UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E HUMANAS
CURSO DE DIREITO

MARIANA GUEDES DE OLIVEIRA CORREIA

A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

MOSSORÓ/RN
2022

MARIANA GUEDES DE OLIVEIRA CORREIA

A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Artigo apresentado ao Centro de Ciências Sociais Aplicadas e Humanas (CCSAH) como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharela em Direito da UFERSA.

Orientadora: Profa. Dra Gilmara Joane Macêdo de Medeiros.

MOSSORÓ/RN
2022

MARIANA GUEDES DE OLIVEIRA CORREIA

A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Artigo apresentado ao Centro de Ciências Sociais Aplicadas e Humanas (CCSAH) como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharela em Direito da UFERSA. Orientadora: Profa. Drª. Gilmara Joane Macêdo de Medeiros.

APROVADA EM ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Gilmara Joane Macêdo de Medeiros (UFERSA)
Presidente

_____

Profª. Drª. Oona de Oliveira Caju (UFERSA)
Primeira membra

_____

Prof. Dr. Daniel Alves Pessoa (UFERSA)
Segundo membro

AGRADECIMENTOS

A mim, por ter conseguido passar pelo próprio processo de enlouquecimento e ainda assim ter conquistado mil pequenos mundos todos os dias. Passei muito tempo apenas celebrando os outros, e hoje, sem qualquer modéstia, celebro-me pelo esforço que sempre empenho para viver. Este trabalho foi, de certa forma, desnorteador, mas ainda em meio a essa loucura, possibilitou-me encontrar sentido no tenho me dedicado.

A minha mãe, Maria Luciene de Oliveira, *in memoriam*, a mulher que deu início a minha vida e deixou fragmentos de si dentro de mim. Ela é o motivo maior de eu ter sempre me interessado pelos mistérios da vida e da morte, o funcionamento do cérebro, e ter buscado formas de transformar a dor e a experiência com o adoecimento mental em maneiras de intervir pelos loucos, incompreendidos e, por isso, silenciados. Eu ainda continuo lutando por nós e eu sei que a senhora também.

A minha família, em especial, meu pai, por ter persistido na vida e me dado suporte, quando pedi para que ficasse do meu lado, a minha mãe de coração, Josélia, o anjo que me ensinou o amor gentil quando eu não acreditava nele, e a meus irmãos: Ariadna, que me mostrou a garra e a determinação de uma mulher pronta para defender o que se ama, Délio, que reserva o pouco da sua docilidade e carinho comigo, e Giuliano, que me inspira desde criança a honrar o espírito livre e me mostrou o que se pode fazer da vida com ele.

As minhas primas, principalmente, Bia, Karenina e Karine, que cresceram ao meu lado e compartilharam, e acolheram-me em momentos difíceis, ensinando-me tanto sobre o universo particular de cada uma. Uma menção especial a Bia, neste trabalho, por ter assistido meu processo de escrita, e além de ajudar com ele, incentivou-me durante esse período.

Aos meus sobrinhos, Bárbara e Ravi, que me fizeram ter esperanças na futura geração de nossa família, por sentir neles o amor e a personalidade de cada um, na sua forma mais natural, e perceber o quão precioso pode ser o ser humano.

A minha casa 84, meu grupo de amigas, por acaso, que se tornaram também minha família, e viram todas as minhas grandes quedas e ainda assim me lembraram de todas as conquistas. As minhas irmãs de alma, que sempre me incentivaram e nunca deixaram de acreditar em mim, mesmo quando parecia tudo perdido no meu peito. Larissa, Lisia e

Raíra, eu agradeço muito a oportunidade de dividir a vida com vocês durante esses anos de universidade e de vida, não é sempre que se encontra alguém que entende as suas loucuras e ainda te faz amar elas a sua maneira.

A minha orientadora, Gilmara, que começou apenas como uma grande docente, e hoje também é minha amiga próxima. Gil, admiro quem você é, o que você faz e as suas lutas. É incrível conseguir olhar para a Academia e poder se inspirar em alguém tão incrível. Sem você, este trabalho não poderia, sequer, ter sido iniciado.

Aos meus grandes amigos Igor, Ingrid, Thereza, Luana, Rebecca e Cecília, pessoas que ganhei e me conectei durante esse período na universidade, e que também seguraram minha mão e deixaram tudo mais leve, fazendo-me rir, até em momentos absurdos. Aos meus amigos da universidade, em especial, Adriana, Karol e Vitória, meu grupo de todos os trabalhos durante a graduação, e grandes amigas que me acolheram também em vários momentos.

À Sandy, minha psicóloga, alguém incrível na minha vida. Sem ela, a Mariana de hoje não seria possível. O seu trabalho, compreensão e paciência foram extremamente importantes na minha trajetória, e merece todas as menções e homenagens que puderem ser feitas.

A minha amiga Daniele, *in memoriam*, alguém particularmente excepcional, que nem sempre foi compreendida pelo mundo, supressor das loucuras e da subjetividade dos que sentem demais. Foi uma honra conhece-la e poder ser sua amiga durante seu tempo de vida nesse lugar. Minha amiga, a você também, meu trabalho é também inteiramente dedicado. A todos nós, loucos (as), que, sem nenhuma vergonha, merecemos o devido valor e compreensão.

À banca avaliadora, Daniel e Oona, que também foram meus professores na faculdade, e foi uma honra encontra-los nessa trajetória. Agradeço muito por se disponibilizarem a ler e analisar o meu trabalho, o qual é de grande importância na minha jornada acadêmica e pessoal.

Às vezes cogito como é que todos os que não escrevem, não compõem ou não pintam conseguem escapar da loucura, da melancolia, do pânico inerente à condição humana.

- Graham Greene

A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

THE ANTI-ASYLUM MOVEMENT AND THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM

Mariana Guedes de Oliveira Correia[1]

Gilmara Joane Macêdo de Medeiros[2]

RESUMO

A Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira foram fenômenos conseguintes e integrados que, no país, vieram acompanhadas de uma rede substitutiva de saúde ao modelo hospitalocêntrico, originando a Lei 10.216/2001, sendo processos que ainda perduram no país, sob uma aplicação não-linear. Observado o contexto histórico da loucura, principalmente, o da Europa Ocidental, constrói-se uma herança da cultura manicomial e da internação, passadas por gerações até os dias atuais. Apesar da base do Movimento Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, o Brasil tem seguido por outros rumos desde a última década, sendo influenciado por uma corrente neoliberal e de desmonte ao suporte de saúde mental público. E, por isso, o presente artigo irá pesquisar uma bibliografia selecionada sobre o tema, oportunizando a retomada da criticidade formada nas bases do Movimento Antimanicomial, orientada pelo trabalho de Michel Foucault, Paulo Amarante e Eduardo Vasconcelos, também dispondo das estratégias propostas nesse contexto, abertas a reflexões contemporâneas.

Palavras-chave: construção do louco**;** movimento antimanicomial; reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

The Anti-asylum Movement and the brazilian Psychiatric Reform were ensuing phenomena that came accompanied by a new model for mental health care, replacing the hospital-centred method, resulting the creation of the Law 10.216/2001, being processes that still persist in the country, under a non-linear application. Observing madness in historical perspective, mainly Western Europe, we can note an asylum's culture and hospitalization oriented heritage that crossed generations and is still present to these days. Despite the foundations of the Anti-asylum Movement and the Psychiatric Reform, Brazil has been lead through another way since the last decade, influenced by neoliberal

[1]Graduanda em Direito pela Universidade Federal Rural do Semiárido, campus Mossoró/RN. E-mail: guedesmariana@outlook.com.

[2] Professora da Universidade Federal Rural do Semiárido. Doutora em Direito pela Universidade de Brasília (UNB). Mestra em Ciências Jurídicas e graduada em Direito pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Coordenadora do Centro de Referência em Direitos Humanos do Semiárido (CRDH).

ideology and dismantle of the public mental health care. For this reason, the present article will review a selected literature about this subject, resuming the critical reflection formed by the principles of the Anti-asylum Movement, oriented by the work of Michel Foucault, Paulo Amarante e Eduardo Vasconcelos, and the proposed strategies in this context open to contemporary reflections.

Keywords: madness construction; anti-asylum movemente; psychiatric reform.

1 INTRODUÇÃO

Em uma pesquisa com 5.061 pessoas do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (Elsa-Brasil), no Estado de São Paulo, publicado em janeiro de 2022, constatou-se que cerca de 30% da população é afetada por transtornos mentais mais comuns, como depressão. Esse resultado está em simetria com os dados colhidos mesmo antes da pandemia do COVID-19 (BERNARDES, 2022).

Em uma pesquisa do Instituto Ipsos, encomendada pelo Fórum Econômico Mundial, 53% (cinquenta e três por cento) dos brasileiros declararam que seu bem-estar mental piorou após o começo da pandemia de COVID-19 (SILVA, 2021).

Apesar da demanda relacionada à saúde mental não ser pequena, nos últimos anos, houve um contínuo desmonte do Sistema Único de Saúde – SUS e dos programas voltados para a promoção da saúde mental. De acordo com Correia (2018), esse desmonte ficou mais nítido a partir do Governo de Michel Temer (2016-2018) e tem se intensificado no Governo Bolsonaro, cujo plano, desde o início, apresentou cortes de recursos destinados à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), comprometendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), organizada durante os governos Governo Lula (2002-2006/2006-2010) e Dilma Rousseff (2010-2014/2014-2016) (CREPOP, 2013).

Chama-nos atenção que o desmonte da política de saúde mental atravesse seu momento mais crítico, pouco mais de dez anos após a realização da Reforma Psiquiátrica brasileira, também conhecida como a Lei nº 10.216/2001, e após o Brasil ter sido condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), pelo caso Damião Ximenes Lopes. O desmonte da política de saúde mental vai na contramão das recomendações pactuadas em ambos os casos e tem consequências nefastas para o país, em especial, quando consideramos o fato de que o Brasil começou a humanizar seu tratamento psiquiátrico tardiamente (CORREIA, 2018).

Tanto a reforma como a condenação do Estado brasileiro foram determinantes para importantes transformações no Estado brasileiro no tocante à saúde mental. Nesse sentido, destaca-se no Brasil o movimento de Luta Antimanicomial que se opõe à existência do complexo jurídico e psiquiátrico denominado de manicômio, evidenciando as formas de tratamentos desumanos e degradantes neles existentes.

A loucura, por outro lado, sempre foi objeto de interesse social e acadêmico. Diversos pensadores tentaram compreender e/ou explicar a loucura, de acordo com os parâmetros de sua época, como Foucault, e isso pode ser notado quando as obras e os seus respectivos cenários sócio-políticos e econômicos são conjuntamente analisados. Assim, diferentes maneiras de lidar com a insanidade foram empregadas ao longo da História Ocidental (FOUCAULT, 2019). As formas de lidar com a loucura e com os/as loucos/as perpassaram várias modalidades controle, tentou-se aprisionar os loucos, expulsar a loucura por meio de violência, de atos jurídicos e religiosos. Muitas vezes, esses mecanismos agiram em conjunto, formando uma imbricada rede de intervenções médicas, religiosas, jurídicas etc.

Pode-se perceber que o modelo manicomial foi historicamente construído, como uma espécie de depósito de pessoas indesejadas, que não se adequavam aos valores/padrões de normalidade de cada época (FOUCAULT, 2019). No Brasil não foi diferente, foram construídos hospitais psiquiátricos desde o reinado de Dom Pedro II, e só durante o Século XX, por volta da década de 1970, começou a se formar uma corrente de pensamento que criticava os manicômios e acreditava em outras linhas de tratamento para a Saúde Mental. Esse grupo ficou conhecido como o Movimento Antimanicomial. É a partir desse ponto que começa a ser estruturada a Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE; NUNES, 2018).

O presente trabalho visa a analisar a reforma psiquiátrica brasileira e a influência da luta antimanicomial na feitura da Lei 10.2016/2001, interpretando-a à luz do princípio constitucional da dignidade humana. A análise realizada foi qualitativa e o trabalho fez um levantamento bibliográfico em torno do tema, consultando artigos científicos produzidos nas últimas décadas, bem como bancos de dissertações e teses.

A busca pela realização do presente estudo foi motivada pela vivência pessoal da pesquisadora com o adoecimento mental, tanto pessoal, como de amigos/as /familiares. O adoecimento mental esteve presente na trajetória da pesquisadora desde muito criança. Ao longo dos anos, ao se deparar com a ausência de uma compreensão social da saúde mental e da falta de estrutura de redes de apoio familiares, sociais e Estatais, a

pesquisadora passou a se questionar mais sobre o tema e a buscar explorá-lo academicamente.

Inicialmente, o trabalho faz um breve apanhado histórico sobre a loucura no Ocidente, apresentando, sobretudo, as contribuições dos estudos de Michel Foucault (2019) em sua famosa obra *A história da Loucura.* Em seguida, aborda o Movimento Antimanicomial brasileiro e suas influências na feitura da Reforma Psiquiátrica e, por fim, analisa a Reforma Psiquiátrica à luz da dignidade da pessoa humana e reflete sobre alguns desafios enfrentados na sua consolidação no Brasil.

2 BREVES CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE A HISTÓRIA DA LOUCURA: A INVENÇÃO DO MANICÔMIO E DA PSIQUIATRIA

Antes de todo o processo de catalogação dos transtornos mentais e da criação do campo psiquiátrico para o tratamento das pessoas nessas condições, a loucura e os/as loucos/as eram uma coisa só, isto é, formavam um todo indiferenciado. A particularização do que é "mental" foi fruto de um processo disciplinar[3] conduzido pela modernidade (FOUCAULT, 2019).

Michel Foucault (2019) na sua obra intitulada *História da Loucura* realiza uma genealogia da loucura na história ocidental, buscando compreender como o/a louco/a e a loucura foram encarados pela sociedade em suas fases distintas. Para o autor, a forma como a loucura foi tratada ao longo dos séculos tem influência importante da religião cristã, em especial, quando a igreja católica estabeleceu a penitência como um meio de salvação. Exemplo disso foi o fato de que durante a crise de hanseníase na idade média, chamada de lepra à época, a Igreja justificava o alastramento da doença como uma bondade de Deus que, a fim de salvar as almas dos males que cometeram, punia-las, remodelando uma situação de exclusão para um sentimento de comunhão (FOUCAULT, 2019). O que fica demonstrado em um trecho do Ritual da Diocese de Viena, por volta de 1478: "Por isso, tem paciência com tua doença, e não se separa de tua companhia; mas se tiveres paciência será salvo, como foi o lazarento que morreu diante da casa do novo-rico e foi levado diretamente ao paraíso. " (CHARVET, apud FOUCAULT, 2019, p. 6).

[3] Considerando que o corpo não é apenas biológico, mas um objeto cultural, este corpo é passível de ser modelado para viver em sociedade e, por isso, é objeto e alvo de poder. A disciplinaridade que o manipula, treina e modela, concentra saberes e poderes para sujeitar o indivíduo, por intermédio da repressão e da recompensa (FOUCAULT, 2005).

Foucault (2019) aponta que esses "jogos de exclusão" voltarão a ocorrer em outras circunstâncias, mesmo após o quase desaparecimento da lepra, a figura do lazarento será ocupada por outros papéis, como o/a louco/a, estruturando uma noção de que a exclusão social era devida, uma ordem divina.

Para o autor, o seu itinerário da loucura tem início com um evento histórico que ficou conhecido como a "Naus de loucos"[4], na idade clássica, geralmente representado em obras literárias e artísticas. Esses navios levavam os loucos, sem destino, a qualquer lugar que não o seu, a fim de que não perturbassem a ordem pré-estabelecida no meio social, funcionando como uma medida geral de expurgo. (FOUCAULT, 2019).

É intrigante a maneira como Foucault (2019) busca a literatura para tentar imergir no sentimento da época, o que pode ser muito útil à pesquisa social que, na tentativa de entender a subjetividade dos/as loucos/as, deve fugir dos anacronismos. Há um trecho em específico da obra *História da Loucura* que se refere aos passageiros das naus como "prisioneiros da passagem" (FOUCAULT, 2019). Nas palavras do autor:

> Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo, é um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. **É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem** (FOUCAULT, 2019, p. 12). [grifo nosso]

Destacamos esse trecho para suscitar um fator constante tanto na história da loucura, como na história da sociedade de maneira geral, que é a presença das estruturas de aprisionamento. Por estruturas de aprisionamento compreendemos as formas históricas empregadas para o controle físico e psicológico dos/as sujeitos/as indesejáveis. Elas se repetem ao longo dos séculos como estratégia para controlar arbitrariamente grupos que não eram aceitos: loucos/as, leprosos/as, pessoas com doenças venéreas etc. – termos usados à época (FOUCAULT, 2019).

Outra questão importante na "Nau de Loucos" é a relação entre a água e a loucura e como elas irão se entrelaçar no imaginário europeu. Essa relação trouxe consigo uma perspectiva distinta da loucura, mais vinculada a uma crítica social e moral. É percebido na literatura pertencente, ao fim da Idade Média, que os loucos passam de desvirtuados a pessoas com perturbações profundas, as quais também eram espelhadas em todos os indivíduos, desenvolvendo-se, de certa forma, uma complacência diante do/a louco/a,

[4] Trata-se de uma alegoria do século XV e XVI, encontradas na literatura europeia da época, referente a embarcações que transportavam os loucos de um local a outro. Não havia uma rota ou destino específico, as pessoas consideradas errantes eram mandadas para longe, de uma cidade a outra (FOUCAULT, 2019).

atribuindo à sua figura a aptidão para dizer as verdades do mundo, em meio aos seus discursos desconexos à primeira vista (FOUCAULT, 2019).

Posteriormente, na segunda metade do século XV, a loucura perdeu espaço na contemplação da vida, e, por outro lado, as doenças e as guerras que assolaram a Europa ganharam maior notoriedade e, consequentemente a morte, que ascenderam a grandes proporções. Dessa maneira, predomina no imaginário europeu, de acordo com Foucault (2019, p. 15) "o fim do homem, o fim dos tempos assume o rosto das pestes e das guerras. O que domina a existência humana é esse fim e essa ordem à qual ninguém escapa". A inevitabilidade da morte assombra as pessoas da época, provocando escárnio devido a seus mistérios, e implicando assim no questionamento do sentido dado à vida (FOUCAULT, 2019).

Nesse contexto, a loucura também é associada à obscuridade da morte, como se ambas se originassem na mesma inquietude humana, sendo a loucura um prenúncio da morte e, ao mesmo tempo, uma forma de zombar da sua seriedade, expondo as fraquezas humanas com entusiasmo. Foucault (2019, p. 24) observa como essas questões aparecem em obras de artistas e estudiosos da época. Exemplo disso são as obras de Bosch[5], na qual a loucura é, em certa medida, um prenúncio da morte; enquanto nas obras de Erasmo de Roterdã[6], a loucura é estabelecida como um relacionamento do homem com si mesmo, originando-se no apego a si, o que permitiria, a partir disso, a criação de ilusões sobre a própria pessoa, "aceitando o erro como verdade, a mentira como sendo a realidade, a violência e a feiura como sendo a beleza e a justiça. " (FOUCAULT, 2019, p. 24).

No início da Renascença, a arte seguiu por um nível cada vez mais distante da linguagem, como se só pudesse ser compreendida pelos sentidos aguçados pela loucura – há uma certa elevação espiritual desta, como se fosse um saber esotérico e inacessível, que só os loucos conseguiam desvendar. A Renascença do século XVI rompeu com vários paradigmas, inclusive os referentes à loucura. Primeiramente, encontra-se com a verdade da razão do homem, que seria uma compreensão limitante da vida e do mundo, acreditando que ele próprio é a medida das coisas, em que " O abismo da loucura em que estão mergulhados os homens é tal que a aparência de verdade que nele se encontra é simultaneamente sua rigorosa contradição. " (FOUCAULT, 2019, p. 31).

---

[5] Hieronymus Bosch (1450-1516) foi um pintor renascentista, o qual demonstrou fortes influências religiosas em suas pinturas (FRAZÃO, 2019).

[6] Erasmo de Roterdã (1466-1536) foi um escritor e teólogo, crítico da Igreja, produzindo várias obras nesse sentido (FRAZÃO, 2019).

Essa contínua incoerência do mundo, em ter, em um mesmo lugar, duas coisas essencialmente opostas coexistido, impeliria o homem a seguir pelo caminho de sua própria loucura, ainda que este não tenha o conhecimento disso, toda a sua ordem, ficta, seria essencialmente uma loucura. Para Erasmo de Roterdã, Deus escondeu o mistério da salvação mesmo para os sábios (FOUCAULT, 2019). Apesar do renascimento ter aceitado, em certa medida, a loucura, a modernidade lhe dará um outro tratamento, como veremos adiante.

No final do Século XVII, na Europa, foi documentada a criação da internação, e, por conseguinte, a construção de várias casas de internamento. Em Paris, durante esse tempo, mais de um habitante a cada cem na cidade foi internado em uma dessas casas, por alguns meses (FOUCAULT, 2019).

Um marco nessa cultura de internações foi o decreto da fundação do Hospital Geral[7], em Paris, em 1656, o qual, apesar do nome sugerir diferente, o Hospital não era apenas um estabelecimento médico. Era principalmente uma instituição semijurídica, atuando administrativamente e corroborando os três poderes constituídos, decidindo, julgando e executando. Poucos anos após sua criação, o Hospital Geral contava com 6 mil indivíduos, aproximadamente 1% da população municipal (FOUCAULT, 2019).

Foucault (2019) reflete que essa seria a primeira vez, pós Idade Média, que as pessoas lidaram com um povo estranhamento misturado e confuso, após as crises sanitárias sofridas, cujas políticas induziam à segregação dos leprosos, por exemplo. Diante desse cenário, questiona-se o porquê dessa prática ter ocorrido nesse momento em específico, e o porquê de tamanho porte. Inicialmente, é necessário pontuar que o internamento não surgiu com as intenções médicas que se somaram à prática com o tempo.

Para tal compreensão, deve-se entender que, de certa forma, a internação em massa seria resultado de uma nova sensibilidade social à loucura, à miséria, uma nova reação aos problemas econômicos do desemprego e ao ócio, pois essas instituições

[7] Trecho anônimo, datado de 1676, sobre o Édito Real que fundou o Hospital Geral: ‘Proclamou-se, pelas Homilias de todas as Paróquias de Paris, que o Hospital Geral seria aberto em 7 de maio de 1657 para todos os pobres que nele quisessem entrar por vontade própria, e da parte dos magistrados proibiu-se, através do pregão público, que os mendigos pedissem esmolas em Paris [...] A previdência dos diretores tinha sido tão completa e seus cálculos tão justos, que o número dos internados foi quase igual ao projeto inicial, e os quarenta mil mendigos se reduziram aos quatro ou cinco mil que queriam, para sua felicidade, encontrar abrigo no Hospital; mas esse número aumentou depois, passou de seis mil e agora é de dez mil, o que obrigou a ampliação das construções para evitar as extremas desacomodações que sucedem aos Pobres, quando são amontoados demais em seus quartos e sem suas camas.’ (*apud* FOUCAULT, 2019, p. 556 e 557).

acomodavam os sem-teto, os desempregados e os vagabundos, seguindo dois vieses: nos momentos de recessão econômica, aumentava o número de pessoas pobres nas ruas, e por isso, as casas de internamento capturavam essas pessoas, para evitar possíveis agitações e revoltas. Enquanto nos momentos de maior prosperidade econômica, esses indivíduos eram remanejados como mão de obra barata, já que durante esses períodos, existia várias oportunidades de emprego por salários razoáveis (FOUCAULT, 2019). Essa mudança sinaliza para alguns fatores, como:

> [...] ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 2019, p. 78).

Prova disso é que as primeiras casas de internamento surgem na Inglaterra, nas regiões onde se concentrava a industrialização do país, percebendo-se que a razão estatal nesse ponto seguia uma lógica de produtividade laboral e seu consequente lucro. Entretanto, esta lógica acabou fomentando concorrências desleais e por fim, retroalimentando o ciclo de desemprego e empobrecimento da região (FOUCAULT, 2019). As casas de internamento surgem orientadas pelo trabalho e depois criam afinidade com a religião, imprimindo os valores cristãos de sofrimento, sacrifício e penitência (FOUCAULT, 2019).

Em termos gerais, a cultura ocidental, provinda da Europa, ditou a forma como o/a louco/a era e continuou a ser tratado/a. Em razão disso, demarca-se a importância de compreender as origens. A prisão do corpo enfatiza a dominação política sobre este, por uma justificativa biomédica, correspondendo às demandas econômicas do período (SILVA, 2002).

Para Foucault (2019, p. 70):

> Avaliada apenas de acordo com seu valor funcional, a criação das casas de internamento pode ser considerada um fracasso. Seu desaparecimento em quase toda a Europa no começo do século XIX, como centros de recepção de indigentes e prisão da miséria, sancionará seu fracasso final: remédio transitório e ineficaz, precaução social muito mal formulada pela industrialização nascente.

Ainda que tenha se originado em função do trabalho, as casas de internamento mantiveram-se em razão da religião e da honra das famílias. Esses motivos passaram a ser suficiente para que alguém fosse internado. Mais à frente, no século XVIII, o internamento passa a ser compreendido como um direito das famílias para salvar a sua

honra, evidenciando o pudor diante do inumano como um componente do tratamento dado à loucura (FOUCAULT, 2019).

Os loucos não mais continham demônios e males inominados, eram vistos, nesse momento, como animais, que ao acessar sua loucura, bestializavam-se. Assim como uma força da natureza, segundo os médicos da época, eles teriam resistência a intempéries, como o frio ao qual eram submetidos nos asilos. Entretanto, até esse momento, não eram taxados como doentes (FOUCAULT, 2019).

Foucault (2019) relata que uma das palavras mais usadas nos livros de internamento era o adjetivo ‘furioso’. A palavra ‘furor’ passou a ser um termo técnico médico-jurídico. Esse termo remete à várias formas de violência sofridas pelos loucos à época e é uma evidência considerável do imperativo policial e moral do internamento.

Esses indivíduos “furiosos” tinham celas e cômodos próprios reservados nas instituições da época, sendo violentamente contidos nos momentos de acessos de raiva, e até passando a vida inteira amarrados, com um anel de ferro no pescoço que os conectava aos guardas por uma longa corrente, de maneira a poder guiar o furioso (FOUCAULT, 2019).

Tal violência não é um mero ato de coação, nem aconteceu despretensiosamente durante a História, vidas foram valoradas de maneira diferente e banalizadas. Para Giorgio Agamben (2007), em toda sociedade é estabelecido um limiar que delimita quais vidas podem ser ceifadas sem ser considerado homicídio, isto é, valora-se o bem jurídico da vida até o ponto no qual ela deixa de ser politicamente relevante, com a permissão para ser impunemente eliminada (AGAMBEN, 2007).

A loucura, foi transformada categoricamente em doença, alienação, desajuste, irracionalidade e perversão, condicionada à moralidade concebida pelos bons costumes, em nome da ordem e da necessária produtividade do indivíduo, destruindo qualquer lugar de pertencimento que o louco viesse a ter (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006).

No século XVIII surge outro componente na trajetória das instituições destinadas aos loucos, a noção jurídica de ‘sujeito de direito’, em conjunto com os ideais iluministas direcionam à concepção da noção de loucura. Tais frutos vão ser colhidos no século XIX, com a estabilidade do pensamento iluminista, à essa época é considerado comprovado

que a alienação do sujeito de direito pode e deve interligar-se com a loucura do homem social[8] (FOUCAULT, 2019).

Um dos efeitos disso pôde ser observado em 1784, pouco antes da Revolução Francesa, quando a última monarquia absolutista se empenhava para que o procedimento de internação tivesse a obrigatoriedade de ser legitimado por um processo judiciário mais acurado, para interditar o sujeito ou, ao menos, determinar sua capacidade para exercer suas obrigações legais. De maneira concomitante, é também nesse momento em que Philippe Pinel[9] torna-se um dos precursores da psiquiatria moderna, e uma grande influência na maneira como eram feitos os tratamentos nos asilos, no século XIX, e a partir deste momento acontece pela primeira vez o tratamento do louco como um ser humano (FOUCAULT, 2019).[10]

A Psiquiatria do século XIX e XX, acreditou que as suas práticas, no que diz respeito à loucura, eram feitas com uma objetividade patológica e, apesar de terem abdicado dos conhecimentos do século XVIII, a psiquiatria moderna não se distanciou do convencimento da ética do desatino e do escândalo da animalidade da loucura (FOUCAULT, 2019).

No século XX, durante a década de 1960, Franco Basaglia[11] se destacou como um importante nome na fundação Luta Antimanicomial. Ele foi um dos pioneiros a encorajar a Reforma Psiquiátrica na Itália, em um momento no qual ainda não se discutia sobre cuidado, mas criticava a organização dos hospitais psiquiátricos, e propunha que as atividades de todos fossem encerradas (SADE, 2014), pois, segundo o psiquiatra, o hospital servia unicamente à sociedade, mas não aos loucos (VERAS, 2014).

Basaglia fundou a Psiquiatria Democrática, ao não focar apenas na doença do sujeito, mas também dar atenção a outros aspectos que compunham a vida de alguém, sua dimensão subjetiva, formada por fatores sociais, econômicos e culturais

---

[8] Para a Teoria das Relações humanas, da Escola Humanística, considera-se o homem um ser social, motivado pela sociabilização e pertencimento ao meio social. Ao contrário do que se pensava antes, que o homem era motivado exclusivamente pela captação de recursos financeiros (Porto Editora).

[9] Médico formando pela Universidade de Tolouse (França). Também foi diretor dos hospitais de Bicêtre e Salpêtriére (SÃO PAULO, 2003), emblemáticos na mudança de paradigmas institucionais no que se refere à loucura (FOUCAULT, 2019).

[10] Quanto às condições estruturais dos Hospitais de Bicêtre e Salpêtrière, os insanos contavam com catres coberto com palha. No inverno, os cômodos a nível do esgoto eram invadidos por uma multidão de grandes ratos, os quais roíam tudo ao seu alcance e mordiam vários loucos ao ponto de dilacerar os pés, as mãos e o rosto, ocasionando até fatalidades (FOUCAULT, 2019).

[11] Psiquiatra italiano que seguia uma linha humanista, e era contra a existência dos manicômios, e o aprisionamento dos internados. Alguns autores acreditam que as conferências de Basaglia inspiraram o plano para a reforma psiquiátrica brasileira (SERAPIONI, 2019).

(VASCONCELOS, 2009). Essa ideia vai ser muito relevante na mudança de paradigmas da psiquiatria, e vai inspirar vários aspectos do Movimento Antimanicomial.

Ainda assim, vai ser percebido ao longo deste trabalho que, existem resquícios do modelo asilar no tratamento de pessoas que sofrem com condições psíquicas (MOTA; SILVA; LYRA, 2017). A ideia de que o louco é um sujeito de direitos, capaz de buscar sua autonomia, ainda é um pouco distante do imaginário social, e a concepção de "doença mental" e a cura desta ainda é um parâmetro biomédico difícil de ser quebrado.

3 A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL: COMPREENDENDO O SURGIMENTO DE CRÍTICAS AO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO E A BUSCA POR UMA PERSPECTIVA DE SAÚDE MENTAL ALINHADA AO RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS EM ADOECIMENTO MENTAL

Primeiramente, é necessário compreender quais eventos foram cruciais para montar a base da Luta Antimanicomial no Brasil, que proporcionou mais adiante uma reforma psiquiátrica, inclusive a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n° 10.216/2001), um marco para a desinstitucionalização dos serviços para as pessoas em adoecimento mental, rompendo com o modelo hospitalocêntrico.

No Brasil, a primeira movimentação em massa, no sentido de construir uma nova corrente para a psiquiatria brasileira, ocorreu na década de 1970, motivada pela violência e pelo descaso demonstrados por escândalos que surgiram à época, denunciadas e contadas pela imprensa, de acordo com Amarante e Nunes (2018). Esse deslocamento do pensamento crítico desenrolou-se independente dos aparelhos estatais e das políticas públicas (ALARCON, 2002), evidenciando a relevância dos movimentos sociais para a renovação, em conformidade com as palavras de Alberto Melucci (1996), o qual afirma que os movimentos sociais são profetas do presente.

É iniciada a estruturação da política antimanicomial, que irá incentivar a reforma psiquiátrica no país, na tentativa de afastar as instituições psiquiátricas tradicionais e o seu modelo hospitalocêntrico, impulsionando novos ideais que conduzissem a novas dinâmicas e práticas psiquiátricas (AMARANTE; NUNES, 2018). Antes, vamos nos deter um pouco nos casos emblemáticos que impulsionaram a Luta Antimanicomial no Brasil.

3.1 Casos emblemáticos de violações de direitos humanos da população manicomial no Brasil

No século XX, a visita de Franco Basaglia ao Brasil foi de extrema importância, porque deu visibilidade internacional à pauta da saúde mental e aos serviços oferecidos, neste âmbito, fomentando obras como, *Nos porões da Loucura*, de Hiram Firmino (2014), e o premiado curta *Em nome da Razão* (1979), de Helvécio Ratton (AMARANTE; NUNES, 2018). Ambas as obras retrataram os horrores ocorridos no Hospital Colônia de Barbacena, manicômio localizado na cidade de Barbacena-Minas Gerais, o qual foi equiparado por Basaglia a um verdadeiro "campo de concentração" (ARBEX, 2013). Esse é considerado o primeiro caso emblemático da Luta Antimanicomial no país.

Os tratamentos praticados pelo Hospital Colônia, cujo funcionamento durou de 1903 a 1980, foram considerados uma tragédia da humanidade, dando origem ao livro *Holocausto Brasileiro*, escrito por Daniela Arbex (2013), por possuir diversas similaridades com o genocídio nazista ocorrido durante a 2ª Guerra Mundial (BARANYI, 2020). Cerca de 60 (sessenta) mil pessoas morreram nesse espaço, sofrendo frio, fome, condições precárias de higiene, abusos físicos e sexuais, lobotomias, eletrochoques, epidemias, além de inúmeros tipos de violações psíquicas e emocionais. Naquele lugar, até mesmo os cadáveres eram desrespeitados, considerando que cerca de 1.853 (mil oitocentos e cinquenta e três) cadáveres e peças anatômicas foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país (ARBEX, 2013).

Conforme relatório da Comissão de Saúde Mental do Cebes, em 1979, foi evidenciado que 96% de toda a verba destinada à assistência psiquiátrica era repassada para o saldo de diárias hospitalares, com cerca de 80 (oitenta) mil leitos encontrados no país no ano de 1977. Além disso, constatou-se em entre 1973 e 1976, o número de internações cresceu em 344% (AMARANTE; NUNES, 2018).

O segundo caso emblemático é o de Damião Ximenes Lopes. Com 30 (trinta) anos, ele foi internado na Casa de Repouso Guararapes em 01 de outubro de 1999. Damião, que tinha depressão com episódios de insônia severa, estava sendo internado pela terceira vez em sua vida. Passados dois dias após sua internação, o paciente foi contido duas vezes durante um episódio de "desorientação e agressividade", sofrendo várias agressões físicas. No dia 04 de outubro, sua mãe foi visitá-lo e o encontrou cheio de hematomas, com a cabeça e o olho inchado, sangrando, sujo de fezes e amarrado. Dona Albertina, mãe de Damião Ximenes Lopes, contou que percebeu que o seu filho já se encontrava com dificuldade para respirar e que pediu à clínica para que a polícia fosse

chamada. Damião Ximenes Lopes recebeu medicação prescrita por médico diretor clínico do hospital e, após duas horas, ele morreu. O atestado de óbito da vítima indicou que a causa de sua morte foi uma parada respiratória. No laudo, não constavam as lesões externas no seu corpo (MONTEIRO, 2015) (CNJ, 2021).

O caso não ganhou a devida repercussão no judiciário brasileiro. O Estado brasileiro foi negligente desde a investigação policial (MONTEIRO, 2015). A família de Damião Ximenes Lopes remeteu o caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Seu caso foi a primeira condenação do Brasil perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), ocorrida em julho de 2006. O Estado brasileiro foi responsabilizando internacionalmente pela violação ao direito à vida, à integridade física da vítima, e pelo direito às garantias judiciais e à proteção judicial dos familiares de Damião, no caso, a Dona Albertina Viana Lopes, e à Irene Ximenes Lopes, mãe e irmã de Damião, respectivamente (CNJ, 2021).

3.2 Os Movimentos Sociais pelo direito à saúde mental humanizada e a mobilização jurídico-política

A partir da segunda metade dos anos setenta, o Brasil estava passando por um lento processo de transição democrática. Esse período foi muito rico para a insurgência dos movimentos sociais de diversas origens e ligados às pautas sociais diversas (AMARANTE; NUNES, 2018).

Nesse sentido, na área da saúde mental surgiu, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento foi um importante ator coletivo no processo de reinvindicação de uma nova assistência psiquiátrica, organizando encontros que contavam com nomes importantes na área, tais como o próprio Basaglia. Posteriormente, o MTSM se especializaria e se transformaria no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (AMARANTE; NUNES, 2018).

O MTSM destacou-se no período militar, ao denunciar e acusar o governo de práticas de tortura, fraudes e corrupção, principalmente no que dizia respeito ao sistema nacional de assistência psiquiátrica. O movimento pedia a humanização dos serviços, exigindo que o Estado disponibilizasse melhores recursos para o tratamento da população com problemas de saúde mental e era, evidentemente, contra o modelo manicomial (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006).

As reclamações também englobavam os direitos dos prestadores de serviço da área da saúde mental. Exigia-se aumento salarial, diminuição de consultas por turno de

trabalho, dentre outras reivindicações. Em decorrência desse trabalho, o MTSM conseguiu instigar uma greve da classe no ano de 1978, durante oito meses, o que alcançou amplo alcance na imprensa (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006).

O MTST esteve presente no encontro de movimentos sociais e ativistas da saúde que elaborou o documento que viria a ser considerado o primeiro projeto de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (AMARANTE; NUNES, 2018). O SUS foi reconhecido como integrante do direito à saúde na Constituição Federal brasileira e foi organizado com Lei n° 8.080/90, vigente até os dias atuais.

Denota-se que as articulações em torno da modernização da psiquiatria aconteceram quase de maneira concomitante às reformas em saúde no geral, com certa independência entre elas. Portanto, como foi pontuado por Amarante e Nunes (2018), mesmo após a criação e regulação do SUS, as discussões na esfera da saúde mental propunham mudanças na saúde pública para além das previstas pela Lei n° 8.080/90.

O MTST obteve papel de destaque nas pautas a nível municipal, estadual e nacional sobre saúde mental, participando de conferências, audiências públicas, e outros. Passando a participar da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde. Por causa do MTST, o mês de maio é considerado o Mês da Luta Antimanicomial, consagrando o dia 18 do mês como o Dia Nacional da Luta Antinamanicomial, na tentativa de conscientizar e promover atividades políticas, científicas, culturais e sociais, ampliando o alcance desse coletivo e dessa pauta. Até hoje, o movimento organiza eventos próprios e contribui para o acontecimento de encontros nacionais de associações de usuários dos serviços de saúde mental e familiares (AMARANTE; NUNES, 2018).

Nova criticidade compôs o cenário da luta com a criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), incluindo a discussão dos recortes sociais na luta antimanicomial. A ABRASME trouxe para o debate o fato de que os transtornos mentais afetam as pessoas a partir de diferentes vivências e contextos, relacionando-se à etnia, gênero, sexualidade, diversidade cultural e direitos humanos (AMARANTE; NUNES, 2018).

Dentre vários eventos que ajudaram na jornada da luta antimanicomial, outro em destaque neste trabalho é o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP, com a presença de associações de usuários e familiares, simbolizando a expansão do Movimento, somando aos trabalhadores, outras figuras sociais que contribuíram de

maneira única na elaboração das políticas e práticas psiquiátricas (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006).

Essa diversificação, tanto do tema, como dos agentes envolvidos levou as discussões a patamares que não poderiam ser alcançados apenas com a classe médica ou os trabalhadores, por exemplo. Aos poucos, de acordo com Luchmann e Rodrigues (2006), o movimento foi se distanciando do Estado e se aproximando mais dos usuários do sistema de saúde mental e dos seus familiares. Fruto desse deslocamento de perspectiva é a adoção do lema: por uma sociedade sem manicômios.

É interessante mencionar que este lema foi retomado posteriormente, em especial, em Santa Catarina, com algumas camadas a mais na complexidade da discussão: "por uma vida sem manicômios", não só se referindo à instituição psiquiátrica manicomial como um local de aprisionamento das pessoas, mas a própria vida em sociedade e as amarras e prisões por elas construídas (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006).

Em 1993, é consolidado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), com o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador/BA, episódio em que foi divulgada a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, e o seu Relatório Final estabeleceu que:

> O movimento da luta antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie desta luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento (MLA, 1993).

Para Ludmila Correia (2021), inspirada por *O Direito Achado na Rua*, de autoria de José Geraldo (2008), e pelas reflexões de Lyra Filho (1980. 1982) em *Para um Direito sem Dogmas* e *O que é direito*, o movimento antimanicomial concretiza o potencial emancipatório do direito. Pois, para além da aprovação de uma lei, por exemplo, é necessária uma mobilização política para continuar pensando a Reforma Psiquiátrica, bem como para prosseguir com ela. O direito que surge a partir desse Movimento não é permanente, nem suficiente por si só, é um direito com constantes reflexões, imprescindíveis para que as instituições acompanhem as necessidades de uma sociedade mutável (CORREIA, 2021).

Todas essas discussões obtiveram frutos nos novos parâmetros da psiquiatria, o que se entendeu para a reforma psiquiátrica. Esta foi fruto de um processo social

complexo, existindo esforço coletivo para que fossem escolhidas estratégias e tomadas medidas compatíveis com a realidade. Isto é, entendeu-se que, para além da renovação dos serviços e das tecnologias com relação ao cuidado (ROTELLI, 1990), é necessário romper a dinâmica histórica entre a sociedade e a loucura, e delimitar outro lugar social para a loucura na nossa cultura (CALICCHIO, 2007).

Para Aboud-Yd & Silva (2003), o movimento antimanicomial simboliza a oposição à carga segregacionista da compreensão da loucura como uma patologia, aquela que constrói e atribui ao/a louco/a as concepções de incapacidade, periculosidade, invalidez e a inimputabilidade. E, a partir dessa luta, busca-se tirá-lo desse limbo do não-pertencimento, e inseri-lo na sociedade, capaz de exercer sua cidadania.

Em geral, a reforma psiquiátrica deve promover políticas públicas que abarquem as dimensões: teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural, em um mesmo momento, em conjunto com atores sociais, instituições e interesses diversos, com enfoque na transformação do imaginário social (AMARANTE, 2007).

3.3 A relevância da arte e cultura no processo terapêutico e na luta antimanicomial

A primeira vez que a arte fez parte do tratamento psiquiátrico, foi na década de 1920, quando o psiquiatra Osório César, já seguindo alguns preceitos modernistas, publicou o livro *A expressão artística dos alienados* (1929), cuja inspiração foram as obras produzidas pelos pacientes do Hospital de Juquery. Logo após, ele abriu uma escola de artes plásticas nessa mesma instituição (CALICCHIO, 2007).

Contanto, foi Nise da Silveira[12], psiquiatra brasileira, que conseguiu chamar a atenção do meio intelectual e artístico na década de 1940, ao inserir a arte como tratamento psiquiátrico, em uma instituição conhecidamente tradicional, o Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro (CALICCHIO, 2007). Esse ponto foi crucial na maneira de observar a arte das pessoas esquizofrênicas, não apenas pelo apreço artístico, mas como uma forma de saber psíquico-científico (GULLAR, 1996), inacessível por

[12] Nise da Silveira (1905-1999) foi uma psiquiatra brasileira, que combatia a violência psiquiátrica e os métodos discriminatórios, comuns do manicômio. Foi aluna de Carl Jung, psiquiatra suíço. A brasileira chamou a atenção comunidade internacional com seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, no Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, ao basear o tratamento de seus "clientes" (como a própria preferia denominar) na arteterapia. Graças a ela, durante essa época foram criados ateliês de pintura e modelagem, e pode ser percebido a sensibilidade da psiquiatra, quando, em um período que a lobotomia e o eletrochoque eram métodos tradicionalmente estabelecidos, ela traz um método totalmente em contrapartida (VEIGA, 2022). Sua luta foi tão relevante para o movimento, que foi produzido um filme em sua homenagem, no ano de 2016. *Nise: o coração da loucura* (Direção: Roberto Berliner), contando um pouco da sua trajetória como psiquiatra no país.

métodos tradicionais, em decorrência da subjetividade inerente à esquizofrenia, assim como a outras doenças.

Resultado disso foi a construção do Museu de Imagens do Inconsciente, em 1952, possibilitando que as obras criadas não fossem apenas objeto de discussão do meio científico e artístico, mas que também se estendessem ao público (CALICCHIO, 2007), marcando a memória dos loucos no tempo.

Ademais, o uso da arte e da cultura superaram os limites terapêuticos, e se tornaram figuras de luta, por meio de iniciativas artístico-culturais, a fim de produzir novas percepções culturais, transformando a cultura em um ambiente acolhedor para a diversidade e a diferença (AMARANTE; NUNES, 2018).

Vale pontuar que, um nome tão importante como o de Nise da Silveira foi vetado para ser incluído no livro dos Heróis e Heroínas da Pátria, pelo atual presidente Jair Bolsonaro, sob a justificativa de 'contrariedade ao interesse público' (VEIGA, 2022). Esse é um dos indicativos dos rumos políticos que o Brasil tem tomado alinhados ao que diz respeito à Reforma Psiquiátrica, como vai ser melhor dissertado mais à frente.

Quando se parte do ponto que é necessário construir um lugar novo para o/a louco/a, um lugar que nunca existiu, é imprescindível reconhecer a discriminação e a segregação por toda a história da loucura. A arte, juntamente ao trabalho de Nise de Silveira, surge como um respiro profundo dentro de uma realidade, que tanto sufoca a subjetividade das pessoas e trata os/as loucos/as como alguém que deve ser combatido/a, aprisionado/a, e não como alguém que deve ser compreendido/a e readaptado/a.

4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: UMA LEITURA DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DA LEI N° 10.216/01

Como foi narrado, os processos de mudanças no viés da saúde foram ocorrendo gradualmente, formulados e readaptados conforme o tempo. A Reforma Psiquiátrica começou antes da regulamentação normativa, iniciou desde os primeiros movimentos sociais que conseguiram trazer novas pautas à discussão de saúde mental no Brasil, aos poucos, foi introduzindo novas ideias, modelos, novas liberdades, que findaram no reconhecimento de um novo modelo psiquiátrico nacional.

Os princípios constitucionais de 1988 precedem os pilares do SUS. Tanto a Constituição, quanto o SUS concederam autonomia aos municípios e lhe reconheceram competência para o desenvolvimento das políticas de saúde. Prova disso é que, ainda sob

o SUDS[13], em Santos, no estado de São Paulo, os gestores municipais fecharam um hospital psiquiátrico que infringia grandes violações aos direitos humanos, aplicando outro tipo de apoio aos pacientes. Passaram a ser oferecidos serviços descentralizados, como os cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (AMARANTE; NUNES, 2018).

Outros instrumentos descentralizadores são inaugurados, como hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas etc. Antes mesmo da Lei da Reforma Psiquiátrica intervir, outras conquistas da desinstitucionalização psiquiátrica já obteve frutos, em 2000, foi a conquista dos Serviços Residenciais Terapêuticos[14], somada à concretização do Programa Volta Para Casa[15] (AMARANTE; NUNES, 2018).

Em 1991, esses aparatos substitutivos ganham força no amparo à saúde mental, e são devidamente regulamentados pela Portaria 189, do Ministério da Saúde, inserindo os códigos NAPS/CAPS no organograma do SUS. Também foi editada a Portaria 224, do Ministério da Saúde, em 1992, incumbindo as unidades de saúde locais/regionalizadas a amparar uma determinada população, para oferecer serviços intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar (AMARANTE; NUNES, 2018).

Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram serviços regionalizados, que funcionavam durante toda a semana, 24h. O seu atendimento tinha enfoque exclusivo no que os indivíduos necessitavam, como o oferecimento de direito de asilo, hospitalidade noturna, espaços de convivência, atendimento à crise, ações de reabilitação psicossocial. Todas essas estruturas acima foram sendo criadas paulatinamente e antecederam a reforma psiquiátrica brasileira.

Assim como outros instrumentos da luta antimanicomial, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi construído no final da década de 1980, em São Paulo, apesar de ainda não ser organizador da rede nesse ponto. É partir da promulgação da Lei n° 10.216/2001 e a Portaria 336 de 2002, do Ministério da Saúde, que essa estrutura se torna central no sistema de saúde mental brasileiro (ALARCON, 2002).

Os CAPS surgiram com a intenção de substituir os hospitais psiquiátricos, mas também incentivam a integração social e familiar, a busca da própria autonomia, a procura de emprego e a obtenção de renda por parte das pessoas em situação de adoecimento

---

[13] Programa Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde que iniciou o implemento do SUS, antes da aprovação da respectiva lei (SOUZA, 2002).
[14] Portarias 16/2000 e 1.220/2000.
[15] Lei n° 10.708/2003.

mental. E estimula que o paciente construa, em conjunto com a equipe médica, o seu tratamento, que também inclui a reinserção deste indivíduo na sociedade (PIRES; RESENDE, 2016).

O implemento do CAPS é um notório feito do processo de desinstitucionalização, e uma estratégia crucial na implementação da reforma psiquiátrica no Brasil, pois oferece serviços e apoio às pessoas em sofrimento psíquico grave, porém, sem utilizar-se da hospitalização ou do modelo ambulatorial. Houve um fortalecimento da rede dos CAPS com o advento da Portaria/GM n° 336 de 2002, a qual delimitou a organização, porte e o nicho da clientela atendido pelo suporte médico (AMARANTE; NUNES, 2018).

Alarcon, em 2002, observou que há 10 anos, as políticas municipais de Saúde Mental já vinham sendo inseridas de maneira progressiva. Desde a década de 1970 já existia a tentativa de construir uma substituição ao modelo hospitalocêntrico, como com o hospital-dia, um intermediário entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico, destinado a pacientes que precisavam de apoio diário. Entretanto, esse modelo ainda se relacionava a ideias higienistas, o que é criticado por Amarante (1998), por ser uma tentativa ainda superficial de lidar com a questão manicomial. Para o autor, apesar dos avanços, seriam necessárias novas maneiras de atenção, de cuidados, afastando as dinâmicas que reproduzissem a mesma subjetividade.

Então por que o CAPS é considerado um instrumento que quebra dos paradigmas tradicionais? Primeiramente, existe uma flexibilidade inerente ao seu arranjo no que diz respeito a trâmites burocráticos, os quais eram impostos aos hospitais-dia. E também por conseguir materializar uma atenção psicossocial no meio, ou seja, que reflete além dos limites neuropsicológicos, insere a subjetividade do indivíduo (ALARCON, 2002), tão discutida e questionada por Foucault (2019). Nessa tônica, tenta-se desmistificar a visão da loucura como doença, a prática clínica tenta lidar com “problemas”, influenciado pelo método mais focado em ações de cuidado do que no tratamento médico tradicional (GOLDBERG, 1996).

Apesar de extrema relevância para a reforma, vale mencionar que o NAPS também trouxe uma quebra de paradigmas no que diz respeito à saúde mental, todavia, não foi aceito por seu caráter estritamente social e cultural. O CAPS surgiu como um projeto revestido em um modelo médico-psicológico de análise (AMARANTE, 1997), e por isso, o NAPS sofreu certo apagamento, materializado pela Portaria 224/1992, e pela Portaria n° 336/2002, do Ministério da Saúde. A primeira uniu os termos CAPS e NAPS

como um só, nos itens discricionários, e no segundo momento, o primeiro absorveu o NAPS em detrimento deste, sem deixar de carregar uma ambiguidade conceitual (ALARCON, 2002).

4.1 A Lei n° 10.216/01: seus impactos no cenário brasileiro

A Lei n° 10.216/01, ou a Lei da Reforma Psiquiátrica, surge como uma norma reguladora, que estabelece diretrizes de base para o atendimento médico na esfera da saúde mental, e regulamenta, a partir disso, um novo sistema de saúde na área da saúde mental, redirecionando o modelo assistencial. A legislação firma, principalmente, princípios para o atendimento de pessoas com doenças mentais, bem como os seus direitos, em uma extensão dos princípios fundamentais da Constituição Federal/88, também restringindo as situações cabíveis para a internação psiquiátrica, e seus termos, e delegando ao Estado o dever de desenvolver políticas públicas de saúde mental (BRASIL, 2001).

A legislação não menciona diretamente o fim do modelo manicomial, mas segue, evidentemente, contra características basais do manicômio, mencionando a não discriminação por "[...] raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e pelo grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra" (BRASIL, 2001), e dispondo, de forma geral, que as pessoas devem ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades de cada um.

Para Bezerra Jr (2007, p. 243), a Lei da Reforma Psiquiátrica delimita a transição de 'proposta alternativa' para "marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial", intervindo no campo social, jurídico e no meio acadêmico dos profissionais de saúde em formação.

Em 2007, existiam mais de mil CAPS distribuídos no Brasil (BEZERRA JR, 2007), em 2020, foram documentadas 42 (quarenta e duas) mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 144 (cento e quarenta e quatro) Consultórios de Rua, 2.657 (dois mil e seiscentos e cinquenta e sete) CAPS, 66 (sessenta e seis) Unidades de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), 1.641 (um mil e seiscentos e quarenta e um) leitos em Hospitais Gerais, 13.877 (treze mil e oitocentos e setenta e sete) leitos em Hospitais Psiquiátricos, 50 (cinquenta) equipes multiprofissionais de atenção especializada em Saúde Mental e 691 (seiscentos e noventa e um) Residências Terapêuticas (SRT) (BRASIL, 2020).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em funcionamento, foi regularizada pela Portaria n° 3.088/2013, do MS, voltada para o atendimento a pessoas em sofrimento mental, e para dependentes químicos, sendo integrada por Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial, Samu, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, Hospital Geral e Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011). Foi criada como:

> [...] um instrumento para o cuidado integral à saúde mental da população brasileira. Pela diversidade dos estabelecimentos e serviços, as diretrizes e princípios da RAPS estão ancorados nos direitos humanos, e a execução de ações acontece via meios intra e intersetoriais, em redes capilarizadas nos territórios (BRASIL, 2022).

Em 2008, foi elaborado e oficializado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), considerando que a família está inclusa no processo de tratamento do paciente enfermo (AMARANTE; NUNES, 2018), é indispensável esse amparo e orientação à sua rede de apoio, tanto por uma perspectiva técnica quanto de atenção básica.

Conforme Mota, Silva e Lyra (2017, p. 526):

> Apesar de ter sido deformada de sua proposta original, a Lei n° 10.216 representa um grande avanço no processo de desinstitucionalização e da Luta Antimanicomial, tornando legal, em âmbito nacional, diversas ações pensadas e, na medida do possível, operacionalizadas no sentido de transformar a oferta de cuidado às pessoas com transtornos mentais, reafirmando o interesse exclusivo no bem-estar delas, reforçando o papel da família e da comunidade no processo de reabilitação, atribuindo também importância à inserção por meio do trabalho, incentivando as iniciativas em economia solidária, por exemplo.

Bezerra Junior (2007) observa que não há registros de outra reforma psiquiátrica similar à do Brasil que tenha ocorrido em outro país com características semelhantes à nossa. Considerando os parâmetros geográficos, políticos e sociais brasileiros à medida que a Reforma vem sendo materializada, novos desafios vão surgindo, e eles demandam a atenção da agenda dos campos de Saúde Mental e de Saúde Coletiva (BEZERRA JR, 2007).

O novo sistema assistencial para a saúde mental enfrenta desafios, tais como a diversidade cultural e o extenso território nacional. Com dimensões continentais, cujas distinções exigem posicionamentos diversos, não é possível, por exemplo, unificar um modelo assistencial que seja eficiente para as megalópoles e para as cidades interioranas (BEZERRA JR, 2007).

Outro entrave consiste em padronizar os parâmetros para avaliação de eficiência, pois as necessidades da esfera de saúde mental não são equiparáveis às das clínicas médicas e da saúde pública. O campo da saúde mental dispõe de avaliações que coletam

dados objetivos, e neste caso, seria necessário aferir o impacto subjetivo do sistema assistencial (BEZERRA JR, 2007), uma vez que as estratégias terapêuticas contam com variáveis circunstanciais, gerando resultados diferentes em diferentes pacientes, e variam com o tempo, com o comportamento, e com a linha de acontecimentos e, por isso, as respostas são mais complexas, de difícil homogeneização em larga escala.

Isso é um problema, em especial, nas diligências políticas, tendo em vista que, para angariar verbas públicas, os órgãos de coordenação da atenção à saúde mental necessitam apresentar e adotar mecanismos e critérios de financiamento tangíveis, que demonstrem o desenvolvimento da Reforma. Um exemplo concreto seria a construção de redes territoriais de assistência, o implemento de programas de moradias, etc. (BEZERRA JR, 2007).

Um aspecto importante é também a formação dos profissionais envolvidos na área, que encontraram certa dicotomia em sua formação, por um lado o saber teórico e técnico, e por outro a necessidade de uma atuação crítica e criativa, uma junção que ainda vem sendo construída, em que as variáveis são diversas. Nas palavras de Bezerra Junior (2007, p. 246):

> [...] novas organizações das equipes, novas transformações dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito, todos esses são temas cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista.

O decréscimo no número de leitos psiquiátricos é um indicativo dessa ação de desmonte do modelo hospitalocêntrico, que da década de 1970 até o ano de 2014, reduziu drasticamente de 80 (oitenta) mil para 25.988 (vinte e cinco mil e novecentos e oitenta e oito). Os custos antes destinados a esses leitos foram remanejados para os serviços de atenção psicossocial, em especial, para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (AMARANTE; NUNES, 2018).

Essa realidade, contanto, não permaneceu com o mesmo andamento desde o ano de 2015, momento no qual já existiam articulações políticas que devolveram posições importantes aos conservadores, instalado um estado de exceção, no qual o SUS começou a sofrer um processo de desmonte, e com isso, os planos inerentes ao processo da reforma psiquiátrica também foram interrompidos. Prova disso é que, em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou uma resolução que, em termos mais simples, trouxe de volta o parâmetro manicomial. Um verdadeiro retrocesso, considerando os esforços de

décadas para estabelecer uma nova forma de tratar os/as loucos/as (AMARANTE; NUNES, 2018).

Juridicamente, tem havido um deslocamento na discussão. Anteriormente, priorizava-se a defesa da dignidade da pessoa humana, em prol dos instrumentos de proteção jurídica para os indivíduos com déficit ou perturbação. Na prática, havia um revestimento na segurança dos seus trabalhos ou de pensões que recebessem, de certa forma, fomentando um lugar passivo para o/a louco/a, sem outras estratégias. Depois, procurou-se trabalhar em mecanismos jurídicos que incentivassem a inclusão civil e social, inserindo novas modalidades nos direitos e obrigações jurídicas, como diferentes modelos de contratos e maneiras alternativas para imposição da responsabilização civil ou penal a alguém que se enquadrasse nessa situação (BEZERRA JR, 2007).

Em outras palavras, a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica criaram uma nova noção de autonomia e cidadania para os/as loucos/as (BEZERRRA JR, 2007), que divergia do modelo que enxerga a liberdade e a cidadania como uma espécie de regalia que nem todos teriam aptidão para exercer. E, por isso, a ordem ficta jurídica e social foi readaptada para pessoas com algumas necessidades e características diferentes, afastando o capacitismo[16] que exclui pessoas da vida social sem ponderar novas estratégias para unir o diferente ao todo.

Considerando o panorama geral, a reforma psiquiatra deve se atentar para o criticismo que a alavancou. Bezerra Junior (2007) entende que há uma dificuldade política em manter dinâmicas, essencialmente, subjetivas. Como há uma valoração dos trâmites burocráticos, a ausência de dados mais objetivos sobre a política de saúde mental pode ser usada como justificativa pelo movimento contrário à reforma psiquiátrica, o de institucionalização conservadora (BEZERRA JR, 2007).

Visto que, mesmo após a consagração da Lei n° 10.216/2001, a Reforma Psiquiátrica tem enfrentado dificuldades para manter-se, com o desmonte da Saúde Pública, o Movimento Antimanicomial tem sido o ator coletivo que tem se empenhado para que a Lei não se torne ‘letra morta’ e seja aplicada. Conforme Ludmila Correia (2021, p. 401):

> Assim, embora a referida lei tenha gerado avanços importantes, ainda são necessárias reformulações drásticas e consistentes na legislação e políticas públicas do país para que impulsionem novas práticas e conceitos sobre

[16] A expressão descreve um tipo de preconceito contra pessoas com deficiência, no qual é naturalizada a concepção de que indivíduos com determinadas deficiências são inadequados ao meio, tidos como anormais ou incapazes (NEUMAN, 2021).

> transtorno mental, deficiência psicossocial, capacidade de entendimento e ação, cuidado e tratamento, visando a garantia dos direitos desse grupo social.

Partindo do princípio de que o direito é um mecanismo universal para a mudança social, de maneira politicamente legítima, vislumbra-se como a mobilização política do direito é importante para sua atuação fora do que já foi regularizado, em torno da não-cidadania, o que consiste na existência de um indivíduo ou de um grupo completamente isolado do contrato social (SANTOS, 2003).

Diante disso, pode se dizer que a Reforma Psiquiátrica rompeu com os paradigmas inerentes ao modelo hospitalocêntrico, qual seja, lidar com a loucura tentando extermina-la, internando o/a louco/a sem preterir reinseri-lo/a na sociedade, e que não o/a reconhece como um/a sujeito/a de direitos.

Partindo desse pressuposto, os indivíduos em adoecimento mental também merecem exercer sua cidadania, assim como, ter o direito a uma vida digna, previsto o princípio da dignidade da pessoa humana, cujo fundamento, medida e fim do direito é a própria pessoa. Tal princípio faz parte de um rol de direitos existenciais, inerentes a todos os seres humanos, que instituem uma igualdade, sem condicionar à raça, gênero, aptidões pessoais, etc., e que garante a tentativa de afastar dores, manter relações afetivas, ter moradia, meios para subsistência, em outras palavras, uma vida digna (SINGER, *apud* ANDRADE, 2003).

4.2 A “nova” corrente ideológica na esfera da Saúde Mental

Apesar de todo esse árduo processo de reforma, fala-se em uma “remanicomialização” da atenção psicossocial na última década. Em 2012, foi determinado, por exemplo, que jovens usuários de crack, que estivessem em situação de rua fossem internados compulsoriamente, enquanto, Comunidades Terapêuticas também foram incluídas no RAPS para o tratamento de dependentes químicos (AMANCIO; ELIA, 2017).

O que são as Comunidades Terapêuticas e por que sua crescente prevalência deve ser questionada? Primeiramente, é necessário entender em qual contexto sócio-político elas estão sendo inseridas e ganhando apoio e recursos.

Mesmo antes do golpe de 2016, o Ministério da Saúde já havia sido retomado por conservadores, inclusive, um ex-diretor de um hospital psiquiátrico foi nomeado, nesse período, para a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Valencius Wurch Duarte Filho (AMARANTE; NUNES, 2018). Há um projeto político que ameaça

a desinstitucionalização promovida no país, que obstrui o financiamento dos instrumentos com bases antimanicomiais, como o CAPS e os Centros de Convivência (VASCONCELOS, 2010).

Existe uma contrarreforma neoliberal, operada pelo próprio Estado nas políticas de saúde pública, que vem sucateando a rede de atenção estabelecida (NETO; BRAZ, 2007) e que vem desestruturando a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Esse sucateamento não é feito de forma clara e evidente, assim como outros serviços oferecidos pelo Estado, como a educação pública, que vêm sofrendo com corte de verbas[17], a Saúde Pública também vem enfrentando redução de verbas.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), manifestou-se (2021) contra o repasse de 89 (oitenta e nove) milhões de reais para as Comunidades Terapêuticas (CT), em um momento no qual a Saúde Mental Pública sofre com a redução de gastos. O Governo Federal já multiplicou o seu investimento nessas instituições em 2019, chegando a R$ 153,7(cento e cinquenta e três e setenta) milhões por ano, o mesmo que era destinado às RAPS, apesar das CT serem instituições privadas (SASSINE, 2019).

Retomando o questionamento inicial, conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2020), a autoridade nacional em saúde, as "Comunidades Terapêuticas Acolhedoras são instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência".

A estrutura das CT é integrada por tripé principal: disciplina, trabalho e espiritualidade, dispondo-se a atuar com métodos terapêuticos e comunitários. Usando como instrumento também a abstinência e o isolamento social (IPEA, 2017). O trabalho é chamado de laborterapia, e é a partir desse argumento que já foram produzidos inúmeros relatos que denunciam o uso da mão de obra de internos como forma de substituir contratações profissionais (ABRASCO, 2021).

Em 2017, um perfil foi elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) sobre as CT nacionais. De acordo com a pesquisa, o governo federal financia as CT desde 2011, por força da política de drogas. O que causou certa discussão na laicidade do Estado, considerando que, apesar de não existir a obrigatoriedade de uma orientação religiosa específica atrelada à CT, há uma desproporcionalidade na distribuição de CT e

[17] O MEC receberá novo corte no orçamento para as universidades federais e institutos federais, 7,2%, ainda em 2022. Essa porcentagem é ainda menor que o orçamento de 2019, que contava com o funcionamento das instituições totalmente na forma presencial (VASCONCELOS, 2022).

oferta de vagas, orientadas pela religião adotada no local, com evidente predominância de religiões cristãs, em especial, de orientação pentecostal, compreendendo 41% das vagas ofertadas. E 82% das CT, no país, tem vínculo com religiões de matriz cristã. Sendo também amplamente financiada por igrejas, tendo em vista que é uma instituição privada e tem seu financiamento provindo de pontos diferentes (Ipea, 2017).

Existem regras previamente acordadas entre o acolhido e a CT, e para o caso de descumprimento dessas regras, também foram formuladas sanções a serem aplicadas a quem desrespeitou-as, quais sejam: advertência oral, comunicação à família ou pessoa de referência, advertência por escrito, realização de leitura e reflexões sobre o ocorrido, suspensão de atividades de lazer por um tempo, suspensão de contatos telefônicos com familiares e amigos(as), aumento temporário das suas atividades de laborterapia, afastamento temporário dos demais acolhidos, e outros (Ipea, 2017).

Na prática, essas instalações funcionam como um instituto prisional. À título de compreensão, a sanção catalogada como "afastamento temporário dos demais acolhidos" funciona como uma solitária, as condições da estadia não são explicitadas nos registros oficiais, o que nos faz questionar como de fato essas sanções são aplicadas. Há relatos de um rapaz que ficou preso em uma solitária, menor que 6m², durante 6 dias e 6 noites, sem um local adequado para fazer suas necessidades (LEVY; FERRAZ, 2019).

Assim como as ações coletivas que surgiram à época, responderam a complexidade das relações sociais do momento (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006), é necessário reavaliar que ações irão responder de maneira eficiente ao momento atual, e se retomar antigos modelos não seria tentar um anacronismo que não compactua com os parâmetros sociais e avanços médicos da área conquistados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica brasileira surge a partir de uma mobilização político-jurídica, rompendo com os paradigmas do modelo manicomial, que aprisiona e interna os loucos, sem a tentativa de reinseri-lo na sociedade. Um modelo que praticava graves violações a direitos fundamentais do ser humano, por meio de violências físicas, psicológicas, sexuais, a nível individual e coletivo, e não reconhecia o louco como um sujeito de direitos.

O movimento antimanicomial vai inserir a ideia de pessoas em adoecimento mental são, primeiramente, pessoas, cada uma com as suas particularidades e subjetividades, e isso não deve ser esquecido mesmo no momento do tratamento médico,

algo, em geral de caráter objetivo. Deve ser observado o princípio da dignidade da pessoa humana, abrangendo o direito à integridade física e o direito de se conviver em sociedade, o que pode ser readaptado, conforme for exigido, mas essa readaptação não exclui a capacidade de integração social das pessoas em sofrimento psíquico.

Essa reforma foi planejada como um processo gradual e lento. No entanto, mesmo após cerca de duas décadas nesse ritmo, esse processo vem enfrentando entraves políticos desde o início da década passada, claras ações em retrocesso. Têm-se observado, na verdade, uma contrarreforma, baseada em ideias conservadoras e de cunho religioso, com a participação de uma iniciativa privada, apoiada pelo Governo, conjuntamente a um desmonte dos aparatos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, conquistados pela Lei n° 10.216/01.

Percebe-se que a Lei da Reforma Psiquiátrica não alcançou uma segurança jurídica que amparasse instrumentos como o CAPS. Na mesma medida, percebe-se que a mobilização política-jurídica antecedeu o momento atual, conseguiu, em pouco tempo, retroceder os esforços do Movimento Antimanicomial, construídos por cerca de 30 anos.

Sendo assim, é de extrema relevância ressaltar o trabalho jurídico que deve ser feito além da ordem positiva, pois as articulações políticas de um país estão intrinsecamente associadas às decisões estatais, e com certeza, devem ser levadas em consideração no momento de análise jurídica, bem como, em suas medidas conseguintes.

Além disso, denota-se o viés que o Brasil tem seguido na esfera de Saúde Mental, neoliberal, tomado pelas crises financeiras, mesmo em meio a uma crise sanitária de parâmetros nunca experimentados nacionalmente.

REFERÊNCIAS

ABOU-YD, Miriam Nadim, Silva R. A lógica dos mapas: marcando diferenças. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

ALARCON, Sérgio. **Nos limites da desmesura:** aforismos sobre Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial no Brasil. Dissertação (Mestrado em Ciências), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

AMARANTE, Paulo. Coord. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FRIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Loucura, Cultura e Subjetividade**. Conceitos e estratégias, percursores e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e Democracia: A Luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial: Fiocruz**, Salvador, p. 2067-2074, mar. 2018.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Temas em saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

ANDRADE, André Gustavo Corrêa de. **O Princípio Fundamental da Dignidade Humana e sua Concretização Judicia**l. Revista da EMERJ, v. 6, n. 23, 2003.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013. E-book Kindle.

BARANYI, Lucas. O que foi a tragédia do Hospital Colônia de Barbacena?. **Super Interessante**, 14 fev. 2020. Disponível em: <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/o-que-foi-a-tragedia-do-hospital-colonia-de-barbacena/>. Acesso em: 28 maio 2022.

BEZERRA JR, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSYS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007.

BIRMAN J, Costa JF. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In Amarante, P, organizador. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2015. p. 41-72.

BERNARDES, Júlio. Ansiedade, insônia, estresse, depressão: estudo mostra como saúde mental evoluiu na pandemia. **Jornal da USP**, 21 jun. 2022. Disponível em: < https://jornal.usp.br/ciencias/ansiedade-insonia-estresse-depressao-estudo-mostra-como-saude-mental-evoluiu-na-pandemia/. Acesso em: 24 jun. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. D.O.U. Brasília-DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde investe em ações de saúde mental durante a pandemia, 9 out. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10076>. Acesso em: 3 jun. 2022.

BRASIL. 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). D.O.U. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps>. Acesso em: 8 jun. 2022.

Chrétien Guillaume de Lamoignon de Malesherbes. **Encyclopedia Britannica**. 18 abr. 2022. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/Chretien-Guillaume-de-Lamoignon-de-Malesherbes>. Acesso em: 22 maio 2022.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Caso Ximenes Lopes vs. Brasil: Corte Interamericana de Direitos Humanos: supervisão de sentença: sumário executivo. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Sum%C3%A1rio-Executivo-Caso-Ximenes-Lopes-vs-Brasil-21.06.30.pdf>. Acesso em 8 jun. 2022.

Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (as) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial** / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013. 130 p.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. A mobilização jurídico-política do Movimento Antimanicomial no Brasil. **Direito, Estado e Sociedade**, n. 59, p. 365 a 411, jul-dez de 2021.

CORREIA, Ludmila Cerqueira**. Por uma Pedagogia da Loucura**: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade de Brasília. Brasília, p. 383, 2018.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2005.

FRAZÃO, Dilva. Erasmo de Roterdã. **E biografia**, 27 nov. 2019. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/erasmo_de_roterda/>. Acesso em: 7 jun. 2022.

FRAZÃO, Dilva. Hieronymus Bosch. **E biografia**, 29 abr. 2019. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/hieronymus/>. Acesso em: 10 maio 2022.

GOLDBERG, J. **Clínica da Psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te Cora editora e IFB Livros, 1996.

GULLAR, Ferreira. **Nise da Silveira: uma psiquiatra rebelde**. Rio de Janeiro, Relume- Dumará/Prefeitura do Rio, 1996 (Série Perfis do Rio).

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – Ipea. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Mar. 2017. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2022.

LEVY, Clarissa; FERRAZ, Thais. ‘Nem cadeira tem isso’. **The Intercept Brasil**, 10 mar. 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/03/10/tratamento-drogas-governo/>. Acesso em: 11 jan. 2021.

MELUCCI, Alberto. **Challenging codes: collective action in theinformation age**. London: Cambridge University Press;1996.

MOTA, Mirella de Lucena; SILVA, Jorge Luiz da; LYRA, Jorge. O movimento de luta antimanicomial e os desafios em contextos de crise. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 519-536, jul.-dez. 2017.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica, v. 6, São Paulo: Cortez, 2007.

NEUMAN, Camila. Capacitismo: entenda o que é e como evitar preconceito disfarçado de brincadeira. **CNN Brasil**, São Paulo, 02 ago. 2021. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/saude/capacitismo-entenda-o-que-e-e-como-evitar-preconceito-disfarcado-de-brincadeira/. Acesso em: 14 jun. 2022.

Nota de repúdio contra o repasse de verbas públicas às Comunidades Terapêuticas. **Abrasco**, 2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/verbas-publicas-comunidade-terapeutica/63839/>. Acesso em: 8 jun. 2022.

Ordem das Mercês ou da Redenção (da Trindade). **Porto Editora**. Porto. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/$ordem-das-merces-ou-da-redencao-(da-trindade)>. Acesso em: 21 maio 2022.

PIRES, Joyce Finato; RESENDE, Laura Lemes de. Um outro olhar sobre a loucura: a luta antimanicomial no Brasil e a Lei n° 10.216/2001. **Cad. esc. dir. rel. int. (UNIBRASIL)**, Curitiba-Pr, vol. 2, nº 25, jul/dez 2016, p. 34-47.

Relações humanas. **Porto Editora**. Porto. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/$relacoes-humanas>. Acesso em: 22 maio 2022.

SADE, R. M. S. **Portas abertas**: do manicômio ao território. Entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária/São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Quem foi Philippe Pinel**. São Paulo, [2003?]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/caism-philippe-pinel/institucional/quem-foi-philippe-pinel>. Acesso em: 22 maio 2022.

SASSINE, Vinicius. Bolsonaro multiplica investimento em comunidades terapêuticas para atender usuários de drogas. O Globo, 24 abr. 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/bolsonaro-multiplica-investimento-em-comunidades-terapeuticas-para-atender-usuarios-de-drogas-23617535>. Acesso em 8 jun. 2022.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. Disponível em: https: <//www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVC/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2022.

SILVA, A. T.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36(1), p. 4-9, 2002.

SILVA, Luana. Saúde mental e estigma: usuários do Caps, em João Pessoa, relatam preconceitos que já enfrentaram e defendem a luta antimanicomial. **Jornal da Paraíba**, 25 set. 2021. Notícias. Disponível em: <https://jornaldaparaiba.com.br/noticias/2021/09/25/saude-mental-e-estigma>. Acesso em: 8 jun. 2022.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf>. Acesso em: 29 maio 2022.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas inter-paradigmáticas em saúde mental. **Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan.-abr. 2009.

VASCONCELOS, Maria José. Apesar de recuo, corte no orçamento do MEC ainda preocupa comunidade acadêmica. **Correio do Povo**, jun. de 2022. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/ensino/apesar-de-recuo-corte-no-or%C3%A7amento-do-mec-ainda-preocupa-comunidade-acad%C3%AAmica-1.835592>. Acesso em 8 jun. 2022.

VALLE, Sara Del. O conceito de poder disciplinar no pensamento de Michel Foucault. **SABERES**, Natal, v.18, n.3, dez. 2018, p. 249-258, 2018.

VEIGA, Edison. Nise da Silveira: quem foi a psiquiatra que teve homenagem vetada por Bolsonaro. **BBC News**, 27 maio 2022. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/brasil-61603637. Acesso em: 14 jun. 2022.

VERAS, M. **A loucura entre nós**. 2 ed. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2014.