



UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO ACERCA DOS RETROCESSOS NO BRASIL¹

Samara Cristiane de Araújo Faria*

Vanessa Carvalho dos Santos**

Eloisa Aparecida de Castro***

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo refletir sobre a relevância das Políticas Públicas de Saúde Mental, com base em sua atual vigência e em dados históricos, que remontam ao período anterior à Reforma Psiquiátrica. A pesquisa foi realizada por meio de análise bibliográfica de artigos, livros e outros referenciais acadêmicos, que tangenciam o processo que levou à Reforma Psiquiátrica, do estudo das conquistas alcançadas no âmbito da saúde mental e dos documentos que instituem as mudanças, as quais afetam diretamente e representam retrocesso nas Políticas Públicas de Saúde Mental. Elegeu-se como fio condutor revisitar o processo histórico do que aconteceu desde as décadas passadas até o momento presente. Além disso, compreende-se ser necessário que a saúde mental seja valorizada, com normas pautadas na humanização e no princípio de universalização da saúde, sendo responsabilidade dos entes federativos garantirem ao público-alvo o atendimento de suas demandas. Dessa forma, pretende-se contribuir para a melhor compreensão do que sustenta e direciona as alterações normativas impostas, as quais implicam o retrocesso das Políticas Públicas de Saúde Mental, que estava se solidificando. Busca-se, enfim, ampliar o debate sobre as engrenagens que movimentam esse desmonte e como resistir a isso.

Palavras-chave: Política de saúde mental. Retrocesso. Reforma psiquiátrica. Necropolítica.

INTRODUÇÃO

¹TCC em formato de artigo, apresentado ao Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (FACEC), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

*Samara Cristiane de Araújo Faria, graduanda em Psicologia no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, Barbacena -samaraacriis@gmail.com.

**Vanessa Carvalho dos Santos, graduanda em Psicologia no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, Barbacena -vanessascar12@gmail.com.

***Eloisa Aparecida de Castro, mestre em psicologia pela UFSJ, professora no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Barbacena. E-mail para contato: eloisacastro@unipac.br



UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

O artigo tem como objetivo analisar as Políticas Públicas de Saúde Mental, buscando evidenciar sua importância para a população brasileira. Para chegar até o momento atual, em que se tem respaldo do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas mudanças ocorreram. Neste trabalho, pretende-se apresentar os avanços e os retrocessos nas Políticas Públicas de Saúde Mental e como essas mudanças podem afetar a população, mais especificamente os usuários dessas políticas.

Até a definição do objeto de pesquisa, destacaram-se interesses voltados em geral para o SUS em paralelo com a Saúde Mental. Diante da atual pandemia da Covid-19, observou-se um impacto significativo na população. Assim, as reflexões passaram por diversos pontos. Em um momento em que de fato, se transpõe a urgência do cuidado, a necessidade da manutenção da saúde mental veio à tona.

Entende-se que se faz essencial o estudo da relevância da Política Pública de Saúde Mental no país e das ameaças que ela vem sofrendo nos últimos anos. Para evidenciar isso, buscou-se apresentar o caminho percorrido por tal política. No final dos anos 1970, originou-se, no Brasil, uma crítica radical sobre a forma de tratamento psiquiátrico utilizada no país, dando início à luta antimanicomial, que foi impulsionada pelo movimento italiano de reforma psiquiátrica liderado por Franco Basaglia. Essa luta resultou na Reforma Psiquiátrica, em um processo de desospitalização e desinstitucionalização dos sujeitos com sofrimento mental, focando no tratamento humanizado dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No entanto, nos últimos anos, a RAPS vem sofrendo ameaças. Com o sucateamento desta, houve diminuição dos investimentos e mudanças que vão à contramão dos seus princípios básicos. Novas Resoluções e Portarias vêm evidenciando os hospitais psiquiátricos novamente como estratégias da Rede, além de incluir nela as Comunidades Terapêuticas, aumentando o financiamento para essas instituições. Em um movimento político-social, há uma tensão entre a sobrevivência do modelo de atenção psicossocial

conquistado pelo movimento antimanicomial e o retrocesso ao modelo psiquiátrico clássico² que afetam os usuários da rede pública de atenção à saúde mental.

É imprescindível pensar como essas mudanças afetam os usuários da política de saúde mental, indo de encontro ao viés da relação de exclusão e dominação entre instituição e usuário, que se vê assujeitado às práticas de poder e vivencia a desvalorização da subjetividade. Indagando a quem as mudanças instauradas na política pública de saúde mental podem favorecer, o conceito de necropolítica³ vem à tona em paralelo ao capitalismo, em que se torna natural uma ideologia de morte para alguns em favor da vida de outros, colocando em foco o capital e deixando de lado aqueles sujeitos que não aderem aos interesses do capitalismo.

A argumentação e a apresentação dos fatos são feitas a partir de uma revisão bibliográfica das obras *História da Loucura na Idade Clássica* (FOUCAULT, 1978), *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (BASAGLIA, 1985), *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria* (AMARANTE, 1996) e *Necropolítica* (MBEMBE, 2016) e de artigos científicos relacionados ao tema além da análise de Resoluções e Portarias, que versam sobre as Políticas Públicas de Saúde Mental.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

Diante da análise bibliográfica acerca da trajetória das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil e do retrocesso apontado pelas mudanças normativas, causador de prejuízos à população, é primordial levantar informações sobre as ferramentas existentes e a atuação destas com base nas alterações impostas, que podem representar um desmonte do que estava se

² O modelo clássico é apresentado no corpo do artigo, mais especificamente na página 7.

³ A necropolítica é um conceito que será apresentado no corpo do artigo, mais especificamente na página 18.

solidificando. Foi realizada a investigação do processo histórico, no qual a loucura era tratada de forma negligenciada, e de como ocorreu o desenvolvimento dos modelos brasileiros de atenção à saúde mental até a reforma psiquiátrica, que foi um divisor de águas, que conduziu à conquista da formulação de Políticas Públicas de Saúde Mental pautadas em humanização e ressocialização.

Identifica-se que a reformulação e a promulgação de algumas leis estão regulando um sucateamento da Política Pública de Saúde Mental, gerando desmonte e um retrocesso, que causa sérios prejuízos à população que demanda do serviço. O trabalho foi realizado por meio de revisão de literatura e busca abranger a bibliografia já publicada, para analisar a temática sob um novo enfoque e concluir como hoje acontece o retrocesso.

1.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1.1 Um breve histórico acerca da loucura

Para que se possa compreender e discutir as Políticas Públicas de Saúde Mental na atualidade, é fundamental retomar aspectos da perspectiva histórica, os quais influenciaram o Brasil e o mundo e nos trouxeram até a situação de hoje. Assim, é essencial uma análise criteriosa dos momentos histórico-sociais anteriores bem como do momento atual, para a compreensão das mudanças vivenciadas e como essas mudanças afetam diretamente a vida dos usuários dessas políticas.

A prática de trancar aqueles que destonam da estética social vem de muito tempo, como podemos ver em *A História da Loucura na Idade Clássica*, obra de Foucault (1972), que traz o questionamento de quem são os loucos, do que é loucura e como ela se transforma. No capítulo “Stultifera Navis”, Foucault discorre sobre a trajetória da lepra na Idade Média no mundo ocidental: os



UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

infectados pela doença eram condenados a viverem isolados da sociedade em instituições chamadas leprosários.

Após a erradicação da lepra, na estruturação que Foucault (1978) faz do início do século XV, as pessoas com doenças venéreas substituíram os leprosos. Subsequente a isso, os leprosários se tornaram povoados por aqueles que eram pobres, vagabundos, presidiários ou com alguma característica que destonasse da estética social. Já que os leprosários se tornaram sem utilidade para o governo, transformaram-se em abrigos para afastar da sociedade aqueles que, como os leprosos, traziam características da exclusão, eram considerados distorcidos da sociedade e ninguém sabia o que fazer com eles. Entre essas pessoas, estavam os loucos.

Diante disso, a burguesia começou a criar normas sociais e a organizar os espaços. Foram criadas instituições que dominavam e colocavam ordem na sociedade, como os hospícios, onde, além dos loucos, os pobres, o preguiçoso e todos os excluídos socialmente eram colocados. A internação foi uma criação institucional em uma época quando a loucura começou a ser considerada um impasse na cidade. Assim, emergia uma relevante amplitude dos hospícios, vistos como formas de tratamento, quando, na verdade, era uma forma de repressão aos sentimentos e demandas de pessoas miseráveis, pois aqueles que eram um incômodo para a sociedade não deveriam ser ouvidos. Eles estavam ali para que se recuperassem do seu desvio.

Dessa forma, teve início a ideia da busca pela recuperação dos pobres, miseráveis e loucos em prisões, quando a loucura virou sinônimo de incapacidade de se ajeitar à sociedade e construiu-se uma visão de que o louco era alguém que não produzia. A lógica dos excluídos, que Foucault (1978) traz no capítulo “A grande internação”, mostra que esses sujeitos, além de expulsos da sociedade, também eram colocados em instituições, as quais os faziam excluídos dentro da própria cidade, surgindo, então, os manicômios.

Foucault (1978), no capítulo “O Mundo Correcional”, aborda a perspectiva de que essa alienação é um mecanismo de uma estruturação

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

social, em que a loucura é uma construção da sociedade e os loucos são colocados como desatinados. Os hospícios foram criando hierarquias, catalogando pessoas por seus “problemas” e criando uma estrutura própria. Nesse mesmo capítulo, o autor mostra que o remédio correccional era o carro chefe: castigos e punições eram utilizados para que as pessoas fossem corrigidas em seus erros.

Ademais, a internação se encontrava presente em dois pólos – na perspectiva negativa da condição de exclusão social e na perspectiva positiva – na condição de organização social no que se referia à ideologia burguesa. A prática da internação vai se solidificando, escreve Foucault (1978 p.90): “Do outro lado desses muros do internamento não se encontram apenas a pobreza e a loucura, mas rostos, bem mais variados e silhuetas cuja estatura comum nem sempre é fácil de reconhecer”; ou seja, é desfigurada a subjetividade daqueles que estavam sendo internados.

No Brasil, grandes centros psiquiátricos foram se consolidando, como o Juqueri, em São Paulo; o Hospital Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro; e o Colônia, em Barbacena, Minas Gerais. Nessa época, o Hospital Psiquiátrico era visto como grande e único agente terapêutico eficaz. No entanto, a realidade era pautada no isolamento dos sujeitos em condições precárias, submetidos à violência e torturas em nome da ciência.

Basaglia (1985) afirma que um paciente internado em hospital psiquiátrico é um homem sem direitos, que está submetido ao poder da instituição e, portanto, à mercê dos médicos. Para ele, a função do hospital psiquiátrico é a segregação sem o objetivo de emancipar os internos. Então, ele se apropria da busca de superar a realidade manicomial. Basaglia (1985, p.101) pondera: “A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade”.

Em 1979, o psiquiatra esteve no Brasil, visitou os grandes hospícios e denunciou a realidade ali constatada para todo o mundo, comparando a realidade dos hospícios brasileiros, em especial o Hospital Colônia em

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

Barbacena, com os campos de concentração nazista. Desse modo, tornou-se referência da luta por mudanças do modelo assistencial clássico para uma rede que vai até o paciente em um conjunto de serviços, dando início à ressocialização.

A hospitalização tinha como base uma lógica eugenista⁴ como cita Foucault (1978). Nesta busca por dizimar da estética social aquilo que destonava, estima-se que sessenta mil pessoas morreram no Hospital Colônia, uma tragédia silenciosa e desconhecida por muitos brasileiros até hoje. Na década de 1980, o Brasil precisava com urgência de um olhar atento para a perspectiva da saúde mental. Minas Gerais se transformou em uma capitalização da loucura, em que os corpos que eram mortos dentro dos hospitais psiquiátricos eram vendidos para as faculdades de medicina, englobando muitas clínicas e hospitais psiquiátricos e formando o chamado “corredor da loucura” ligando Belo Horizonte, Juiz de Fora e Barbacena, em prol do investimento na institucionalização da doença mental pela Medicina.

As técnicas dentro do Hospital buscavam o controle, e não o tratamento. Medicamentos sem indicação, eletrochoques e punições se destacavam. A internação era o modelo de tratamento da loucura vigente nesse período, que é chamado de modelo clássico, de caráter hospitalocêntrico, em que o louco era tratado como um animal, perigoso, exilado da sociedade, exposto a correções e condenado a viver do outro lado das grades.

De acordo com o que é ressaltado na obra de Foucault (1978, p.524): “O internamento clássico havia criado um estado de alienação que só existia do lado de fora, para aqueles que internavam e que só reconheciam o interno como Estranho ou Animal”. Assim, o internamento, nesse modelo, era marcado pela desumanidade e pela alienação. Dessa forma, a necessidade de uma reforma desse modelo foi se fazendo cada vez mais evidente e é sobre ela que se pauta o tópico seguinte.

⁴Eugenia é um termo criado em 1883 por Francis Galton. É uma teoria que busca produzir uma seleção nas coletividades humanas baseada em leis genéticas (DEL CONT, 2009).

1.1.2 A Reforma Psiquiátrica – Divisor de águas

No viés da busca pela reformulação do modelo clássico, deve-se ressaltar que na época anterior à emergência da reforma psiquiátrica, vivia-se em uma ditadura militar, onde se favorecia movimentos de exclusão, o tratamento segregatório das instituições psiquiátricas manicomiais no Brasil, pautado na não democracia da época. Há que se pensar que a Reforma Psiquiátrica iniciou quando setores da sociedade brasileira lutavam contra a ditadura civil-militar, bem como, por uma saúde pública gratuita e universal e por uma reforma psiquiátrica, portanto, não há Reforma Psiquiátrica sem luta democrática.

Desta forma após o fim da ditadura militar, segmentos sociais insatisfeitos com o sistema psiquiátrico vigente, travam a luta em congressos, associações, sindicatos, redes, constituindo-se como movimentos sociais, para reformulação do modelo e vigência da democracia, onde se tira a ditadura, deve-se também retirar os mecanismos que a fazem em diversos setores. Assim, deve-se pensar em uma via de mão dupla onde a conquista da derrubada da ditadura é a conquista do lugar do sujeito enquanto cidadão, logo, a Reforma Psiquiátrica traz uma das representações dessa realização de cidadania.

Em contramão ao modelo hospitalocêntrico, no final da década de 1970, foi formado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM). De acordo com Amarante (1996), esse Movimento passou a protagonizar iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional, denunciando o modelo oficial, de caráter manicomial, elaborando alternativas inspiradas em propostas de desospitalização e dando luz ao movimento da luta antimanicomial⁵.

⁵ Importante ressaltar que anterior a este movimento já se falava sobre a necessidade de transformação da Saúde Mental no Brasil. Em 1967 acontece um encontro que resulta na Ata

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

O MTSM teve início em 1978, ocorreu paralelo ao desenvolvimento de teses e à integração de discussões políticas em torno da Reforma Sanitária, que se oficializou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e se solidificou com a criação da Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS, criado em 1988. As Políticas Públicas de Saúde Mental estão inseridas no SUS e seu desenvolvimento esteve estritamente ligado à criação desse Sistema.

A partir da Luta Antimanicomial, em 1989, foi proposta por Paulo Delgado uma lei de saúde mental, que só foi aprovada em 2001. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, chamada de Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial, foi um marco na história da política de saúde mental, visando à maior validação de direitos, a uma melhora evidente no cuidado com a saúde mental e à construção de novos padrões de tratamento. A referida Lei dispõe sobre a “Atenção e proteção ao sujeito com transtorno mental no Brasil e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”; defende, ainda, a substituição de leitos psiquiátricos por atendimento humanizado, singular, e a ressocialização dos usuários afastados da sociedade (BRASIL, 2001).

Destaca-se que a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica são movimentos de cunho político e social, em que atuam instituições, Estado e toda a sociedade, em prol da mudança de valores sociais que levem a uma melhoria das práticas a partir da transformação cultural. Dessa maneira, a partir do início desses movimentos, iniciou-se um deslocamento em que os sujeitos, que eram vítimas de segregação e classificados pela improdutividade, passaram a ser vistos como seres humanos, dignos de vida social e igualdade. A centralidade, então, sai da figura patológica e problemática para um sujeito que tem seu lugar através de uma ótica coletiva de responsabilização por determinantes sociais de saúde.

Com o fim da hospitalização, foi necessário formular uma política de assistência, no intuito de amparar esses usuários e suas famílias. Amarante

de Porto Alegre, em 1968 acontece a I Conferência de Saúde Mental das Américas (no Texas), em que são ratificadas as propostas da Ata de Porto Alegre. (DEVERA e ROSA, 2007, p. 64)



UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

(1996) defende que as políticas desinstitucionalização não significam desassistência, abandonar os doentes à própria sorte, mas sim a substituição do modelo hospitalar por uma nova modalidade de assistência e cuidado. Aos poucos, novas leis e portarias foram sendo instituídas, visando ao desenvolvimento de uma política pública de saúde mental direcionada à pessoa, e não mais para a doença apenas. Tendo em vista que país é regido por uma constituição, é fundamental entrar no aspecto legal e citar algumas portarias que vão em direção a esse objetivo.

Uma portaria importante é a Portaria nº 3.088, que “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)” (BRASIL, 2011), sendo uma rede composta por serviços e equipamentos variados. Essa Rede é integrada ao SUS e vai desde a atenção básica à atenção hospitalar, dentro de estratégias de reabilitação psicossocial, na defesa de direitos humanos e valorização da autonomia do sujeito.

Segundo as diretrizes do SUS, os sujeitos que apresentam transtornos mentais devem receber atendimento dentro da RAPS, uma rede que promove assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas, tendo em vista um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada usuário da rede. A RAPS possui sete componentes, que não funcionam de acordo com uma hierarquia interna. Todavia, identifica-se a necessidade de falar brevemente sobre eles, pois os serviços que compõem a Política Pública de Saúde Mental se encaixam nesses componentes.

O primeiro componente é a Atenção Básica em Saúde, que tem como serviços principais: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A busca é por resgatar a singularidade de cada indivíduo, tendo como princípios fundamentais a promoção de saúde no território, acolhimento, vínculo e responsabilização pelo cuidado, integralidade,



UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

intersetorialidade, participação da comunidade e promoção de cidadania. É imprescindível o apoio matricial, como suporte assistencial e técnico pedagógico, produzindo ações de apoio educativo, havendo corresponsabilização pelos casos, discussões conjuntas e intervenções junto à família e à comunidade. Desse modo, o NASF⁶ é um dispositivo importante para promover essas ações, já que, por meio da Atenção Básica em Saúde, é possível que os profissionais estejam mais perto do usuário, acompanhando-o em seu território.

Um segundo componente da RAPS é a Atenção Psicossocial Estratégica, com o trabalho no CAPS, realizado juntamente aos serviços da Atenção Básica. Também, baseia-se na integralidade, com o objetivo de garantir a desinstitucionalização e, assim, a ressocialização, a abertura e construções de possibilidades no próprio território do usuário, acolhendo-o e desconstruindo os protocolos tradicionais de internação. Conta com atendimento interdisciplinar por intermédio de psicólogos, psiquiatras, médicos e assistentes sociais entre outros profissionais.

Outro componente é a Atenção de Urgência e Emergência. Serviços da Rede de Urgência e Emergência (RUE), como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Portas Hospitalares de Atenção a Urgências (Pronto Socorro) também são serviços que compõem a RAPS. Portanto, urgências psiquiátricas devem ser acolhidas por esses pontos de atenção. Entretanto, é primordial destacar que o estigma de periculosidade e o preconceito às barreiras que dificultam ou impedem o acesso de pessoas com transtorno mental ou usuários de drogas a esses serviços não são exclusivos da RAPS.

⁶Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são constituídos por equipes compostas por, no mínimo, cinco profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, buscando instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS (BRASIL, 2008).



UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

A Atenção Residencial de Caráter Transitório, também, faz parte da RAPS como uma iniciativa, cujo intuito é garantir aos usuários em situação de vulnerabilidade o cuidado integral. Para isso, utilizam-se estratégias substitutivas, que garantam a promoção da cidadania e da autonomia e a inclusão social, tendo como pontos de atenção as Unidades de Acolhimento (UA) e os Serviços de Atenção em Regime Residencial (SARR)⁷.

A Atenção Hospitalar entra como outro componente, habilitando hospitais gerais, maternidades e hospitais de pediatria, com leitos de saúde mental funcionando como retaguarda para a RAPS, com o objetivo de oferecer cuidado hospitalar para pessoas com transtornos mentais ou usuários de álcool e outras drogas, com acesso regulado por critérios clínicos e internações de curta duração. Busca, ainda, a superação da lógica asilar.

As Estratégias de Desinstitucionalização são um componente com o objetivo de garantir aos usuários em situação de internação de longa permanência um cuidado integral através de estratégias substitutivas em busca da garantia dos direitos com a promoção de autonomia e o exercício da cidadania e da inclusão social. Destacam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são moradias inseridas na sociedade com o intuito de acolher pessoas com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) egressa de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

Há, também, o Programa de Volta para Casa (PVC), que prevê um auxílio reabilitação psicossocial, através de um recurso financeiro mensal, para moradores de hospital psiquiátrico por mais de dois anos ininterruptos, com o objetivo de contribuir para o processo de reinserção social, assegurando os direitos civis, políticos e de cidadania do sujeito.

Por fim, o último componente da RAPS são as Estratégias de Reabilitação Psicossocial e Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares da RAPS, que são um conjunto de ações, as quais buscam a

⁷Portarias nº 121, de 25 de janeiro de 2012, (BRASIL, 2012a) e nº 131, de 26 de janeiro de 2012, (BRASIL, 2012b) respectivamente.

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

inclusão e o exercício de direitos de cidadania de usuários e familiares da RAPS. Elas acontecem através do desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território e direitos sociais.

Assim, a Política Nacional de Saúde Mental tem como eixo organizador a desinstitucionalização, visando não apenas à desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos, mas também à construção de condições efetivas para o cuidado comunitário contínuo e qualificado. As conquistas elencadas até aqui passaram e ainda estão passando por mudanças, deixando ameaçadas as pessoas que necessitam de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social, como é demonstrado no tópico seguinte.

1.1.3 Momento atual: desafios e impasses

A partir do ano de 2016, a Política Pública de Saúde Mental começou a sofrer um desmonte alarmante. A Reforma Psiquiátrica e os avanços alcançados no âmbito da saúde mental passaram por grandes retrocessos a partir de portarias, resoluções, editais e decretos, que foram modificados e resultaram na Nota Técnica nº 11/2019, chamada Nova Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2019). Essa Nota Técnica, emitida pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em 04 de fevereiro de 2019, é caracterizada pelo incentivo à internação psiquiátrica e sua separação da Política de Álcool e Outras Drogas, que passou a ser chamada Política Nacional Sobre Drogas, dando ênfase a comunidades terapêuticas, que trabalham em uma lógica punitiva e proibicionista com relação ao uso do álcool e outras drogas, pautada na internação prolongada dos usuários.

Entre os anos de 2017 e 2019, foram emitidos diversos documentos normativos que incidem sobre a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), sendo o marco inicial da “Nova Política”. Um desses documentos é a Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2017b). Essa Resolução estabelece novas diretrizes

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

para o funcionamento da RAPS, citando, pela primeira vez desde a Reforma Psiquiátrica, os hospitais psiquiátricos como integrantes da rede de cuidado, além de incluir os hospitais-dia na RAPS e instituir Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, que são como os antigos ambulatorios psiquiátricos, como mostra o artigo 1º da Resolução (BRASIL, 2017b). Como uma base para a mudança na PNSM, a Resolução nº 32 da CIT define um novo modelo da RAPS, que nos leva a um retrocesso, com elementos que remontam ao cuidado característico hospitalar/asilar, contrapondo aos serviços de base comunitária.

Outro marco é a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a), que institui o CAPSad IV, o qual desvirtua a lógica de cuidado dos outros CAPS, apresentando a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, com enfermarias com até 30 leitos, o que não condiz com o cuidado pautado no vínculo, na humanização, no cuidado com base territorial e na construção de PTS. Além de editais, portarias e resoluções para aumentar o financiamento para as Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos, tem um modelo pautado na reclusão prolongada, com possibilidade de institucionalização contínua, enquanto o SUS tem seus recursos cada vez mais diminuídos, colocando o sistema em risco.

Esses documentos levaram à publicação da Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019), deixando claro que a maioria das mudanças na PNSM foi feita a partir desses documentos, e não pela referida Nota Técnica. Os documentos, até então, apresentavam essas mudanças como “fortalecimento da RAPS”. Porém, a Nota Técnica nº 11/2019 traz uma mudança de discurso, questionando o modelo que vigorou até 2017 e a política centrada no cuidado comunitário, e apoiando o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2019). Um ponto que não havia sido citado até a publicação da Nota é o apoio à eletroconvulsoterapia como tratamento terapêutico além de dar ênfase à internação psiquiátrica de crianças e adolescentes.

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

A Nota e os demais documentos citados vão em direção contrária às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU) assim como da Reforma Psiquiátrica brasileira e dos direitos garantidos desde a Constituição Federal de 1988. Representam um grande retrocesso na Luta Antimanicomial e um desmonte progressivo da Política Nacional de Saúde Mental brasileira. É importante destacar que os retrocessos na política de álcool e drogas ainda é o ponto mais sensível de todas essas mudanças, deixando clara a concepção do tratamento sob confinamento como prioritário, quase como um confinamento de todos aqueles que são “drogados”, rompendo com a lógica da redução de danos e instituindo uma lógica de abstinência em instituições fechadas, em sua maioria de cunho religioso.

Dessa forma, o processo de reforma psiquiátrica vai passando por um desmonte progressivo. Assim, somos levados a um questionamento: como ficarão os usuários da rede de serviços que compõem as Políticas Públicas de Saúde Mental? A loucura, que foi devolvida à cidade, será novamente devolvida aos hospitais psiquiátricos?

1.1.4 Leis para quem?

Paulo Amarante, um dos pioneiros do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, representante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial na Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde, pesquisador e autor de importantes títulos no âmbito da saúde mental, traz, em um dos seus artigos, a frase de Paulo Mendes Campos: “De volta à cidade, Sr. Cidadão!”, ressaltando uma nova visão da cidade a partir do movimento da reforma psiquiátrica e a desconstrução da exclusão social da loucura

[...] na busca de produção de vida e formas de reprodução social para os sujeitos que foram privados do direito à cidade e à liberdade, o que leva à reconstrução de vida e à retomada da condição de cidadãos e

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

sujeitos de direitos. Portanto, também leva a uma redefinição do lugar do sujeito da diferença na sociedade, para além do diagnóstico psiquiátrico, com enorme potencial na redefinição do que é a cidade e para repensar a relação da cidade com as políticas públicas (AMARANTE; TORRE, 2018, s/p).

Diante do cenário atual, é-se levado a refletir se a frase a ser usada não seria: “De volta ao hospital, Senhor!”. Pois o sujeito em sofrimento mental, ou o usuário de álcool e/ou outras drogas, que conquistou seu direito à liberdade, tem esse direito ameaçado diante do retrocesso enfrentado, como analisado anteriormente neste trabalho. Salienta-se que, agora, esse sujeito seria chamado apenas de “Senhor”, e não de “Sr. Cidadão”, já que, diante dessa proposta de hospitalização do sujeito em sofrimento mental, ou usuário de álcool e/ou outras drogas, ele perde sua condição de cidadão.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), em análise apresentada, demonstram que a lógica comunitária no âmbito da Saúde Mental vem sendo abandonada, visto que a relação da RAPS com a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem diminuído. Com isso, a abrangência dos serviços vai sendo afastada da lógica do território, comprometendo um dos pilares da estruturação da atenção psicossocial. Identifica-se, assim, uma inclinação para o retorno à lógica hospitalocêntrica com o aumento de leitos hospitalares do viés psiquiátrico e, também, do tamanho e da quantidade das Comunidades Terapêuticas.

Observa-se, então, que se tem um modelo de institucionalização voltando a passos largos através das reformulações de investimentos econômicos; ou seja, um financiamento em contramão à Reforma que estava se formando. Neste ponto, é preciso ressaltar que se está falando de um mecanismo de poder e controle, em que se coloca o poder nas mãos dos agentes de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, que recebem um investimento alarmante.

Com as alterações propostas, os grandes hospitais passaram a ser credenciados para atuarem com leitos psiquiátricos, colocando aqueles

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

hospitais de maior porte como centralizados. Conforme o número de habitantes da cidade polo, as cidades menores ficam como dependentes desses centros. Assim, aquele hospital com maiores números de internações, recebe uma gratificação, o que o motiva a investir nisso. A Portaria GM nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, altera o financiamento de recursos do SUS, que passa a não ser obrigatoriamente investido na base comunitária. Os investimentos de Saúde Mental passam a ser flexíveis para outras áreas da saúde, o que negligencia a relevância desta e deixa em risco o financiamento de recursos para, por exemplo, o CAPS, redirecionando esse investimento em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2017c).

Diante dessas questões, é-se levado a ressaltar a importância do tratamento no qual o sujeito é protagonista do seu próprio Projeto Terapêutico Singular. Neste modelo proposto com foco na lógica hospitalar, o sujeito fica na condição de usuário apenas. Ele é objetificado e submetido ao poder e controle exercido pela instituição e catalogado como doente. Sobre isso, Amarante e Torre (2001, p.84) vão ponderar: “A construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de ‘usuário-objeto’ e a criação de formas concretas que produzam um ‘usuário-ator’, sujeito político”. Isso, novamente, remete à questão: para quem e para que estão sendo feitas essas mudanças?

É necessário reconhecer que esse desmonte não se resume apenas a mudanças de legislações e políticas públicas. É importante pensar sobre o que está por trás disso em sua base de sustentação e falar sobre a compulsão pela volta do modelo manicomial. Vive-se em um mundo capitalista, em que os projetos, em sua maioria, têm como base um plano pautado no neoliberalismo; ou seja, uma liberdade de mercado.

A questão da Saúde Mental não tem passado por caminhos diferentes como já citado neste artigo. A volta do modelo hospitalocêntrico é marcada pelo aumento significativo no financiamento de grandes hospitais, previstos pela Portaria GM nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

serviços públicos de saúde do SUS (BRASIL, 2017c). Assim, os olhares são desviados para o capital envolvido nessas ações. O capital entra em foco enquanto a Política de Saúde Mental vai se tornando cada vez mais limitada e ideológica com um discurso de falso tratamento e a precarização da oferta de serviços públicos da assistência social.

A ideologia política e econômica neoliberal que está em vigor é produto do capitalismo, no qual o sujeito é objeto e o que importa são os resultados. Utiliza-se de mecanismos como este que está sendo discutido – Políticas de Saúde Mental -, para fortalecer aqueles que possuem o controle nas mãos, aumentando seus privilégios por meio de privatizações, enquanto os direitos sociais são desregulamentados.

Nessa perspectiva, o poder e o controle vão sendo implementados, com a implantação de outras políticas, ditas como necessárias, dando foco para a volta do modelo manicomial e da segregação de forma tecnicista. Desse modo, os motivos menos visíveis, porém mais estruturais, ficam dispersos. Assim, por trás do desmonte, o que o sustenta vai muito além da segregação e do preconceito, tendo em vista, ainda, interesses políticos, financeiros e ideológicos.

Diante dessa afirmação, analisa-se o conceito contemporâneo de necropolítica e sua relação com o tema aqui abordado. O conceito de necropolítica é o do pensador camaronês Achille Mbembe (2016). A argumentação dele é feita relacionando esse conceito ao conceito de biopoder de Michel Foucault⁸.

Mbembe (2016) traz em seu ensaio um debate pensando a vida e a morte, considerando o processo de colonização e escravidão, e usando em seu pensamento um componente essencial, que é a ideia de um estado racista, em que apenas alguns corpos poderiam ser mortos, uma vez que a política de

⁸Biopoder é um conceito de Michel Foucault e se refere a uma técnica de poder que busca criar um estado de vida em determinada população para produzir corpos economicamente ativos e politicamente dóceis (LIMA, 2018).

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

morte não seria aceitável para todos os corpos. Essa ideia permite aproximar o conceito de necropolítica a processos atuais no Brasil, como o abordado neste artigo, sendo fácil conciliar a ideia dos corpos colonizados e escravizados daqueles corpos dos sujeitos que sofrem com doenças mentais, que também são vistos como corpos que podem ser deixados para morrer, corpos descartáveis.

A necropolítica de Mbembe (2016) diz do controle social pela morte, em que seria necessário eliminar alguns para o bem de outros; ou seja, eliminar aqueles que se apresentam como inimigos para a sociedade. De acordo com esse conceito, o controle social estaria nas mãos do Estado, ou da soberania, e seria esse Estado o responsável por manter em segurança sua população e resguardar seus direitos. No entanto, o autor ressalta que alguns indivíduos são considerados indignos a esses direitos, e, portanto, podem ser mortos ou deixados para morrer.

Dessa forma, a ideia de um necropoder vai além do poder matar ou fazer morrer; diz, também, de um deixar para morrer. Mbembe (2016) vai falar sobre formas de existência social em que as condições de vida são tão precárias que essa população adquire *status* de mortos-vivos, pois a linha entre a vida e a morte se torna muito tênue para esses sujeitos, que são reduzidos aos seus corpos biológicos. O autor usa como exemplo para tal situação os campos de concentração nazista. Dessa maneira, é possível pensar logo nos hospitais psiquiátricos, em especial o Colônia em Barbacena. Os corpos deixados no hospital eram deixados para morrer. Eram pessoas excluídas da cidadania “amontoadas” em uma instituição de mortos-vivos.

É possível perceber a ligação da necropolítica com o capitalismo, e com a disseminação de práticas higienistas, em uma lógica que objetifica os corpos. Aqueles que não são produtivos em prol do capital, são corpos degenerados, indignos, que podem e devem ser descartados, disseminando a lógica da higienização. Entre os improdutivos, estão os sujeitos que fogem do padrão social físico ou mental, e assim se perpetua a exclusão.

O que se quer evidenciar é que, em um passado não muito distante, muitas pessoas foram deixadas para morrer e foram excluídas da sociedade, para se tornarem invisíveis em instituições, supostamente, de tratamento. A partir da reforma psiquiátrica, de um olhar para o sujeito que antes era invisível, essa suposta forma de tratamento foi sendo desestruturada aos poucos e substituída pelo cuidado baseado em princípios de humanização, do sujeito singular e do território.

No entanto, esses avanços estão sendo ameaçados. No cenário atual, a segregação se faz presente, a ameaça ao isolamento e a dignidade confiscada são realidade e a ideologia higienista não se erradicou. Conhecer a história se faz imprescindível para entender a importância da erradicação dos manicômios e da existência de avanços e estudos, tratamentos psiquiátricos, psicológicos e tudo que a saúde mental engloba, e, assim, ilustrar a relevância da reforma psiquiátrica. Problematicar o histórico perverso do tratamento em saúde mental nos dias atuais leva a questionar a complexidade da situação de uma ordem ideológica vir a ameaçar um retrocesso e desmonte da Política Nacional de Saúde Mental conquistada a partir da Reforma.

2 METODOLOGIA

O trabalho parte de uma pesquisa de caráter exploratório, a partir de pesquisa bibliográfica, para levantar informações sobre as Políticas Públicas de Saúde Mental no país e problematizar a questão do retrocesso e seus prejuízos à população brasileira. Foram utilizados autores na área da História da Loucura, para uma revisão sistemática do processo histórico dos manicômios e do modelo de saúde mental brasileiro até a reforma psiquiátrica. Para isso, sustenta-se este artigo com capítulos da obra *A História da Loucura na Idade Clássica*, de Foucault (1978).

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

Pela influência de Basaglia no processo antimanicomial, e buscando evidências que sustentam essa fonte, foi utilizada da sua obra, *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*, em uma tradução de Heloisa Jahn, para discorrer sobre a forma como surge a reforma psiquiátrica,

Buscaram-se produções atuais confiáveis, que dialogam com a temática apresentada. Para isso, optou-se por artigos científicos com publicações a partir de 2016, do portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia, devido à sua funcionalidade como espaço de publicações de revistas científicas de Psicologia do Brasil e outros países. Além disso, utilizou-se a Rede SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), por ser um órgão referência em pesquisas, com artigos do periódico Trabalho, Educação e Saúde (TES) e da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Para coletar dados que complementassem a discussão feita neste estudo, da Rede SciELO, também foram utilizados artigos da Revista de Administração Pública (RAP), para confrontar a importância da lógica antimanicomial. Isso complementa o objetivo deste artigo de comprovar a relevância das Políticas Públicas de Saúde Mental e como o retrocesso pode desencadear sérios prejuízos ao país, ressaltando os dados bibliográficos.

As informações sobre as ferramentas existentes na Política Nacional de Saúde Mental e sua atuação foram sustentadas por documentos governamentais, que trazem em seu texto, de forma fidedigna, aquilo que se tem adquirido, tais como a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), bem como as publicações do Ministério da Saúde, portarias, resoluções, editais e notas, como a Nota Técnica nº11/2019 (BRASIL, 2019), chamada Nova Política Nacional de Saúde Mental, entre outros documentos normativos.

Por fim, para investigar a ideologia política que sustenta o controle social das políticas de saúde mental, utilizou-se a obra de Mbembe (2016), *Necropolítica. Arte e Ensaios*, com o conceito de necropolítica e a objetificação de corpos, para explicar como a ligação com o capitalismo e a disseminação de

práticas de higienização que existiam no passado pode estar aqui no momento atual.

CONCLUSÃO

Constata-se que a sociedade, por muito tempo, teve uma visão deturpada sobre o louco. A loucura era considerada perigosa e o louco era visto como alguém sem direitos, exposto a castigos e correções, em um modelo de tratamento baseado na internação em hospitais psiquiátricos. Esse modelo é chamado modelo clássico e esteve vigente por boa parte do século passado.

A partir do final dos anos 1970, teve início no Brasil um movimento importante, que impulsionou a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, quando a loucura começou a ser vista com outros olhos. A partir da Reforma Psiquiátrica, o louco passou a ser visto como sujeito, os hospitais foram retirados do centro da política pública e a loucura devolvida para a sociedade, onde o tratamento deve acontecer de acordo com a lógica da territorialidade. Foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dentro da qual os sujeitos com transtornos mentais devem receber atendimento. Essa Rede atua na defesa de direitos humanos e na valorização da autonomia do sujeito.

Foram muitas as conquistas alcançadas para a política pública de saúde mental. Entretanto, antes mesmo dessa política, que estava em construção, ser completamente consolidada, ela começou a sofrer uma série de ameaças e retrocessos desde o ano de 2016. A RAPS vem sendo desmontada com a emissão de portarias, resoluções, editais e decretos, que resultaram na Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019), dando ênfase para o tratamento pautado na internação, de volta ao modelo hospitalocêntrico, em contramão aos serviços de base comunitária.

Dessa forma, uma história não muito distante corre o risco de se repetir. É fácil identificar a semelhança entre o modelo clássico de tratamento da loucura e o modelo que vem sendo proposto a partir das mudanças na política

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

de saúde mental nos últimos anos. É fato que o formato de tratamento hospitalocêntrico não obteve êxito, uma vez que foram muitas vidas perdidas e prejudicadas por meio desse modelo. Então, não há justificativa para implantar algo que já deu errado anteriormente e adotar medidas de tratamento que não são aprovadas cientificamente, como o eletrochoque citado na referida Nota Técnica.

É válido salientar que a rede de atenção à saúde mental tem fragilidades assim como o SUS. Ainda, existem desafios cruciais a serem enfrentados. De acordo com a evolução histórica, a mudança cultural traz a importância de reorganizar necessidades. No entanto, essas fragilidades não justificam o desmonte da Rede, mas apontam para os caminhos que devem ser traçados para a expansão e reorganização dela.

Além do mais, as mudanças implantadas na Rede como estratégias de fortalecimento da RAPS não visam, de fato, a esse fortalecimento. Analisando a conjuntura social, política, econômica e ideológica, é possível identificar como grandes beneficiários dessas mudanças os grandes centros hospitalares, especialmente os de iniciativa privada, que passam a contar com maiores verbas após a implantação de leitos psiquiátricos e gratificação para aqueles centros com maior número de internações, além das Comunidades Terapêuticas, como centros privados de recuperação e reabilitação, que passam a receber grande financiamento do Estado. Assim, o capital vai entrando em foco, enquanto a Política Pública de Saúde Mental vai se tornando cada vez mais limitada e ideológica, sofrendo influências de uma ideologia política econômica neoliberal como fruto do capitalismo. Por trás do desmonte, o que o sustenta vai muito além da segregação e do preconceito.

Destaca-se, então, a necropolítica em evidência com o capitalismo, em que os corpos não produtivos para o capitalismo são degenerados, podem ser mortos ou deixados para morrer, em função do bem da sociedade geral, daqueles corpos que são dignos de viver. Dessa forma, em função daqueles que detêm o capital nas mãos e em consequência detêm também o poder, os

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

loucos podem ser deixados de lado, abandonados mais uma vez à lógica hospitalar, tornando-se invisíveis novamente.

Desse modo, conclui-se que as mudanças nas Políticas Públicas de Saúde Mental são, de fato, um retrocesso; portanto, devem ser encaradas como tal e questionadas, principalmente, pelas categorias profissionais atuantes na área. Destacando entre essas categorias profissionais a Psicologia, por ser a futura área de atuação das autoras deste artigo, é uma categoria que lida diretamente com a Saúde Mental.

O próprio Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005, p. 7) tem como primeiro princípio fundamental, a atuação baseada “[...] no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos”; e, ainda, como segundo e terceiro princípios, respectivamente:

O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão [...] O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática.

Assim, o psicólogo deve trabalhar na contramão dessas mudanças alienantes, em prol dos sujeitos com transtorno mental como donos da sua própria história, em um tratamento humanizado e na sociedade, no seu território. É necessário falar sobre as mudanças que vêm acontecendo na política de saúde mental, questioná-las e problematizá-las, a fim de impedir que a história se repita e garantir que essa política vá se ressignificando conforme as necessidades dos seus usuários, mas de acordo com os princípios fundamentais, que deram início à Luta Antimanicomial.



UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

MENTAL HEALTH PUBLIC POLICIES: A STUDY OF SETBACKS IN BRAZIL.

ABSTRACT

The present study aims to reflect on the relevance of public mental health policies, based on their current validity and historical data, dating back to the period prior to the Psychiatric Reform. The research was carried out through bibliographical analysis of articles, books and other academic references that touch the process that led to the Psychiatric Reform, the study of the achievements achieved in the mental health field and the documents establishing the changes that directly affect and represent a setback in public mental health policies. It was elected as a guiding thread, revisit the historical process of what happened, from the past decades to the present moment. In addition, it is understood that mental health should be valued, with norms based on humanization and the principle of universalization of health, and it is the responsibility of federative entities to guarantee the target public the fulfillment of their demands. So, it is intended to contribute to a better understanding of what sustains and directs the imposed normative changes, which imply the retrogression of public mental health policies, which was solidifying. We are looking for to broaden the debate about the gears that move this dismantling and how to resist it.

Keywords: mental health policy, setback, psychiatric reform, necropolitics.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 1996. 142 p. ISBN 978-85-7541-327-2. <https://doi.org/10.7476/9788575413272>. Acesso em: 21 out. 2021.]

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. "De volta à cidade, sr. cidadão!" – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.52, n. 6, pp. 1090-1107. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>>. Acesso em: 25 jun.2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 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, 1990. Disponível em:



UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.html> Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.htm>. Acesso em: 5 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 23 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.htm>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017a. Disponível em:



UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.htm
>. Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, 2017b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html>. Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.htm>. Acesso em: 5 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**. Brasília, 2019. Disponível em:<<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e>>. Acesso em: 23 set.2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, ago. 2005.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. doi 10.1590/1981-7746-sol00285

DEL CONT, V. Francis Galton: eugenia e hereditariedade. *Scientiae Studia* [online], v. 6, n. 2, p. 201-218, 2008. ISSN 2316-8994. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662008000200004>>. Acesso em: 5 nov. 2021.

DEVERA, D; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6n. 1. p. 60-79. 2007. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>. Acesso em: 1 de dez. 2021.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LIMA, F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n.esp, p. 20-33,



UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

2018. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v70nspe/03.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

MBEMBE, A. Necropolítica. Tradução Renata Santini. **Arte e Ensaios, Revista do PPGAV/EBA/UFRJ**, n. 32, pp. 123-151, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2021.

PITTA, A. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011, v. 16, n. 12. pp. 4579-4589. Acesso em: 1 Dez 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>>. Epub 07 Dez 2011. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Cadernos de Ciência Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.73-85, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2001.v6n1/73-85/pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.