Políticas, mas sim promover amplas discussões que incluem toda a sociedade em sua formulação. Certamente o Estado tem que investir em Políticas Públicas de Saúde Mental que favoreçam a ampliação dos serviços substitutivos de atenção psicossocial, promovendo estratégias de redução de danos e os CAPS.

A população precisa ser conscientizada quanto à saúde mental, para que então entendam que não se trata de um problema de origem orgânica, exclusivo do cérebro, mas fruto das relações sociais em que o indivíduo está inserido, não havendo tratamento medicamentoso que recupere o sujeito em sofrimento mental. Se a população desconhece esse questionamento, ela então não possui apelo para defender uma saúde mental humanizada.

Por isso é necessário exercer o princípio do SUS, de controle social nas questões de saúde pública via conselhos de saúde, conferências de saúde e movimentos sociais diversos como importante estratégia para defender a saúde mental dentro dos moldes dos direitos humanos e de acordo com os princípios da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica estabelecida pela Lei 10.216/01. É preciso construir uma Política de Saúde Mental que seja centrada nas necessidades da população, baseada no saber científico moderno que preza pela garantia dos direitos humanos.

Tendo em vista os resultados apresentados nesta pesquisa, sugere-se que sejam desenvolvidas pesquisas de campo nos dispositivos da RAPS, para verificar como têm sido os cuidados ofertados aos usuários dos serviços públicos de saúde mental, considerando a influência dos marcos legais analisados no presente estudo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. 136 p.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2007. 120 p.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Ed. Geração, 2013. 255 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 de novembro de 2019.

BRASIL. **Decreto n. 9.926, de 19 de julho de 2019**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: [n.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9926-de-19-de-julho-de-2019-201622995](http://www.planalto.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9926-de-19-de-julho-de-2019-201622995). Acesso em: 07 de novembro de 2019.

BRASIL. **Lei n. 9.455, de 07 de abril de 1997**. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9455.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.455%2C%20DE%207,Art. Acesso em: 08 de março de 2020.

BRASIL. **Lei n. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 20 de agosto de 2019.

BRASIL. **Lei n. 13.840, de 05 de julho de 2019**. Altera as Leis n^{os} 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei n^{os} 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1^o de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. Acesso em: 01 de agosto de 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [BRASIL. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: \[BRASIL. **Lei n. 12.847, de 02 de agosto de 2013.** Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: \\[BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: \\\[BRASIL. **Nota Técnica n. 11/2019, de 04 de fevereiro.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 15 de julho de 2019.\\\]\\\(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 20 de abril de 2020.</p></div><div data-bbox=\\\)\\]\\(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12847.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.847%2C%20DE%202%20DE%20AGOSTO%20DE%202013.&text=Institui%20o%20Sistema%20Nacional%20de,Tortura%3B%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 20 de abril de 2020.</p></div><div data-bbox=\\)\]\(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm#:~:text=Institui%20o%20Sistema%20Nacional%20de,crimes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs Acesso em: 10 de outubro de 2019.</p></div><div data-bbox=\)](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.069%2C%20DE%2013%20DE%20JULHO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20da,Adolescente%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art.%201%C2%BA%20Esta%20Lei%20disp%C3%B5e,%C3%A0%20crian%C3%A7a%20e%20ao%20adolescente.&text=Nos%20casos%20expressos%20em%20lei,e%20um%20anos%20de%20idade. Acesso em: 08 de março de 2020.</p></div><div data-bbox=)

BRASIL. **Portaria n. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 08 de novembro de 2019.

BRASIL. **Portaria n. 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: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 07 de novembro de 2019.

BRASIL. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelecer os Centros de Atenção Psicossocial que 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 07 de novembro de 2019.

BRASIL. **Portaria n. 130, de 26 de janeiro 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em 07 de novembro de 2019.

BRASIL. **Portaria n. 1.028, de 01 de julho 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: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%201.028%2C%20DE%201%C2%BA,sejam%20reguladas%20por%20esta%20Portaria. Acesso em: 08 de novembro de 2019.

CARVALHO, Mariana Siqueira de. A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988. **Revista de direito Sanitário**, Brasília DF, v. 4, n. 2, p. 15-31, 2003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181/84812>. Acesso em: 28 de outubro de 2019.

CONSENHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017.** Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Brasília DF: Ministério Público Federal, 2018.

FOUCAULT, Michel. **Histoire de la Folie à l'Âge Classique**. Paris: Gallimard, 1972.

GONÇALVES, Monique Serqueira de; EDLER, Flávio Coelho. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410. Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n2/v12n2a13>. Acesso em: 19 de outubro de 2019.

GOODWIN, C. James. **História da psicologia moderna**. Ed. Cultrix, 2005.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/392>. Acesso em 24 de setembro de 2019.

JORGE, Marco Aurelio Soares *et al.* **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Ciências na Área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4755>. Acesso em: 20 de outubro de 2019.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luísa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. SMAD, **Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, p. 1-19. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009. Acesso em 14 de setembro de 2019.

MOREIRA, Solange. **As implicações das alterações na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para o exercício profissional de assistência social no Brasil**. Conselho Federal de Assistência Social, 2019. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnicaLei13840-2019-.pdf>. Acesso em: 10 de março de 2020.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Eletroconvulsoterapia (ECT)/Eletrochoque: A produção de evidências sobre seu uso, eficácia e eficiência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 11, n. 28, p. 46-68. Abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69772/41712>. Acesso em: 27 de abril de 2020.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2,

p. 42-56. Out/Dez. 2009. Disponível em:
<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1126> .
Acesso em: 23 de setembro de 2019.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1 , p. 141-154. Mar. 2011. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/3861/386138054009.pdf> . Acesso em: 20 de novembro de 2019.

PESSOA, Olívia Alves Gomes; CUNHA, Alexandre dos Santos. Efeitos da nova regulação uruguaia sobre a cannabis na fronteira com o Brasil: observação sobre os sistemas brasileiros de saúde e segurança pública. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos (org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em:
<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9472/1/Efeitos%20da%20nova%20regula%C3%A7%C3%A3o.pdf> Acesso em: 19 de março de 2020.