

# CONDENADOS PELA LOUCURA: O IMPACTO DAS DIRETRIZES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE MENTAL NA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Lúcia Maria Sousa Oliveira<sup>1</sup>

Maria Carmen Araújo de Castro Chaves<sup>2</sup>

Direito



cadernos de  
graduação  
ciências humanas e sociais

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

## RESUMO

A pesquisa analisará o comprometimento social e dos Direitos Humanos das novas diretrizes da Saúde Mental. Durante muito tempo, os laudos eram arbitrários ou versado em interesses políticos; parte dos hospitais eram locais de violência e miséria. A falta de recursos gerou a primeira reforma, diferenciando os serviços psicóticos agudos dos crônicos, um sistema de educação especial e um serviço de saúde mental. À época foram descobertos os fármacos psicotrópicos, e, com isso, a chegada da Revolução Psicofarmacológica, transformando o “doente mental” em lucro para farmacêuticos e implicando na divisão da assistência psiquiátrica: mantida pelo Estado e pela Previdência Privada. A ditadura agravou a situação, ampliando a violência aos presos políticos. O fim da ditadura levou a novas condições à reforma com o Projeto de Lei 3.657/89, prevendo o financiamento dos leitos manicomiais, o investimento em outras áreas assistenciais e a obrigatoriedade de comunicação oficial das internações feitas. Após essas conquistas, em 6 de fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde emitiu uma nota técnica, reorientando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, retirando o protagonismo da política de redução de danos. Entre as alterações: a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia para o Sistema Único de Saúde (SUS), a internação de crianças em hospitais psiquiátricos e abstinência para o tratamento de dependentes químicos. Ainda, em maio de 2019, o Senado Federal aprovou, em regime de urgência, o Projeto de Lei (PL) 37 de 2013, que tem como base a ampliação das possibilidades de internação compulsória de dependentes químicos e a abstinência como principal forma de tratamento. E, por último, até então, em 18 de maio de 2020, foi extinto pelo atual ministro interino da saúde o serviço especializado para detentos

com transtornos mentais. Assim, como problema surge o questionamento: de que maneira as principais mudanças no Governo Bolsonaro (Sem Partido), acerca das diretrizes para a saúde mental, comprometem os avanços sociais e a dignidade da pessoa humana? Utilizando a metodologia do neoinstitucionalismo histórico, fundamentado por meio de uma pesquisa de caráter exploratória descritiva.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Reforma Psiquiátrica. Direitos Humanos. Políticas de Governo.

## **1 INTRODUÇÃO**

O presente trabalho constitui uma análise sobre o impacto que as normatizações governamentais sobre políticas públicas para a saúde mental trazem para a sociedade, compreendendo como um tema bastante sensível na discussão social. O impacto promovido por essas novas diretrizes sustentam a construção deste artigo, o qual busca uma compreensão acerca do comprometimento de tais políticas no direito à promoção da saúde e no direito à dignidade dos pacientes psicopatológicos.

A trajetória da luta do movimento antimanicomial ampliou os olhares sobre a humanização do tratamento de pacientes com transtornos mentais e desconstrução de um modelo manicomial para o acolhimento dessas pessoas.

Entretanto, as novas medidas sociais, relacionadas ao tratamento de pacientes psicóticos, promovidas pelo Governo Bolsonaro (Sem Partido) vão de encontro aos ideais do movimento que tem como base um modelo antimanicomial.

Frente a essas mudanças, o presente artigo tem como fundamento o seguinte problema: de que maneira as principais mudanças no Governo Bolsonaro (Sem Partido), acerca das diretrizes para a saúde mental, comprometem os avanços sociais e a dignidade da pessoa humana?

Assim, torna-se relevante, social e juridicamente, tal pesquisa, uma vez que as questões de saúde que envolvem o tratamento de pacientes psicóticos dependem de políticas governamentais voltadas a esse sentido.

Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo central a averiguação dos impactos que as principais diretrizes do Governo Bolsonaro (Sem Partido) sobre políticas públicas para a saúde mental causam à dignidade da pessoa humana.

Desenvolvido como uma pesquisa exploratória e descritiva, sustentado numa revisão bibliográfica e teórica, este artigo tem como método lógico o dedutivismo e como método técnico o processo observacional qualitativo.

Seu deslinde apresenta-se da seguinte forma: a compreensão propõe a Reforma Psiquiátrica no Brasil; no capítulo subsequente, um entendimento sobre as principais psicopatologias e como são tratadas pelo Estado brasileiro. E, por fim, uma averiguação das normatizações do atual Governo Federal relacionadas às políticas públicas sobre saúde mental.

## 2 ORIGEM DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

Para adentrar o universo da psiquiatria é de extrema relevância compreender os aspectos de normalidade e anormalidade da saúde mental. No Brasil, a psiquiatria surgiu com a chegada da Família Real. De acordo com Paim (1991), dois fatos marcaram o surgimento dos primeiros trabalhos ligados à patologia mental no Brasil: a mudança da Corte Portuguesa para o Rio de Janeiro em 1808 e a criação do primeiro jornal de medicina do país.

Britto (apud MESQUITA, 2008, p. 3) explica que:

Com o relevante crescimento da população, a Cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim, de salvaguardar a ordem pública.

As embarcações portuguesas trouxeram o médico da Corte, o cirurgião José Correia Picanço (1745-1823), que criou, nas terras do pau-brasil, uma escola de cirurgia, a qual foi implantada no hospital real militar, local que, posteriormente, foi espaço de instalação da tradicional Escola de Medicina da Bahia. Nesse mesmo período instituiu-se um curso de medicina no Rio de Janeiro.

Segundo Antunes (2014, p. 22): “Até meados do século XIX, não havia qualquer forma de assistência específica aos doentes mentais. Os ‘loucos’ erravam pelas ruas, eram encarcerados nas prisões ou reclusos em celas especiais das Santas Casas de Misericórdia”.

Após o crescimento dos estudos da medicina no Brasil colonial, foi engendrado o primeiro jornal de medicina do país. Fundado por José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856), o jornal possuía o título de “Anais de Medicina, Cirurgia e Farmácia” e foi um marco na propagação e no desenvolvimento da cultura médica local. O jornal reuniu profissionais da medicina e contribuiu decisivamente para a criação da “Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro”.

Os médicos e higienistas vinculados à sociedade de Medicina e cirurgia do Rio de Janeiro, por meio do periódico, sugeriram o nascimento de uma casa de saúde para servir de abrigo para as pessoas que vagavam pelas ruas, viviam trancadas nos quartos de suas casas e que ocupavam os leitos do Hospital da Santa Casa de Misericórdia. De acordo com Antunes (2014), a intenção da sociedade, naquela época, era organizar, disciplinar e normalizar a cidade em busca de salubridade.

A precariedade de recursos e investimentos na saúde tornava a Santa Casa de Misericórdia um local insalubre e com poucas condições de tratamento, principalmente à área destinada às pessoas que eram consideradas “loucas”. Paim cita o trecho de um artigo, publicado na Revista Médica Fluminense em setembro de 1839, escrito pelo Doutor Luiz Vicente de-Simoni, no qual o médico ressaltava a necessidade da construção de um local destinado exclusivamente aos considerados doentes mentais. Segundo ele:

A parte reservada aos doentes mentais no Hospital da Santa Casa continha em um corredor estreito, situado sob uma sala destinada às aulas da faculdade. Os enfermos mentais ficavam separados dos outros doentes do hospital apenas por um assoalho de tábuas sem forro. O local em que encontravam tinha um pé direito muito baixo, e estava dividido em doze pequenas células, onde se acumulavam quarenta pacientes... Lá havia um tronco de madeira onde durante o dia, em uma casa religiosa e de caridade, prendiam os escravos do hospital que tinham que ser supliciados à chicote.

Durante a noite, os guardas sempre se utilizavam de tão aviltante meio de contenção para imobilizar os doentes em acesso de delírio, por força furioso, aos quais também fustigam com a pretensão de acalmá-los. (PAIM apud DE-SIMONI, 1991, p. 7).

Com o objetivo de disciplinar e organizar a sociedade, conforme as necessidades políticas vigentes à época, foi formado um hospital psiquiátrico anexo à Santa Casa de Misericórdia, o Hospício Pedro II, também conhecido como Hospital de Alienados, o qual tinha como modelo os conceitos da psiquiatria europeia e a finalidade de intervir nos comportamentos considerados inadequados. Rocha (1989, p. 15) enfatiza que “é a psiquiatria que cria espaço próprio para o enclausuramento do louco – capaz de dominá-lo e submetê-lo”.

Feffermann e outros autores (2000, p. 4) dispõem que:

O saber e o poder médicos, artificialmente, criam uma legitimidade de intervenção da classe dominante sobre os despossuídos através da nova especialidade – a psiquiatria – da nova instituição [...] o Hospital Psiquiátrico. O objeto dessa intervenção [...] o sofrimento mental – é reduzido, através de um artifício conceitual, a categoria de “doença mental”, subtraindo-se toda a complexidade de fenômenos diversos singulares e compreensíveis no contexto da existência humana.

Além disso, a dependência da Santa Casa conservava a ideia de afastar o louco do que acreditava ser a fonte das suas loucuras, qual seja, seus familiares, seus hábitos diários e a sociedade. Segundo Robert Castel (1978, p. 83):

A doença se desdobra por reagrupamento – diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quanto são as grandes síndromes comportamentais que ela apresenta. [...] Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses reclusos são efetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar.

O hospital anexo foi dirigido por José Martins da Cruz Jobim, que ficou conhecido como o médico pioneiro da psiquiatria no Brasil, e foi inaugurado em 5 de dezembro de 1852.

Como o Hospício Pedro II era um anexo da Santa Casa de Misericórdia, apesar de ter administração própria, sua condução era subordinada às decisões das freiras da Santa Casa, assemelhando o hospital a um convento.

Com os avanços dos estudos da medicina e a criação das Cátedras de Psiquiatria nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, os estudos das patologias da mente começaram a seguir uma vertente própria e não mais associados às doenças de maneira generalizada.

A administração do Hospício Pedro II somente foi transferida para o Estado após a Proclamação da República, que passou a ser chamado de Hospital Nacional dos Alienados, sendo dirigido por Juliano Moreira e sob a sua gerência foi criado o Laboratório de Pesquisa Experimental da Clínica Psiquiátrica do Hospital Nacional dos Alienados.

De acordo com Antunes (2014, p. 31):

O pensamento psiquiátrico brasileiro da época tinha como principal característica o ecletismo, que conjugava o alienismo clássico, especialmente Pinel e Tuke, com o organicismo, em particular numa de suas vertentes, a teoria da degenerescência da loucura.

Em 1923, foi fundada, com o propósito de assistir o “doente mental”, a Liga Brasileira de Higiene Mental. A finalidade primária foi se dissolvendo e passando a enfatizar a educação e a prevenção dos indivíduos que detinham as características entendidas como doenças mentais, porém, pautada nas ideologias eugenistas, ou seja, a Liga defendia a melhoria da população por meio da morte de quem não se enquadrava nos padrões normais estabelecidos.

Desta forma, a psiquiatria possuía total autoridade de punição aos considerados desajustados, buscando combater os vícios em álcool, prostituição, jogos e crime; comparando, assim, a criminalidade com patologias da mente.

Segundo Flora Fernandes (2009, on-line):

A doença mental nessa época foi levada a ser uma espécie de sinônimo de criminalidade, fazendo-se assim o pareamento

entre louco e periculosidade, sempre com base na teoria da degenerescência (apoiada em nomes como Spencer, Darwin, Galton, Comte, Wundt, Lombroso e outros). Grande parte dos ditos loucos perigosos era “coincidentalmente” negra, o que se explica pela contextualização sócio-histórica de nosso país onde os negros foram sistematicamente explorados e marginalizados.

Entre os anos 1920 e 1930 do século XX, os médicos Juliano Moreira e Ulisses Pernambucano, os quais tornaram-se grandes nomes da psiquiatria brasileira, tentaram implantar a primeira reforma psiquiátrica. Ulisses diferenciou os serviços psicóticos agudos dos crônicos, criou um sistema de educação especial e um serviço de saúde mental, entretanto, não teve tempo de vida suficiente para por em prática sua obra nem para assistir sua criação ser degradada.

Apenas em 1945, com o fim da Segunda Guerra Mundial, firmou-se o modelo manicomial brasileiro, especificamente os hospícios privados, os quais possuíam liberdade de escolha sobre os tratamentos e não havia qualquer fiscalização por parte do Estado.

Ainda na década de 1940 ocorreu a Revolução Psicofarmacológica, quando foram descobertos os fármacos psicotrópicos. Esse avanço implicou na divisão da assistência psiquiátrica em duas: a primeira foi a assistência patrocinada pelo Estado e a segunda foi a assistência mantida pela Previdência Social Pública. Segundo Amarante (1995), o “doente mental” foi transformado em fonte inesgotável de lucro para empresários do ramo farmacêutico.

Apesar de toda arbitrariedade quanto às organizações dos manicômios, existia um plano de assistência pública, liderado pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais, por meio do Professor Jurandyr Manfredini, que trouxe uma nova tentativa de reforma, elegendo como principal meta a substituição da hospitalização pela assistência ambulatorial.

Tal recurso até teve uma certa aplicabilidade positiva entre os anos 1950 e 1960, porém como anexos dos hospitais psiquiátricos públicos. Entretanto, o projeto não foi adiante porque prevalecia a política privatista dos hospitais psiquiátricos e os internamentos eram mais rentáveis.

Em virtude dessa lucratividade, pacientes que não estavam nos padrões estabelecidos de internamento começaram a ser transferidos para instituições psiquiátricas, mesmo sem necessidade.

As internações em hospícios aumentaram com a chegada da ditadura militar e o avanço ideológico neoliberalista, pois muitos presos políticos e demais cidadãos que eram contrários à política do momento recebiam laudo de loucos e eram internados como se fossem, recebendo tratamento igual aos demais internos. Segundo Rotelli (1992, p.48), “tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário”.

Em meados dos anos 1960, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado começou a dispor dos serviços dos hospícios privados, criando-se, assim, uma “indústria para o enfrentamento da loucura” (AMARANTE, 1995, p. 13).

O modelo de hospital psiquiátrico como asilo de delinquentes e loucos foi preponderante até a metade do século XX, quando o médico italiano Franco Basaglia assumiu a coordenação do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, e o transformou num modelo para hospícios do mundo inteiro.

Basaglia assumia uma postura crítica que defendia que a desinstitucionalização dos pacientes, a humanização nos tratamentos e reinserção social, aperfeiçoando, para isso, a qualidade dos internamentos.

A primeira reforma psiquiátrica no Brasil ocorreu na década de 1970, deu-se início a partir de um elevado número de denúncias relacionadas aos tratamentos dispostos à população e à política de saúde mental adotada quanto à privatização, pela previdência social, da assistência psiquiátrica.

A partir disso, algumas instituições, em defesa da reforma, começaram a se formar. Em Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro criou-se o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, no Rio de Janeiro, foi formado o Movimento dos Trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), o qual criticava demasiadamente a política psiquiátrica do momento no país.

O conceito de política antimanicomial surgiu com a primeira reforma psiquiátrica, todavia, a ideia somente foi consolidada no final do ano de 1987, em São Paulo, quando ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, o qual trouxe vertentes contrárias à hospitalocêntrica e recomendações sobre investimentos em serviços profissionais, criando o lema “por uma sociedade sem manicômios”.

De acordo com Amarantes (1995, p. 82):

Enfim, a nova etapa [...] consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional.

É quando também surge, a partir do modelo de política psiquiátrica italiano, o Movimento Sanitarista Brasileiro, que foi fundado sob a ideia de um conjunto de crises: crise na deficiência de conhecimentos e práticas medicinais, crise do autoritarismo, crise sanitária para a população e a crise do sistema de prestação de serviços de saúde no Brasil.

Arouca (1998, on-line) conceituou o Movimento Sanitarista da seguinte forma:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária Brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual,

pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

A ideologia do Movimento Sanitarista Brasileiro firmou-se na visão que a saúde é uma questão social e política a ser discutida no espaço público e não uma questão unicamente médica.

O Movimento Sanitarista no Brasil foi se expandindo e formando alianças com gestores da saúde, diversos movimentos sociais e com a política progressista, até constituir o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), uma entidade criadora e informativa de políticas de saúde.

Arouca (1998, on-line) ainda dispõe sobre o Movimento Sanitarista que:

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira representa, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro lado, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema.

Com o crescimento do Movimento, nos anos 1970 e 1980, diversos grupos se engajaram para pensar num sistema de saúde pública que abrangesse toda a população e, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que se tornou um aliado para as posteriores reformas psiquiátricas, tendo em vista ser um garantidor de saúde os cidadãos brasileiros.

A queda da ditadura militar no Brasil e a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 proporcionaram condições para uma nova reforma, a qual se deu sob os seguintes pilares: o plano médico-psiquiátrico, que foi realizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o plano antipsiquiátrico, liderado por agentes do Partido dos Trabalhadores (PT) e o plano tecnocrático, representado pelos dirigentes de serviços públicos e agentes do Movimento Sanitarista.

A luta antimanicomial possibilitou o desenvolvimento da desinstitucionalização da loucura, obtendo destaque quando, em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, que recomenda a reestruturação da assistência psiquiátrica nas Américas.

Após um ano de criação e consolidação do SUS, em 1989, o Congresso Nacional recebe o Projeto de Lei (PL) 3.657, do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que traz a pauta de uma regulamentação de garantias dos direitos da pessoa com transtornos mentais, assim como a aniquilação progressiva dos hospícios no Estado brasileiro.

Todavia, o Projeto de Lei somente fora aprovado, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, no modelo de emenda ao projeto original, tornando-se a Lei Federal 10.216/2001, a qual ficou conhecida como Lei Paulo Delgado.



A Lei Paulo Delgado deu um novo direcionamento ao amparo estatal em relação à saúde mental no Brasil, porém, apesar de trazer proteção aos direitos da pessoa com transtornos mentais, como a priorização do tratamento em serviços de base comunitária, não estruturou claramente a extinção gradual dos manicômios.

Entretanto, mesmo com todas as imprecisões burocráticas, a Lei 10.216/2001 impulsionou o processo de reforma da psiquiatria brasileira, pois adentrou ao sistema novas modalidades de tratamentos para os pacientes psicóticos, com a criação de atendimentos extra-hospitalares, como o Núcleo de Atenção Psico-social (NAPS), o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi e CAPsad), o Centro de Atenção Diária (CADs), os Hospitais Dias (HDs) e os Centros de Convivência e Cultura.

Após a promulgação da Lei Paulo Delgado, no mesmo ano, aconteceu, em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual trouxe, em seu relatório final, o consenso em torno das propostas de reforma, pactuando, por meio da democracia, as diretrizes, princípios e estratégias o novo modelo assistencialista.

A partir desse ponto da história psiquiátrica no Brasil, após diversas normatizações do Ministério da Saúde, que estabeleceram dispositivos coerentes, de fácil compreensão e seguros, deu-se impulso a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização da loucura, passando a entender os transtornos mentais como problema de saúde e políticas públicas.

A política pública de desinstitucionalização do tratamento psicótico obteve uma solidificação com a inserção do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria), tendo em vista que esse realiza um trabalho de controle e avaliação de tais hospitais, por meio de supervisores do SUS.

O projeto de auditoria classifica os hospitais de tratamento psiquiátrico em quatro grupos: os de boa qualidade assistencial, qualidade suficiente, aqueles que precisam de adequações e devem passar por uma nova vistoria e os hospitais de baixa qualidade que são conduzidos para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde.

Programas como o “Volta para Casa” e o desenvolvimento de Centros de Atenção Psicossociais, além do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospital Psiquiátrica no Sistema Único de Saúde (PRH), possibilitaram a redução dos leitos hospitalares psiquiátricos e o fechamento de vários manicômios, chegando ao modelo atual de assistência.

### **3 REVISITANDO A LOUCURA NO BRASIL**

A relevância do reconhecimento do movimento antimanicomial ganha grandes contornos quando se reconhece a possibilidade do processo involutivo das doenças psicossomáticas. É sob esse foco que se torna ampla a discussão acerca do tratamento proporcional pelo Estado de direito.

Dentre as principais psicopatologias que merecem destaque para o processo reformador da psiquiatria estão a esquizofrenia, a oligofrenia, o transtorno bipolar, o transtorno de ansiedade, a depressão e a drogadição.

Para Guilherme Nucci (2009, p. 276), são exemplos de psicopatologias:

Epilepsia (acessos convulsivos ou fenômenos puramente cerebrais, com diminuição da consciência, quando o enfermo realiza ações criminosas automáticas; diminuição da consciência chama-se 'estado crepuscular'); histeria (desagregação da consciência, com impedimento ao desenvolvimento de concepções próprias; terminando por falsear a verdade, mentindo, caluniando e agindo por impulso); neurastema (fadiga de caráter psíquico, com manifesta irritabilidade e alteração de humor); psicose maniaco-depressiva (vida desregrada, mudando de humor e caráter alternativamente, tornando-se capaz de ações cruéis com detrimento patente das emoções); melancolia (doença dos sentimentos que faz o enfermo olvidar a própria personalidade, os negócios, a família, as amizades); paranoia (doença de manifestações multiformes, normalmente comporta por um delírio de perseguição, sendo primordialmente intelectual; pode matar acreditando estar em legítima defesa); alcoolismo (doença que termina por rebaixar a personalidade, com frequentes ilusões e delírios de perseguição); esquizofrenia (perda do senso de realidade, havendo a nítida apatia, com constante isolamento; perde-se o elemento afetivo, existindo introspeção, não diferencia realidade e fantasia); demência (estado de enfraquecimento mental, impossível de remediar, que desagrega a personalidade), psicose carcerária (modalidade de psicose, surgida na velhice, com progressivo empobrecimento intelectual, ideias delirantes e alucinações).

Mesmo com o avanço farmacológico, os pacientes com esquizofrenia, que é um transtorno psicótico do desenvolvimento cerebral que pode ser curado, ainda sofrem prejuízos, porque somente com o tratamento terapêutico ininterrupto que a patologia pode ser controlada e tratada.

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico que tem como características principais alterações na afetividade, comportamento, vontade, percepção, *insight*, linguagem, relações interpessoais, vida escolar, ocupacional, entre outros. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIACION, 2014. On-line).

A oligofrenia é uma doença que afeta o sistema nervoso central, causando retardo no desenvolvimento psicológico de uma pessoa, podendo ocorrer em vários níveis. Alguns pacientes oligofrênicos possuem uma deficiência leve que não gera

grandes prejuízos na aprendizagem, outros têm a sua capacidade de aprendizado parcial ou totalmente incapacitada. Dalgarrondo (2000, p. 175) dispõe que:

Retardo Mental Leve: Também denominado Oligofrenia Leve ou Debilidade Mental: Os indivíduos que apresentam este grau de retardo revelam nos testes de inteligência um QI a faixa de 50 a 69. A idade mental do adulto corresponde a uma criança de cerca de 9 a 12 anos. Uma etiologia orgânica raramente é encontrada. Este é o grupo mais frequente de pessoas com retardo mental, compreendendo cerca de 85% de todos os casos de indivíduos com retardo mental.

O transtorno bipolar é uma psicopatologia que provoca oscilações de humor imprevisíveis, levando o paciente de um extremo emocional a outro. Assim como o transtorno bipolar, o transtorno de ansiedade é um distúrbio emocional que se caracteriza por perturbações emocionais intensificadas pelo medo e ansiedade em demasia.

A ansiedade é uma reação normal ao estresse, que pode ser descrita por diferentes características como inquietação, dificuldade de concentração, distúrbios de sono, fadiga, tremores, dentre outros. Esses sintomas podem incidir em consequências negativas à vida pessoal do indivíduo e à formação profissional, quando em pessoas mais jovens, como estudantes. Estudos têm mostrado que a ansiedade afeta a percepção motora e intelectual do jovem, além do que, os Transtornos de Ansiedade produzem morbidade desordenada, uso de serviços de saúde e comprometimento do desempenho incomum. (FERNANDES; MENESES; FRANCO; SILVA; FEITOSA, 2017, p. 3836).

Já a depressão afeta o modo de sentir, pensar e agir do indivíduo, e é uma doença comum na sociedade contemporânea. O transtorno depressivo pode levar o indivíduo a uma variedade de problemas emocionais, físicos e até à morte.

A depressão é a alteração afetiva mais estudada e falada na atualidade. Classificada como um transtorno de humor, ela vem reger as atitudes dos sujeitos modificando a percepção de si mesmos, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes. A percepção da realidade hoje tem por base as primeiras relações objetivas, as quais funcionam como protótipo, ou modelo para todas as relações posteriores. Tratada como a doença da sociedade moderna, a depressão tem características que podem traduzir uma patologia grave

ou ser apenas mais um sintoma do sujeito diante de uma situação real da vida, ou seja, suas características podem determinar uma melancolia em si ou ser apenas um sintoma constituinte de uma outra patologia. (ESTEVES, 2006, p. 127).

Além dessas, um problema que até o final dos anos 1960 não era um caso de saúde pública e, sim, apenas de segurança pública foi considerado uma doença psicopatológica e passou a receber cuidados pelo Estado sob o viés da saúde, a drogadição.

Desta forma, o Estado, por meio da luta do movimento antimanicomial e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), passaram a disponibilizar tratamentos, voltados às pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e oligofrenias, com direcionamentos terapêuticos, como são os exemplos das oficinas terapêuticas, atendimento psicoterápico, tratamento farmacológico, arteterapia, consultas psiquiátricas e terapias individuais, grupais e familiares.

Os tratamentos dos mencionados transtornos e demais costumam ser realizados nas unidades de apoio psicopatológico com terapias e medicamentos estabilizadores.

A trajetória da reforma psiquiátrica trouxe a criação das comunidades terapêuticas, no fim da década de 1960, que advieram de um processo reformador institucional de modelo hospitalar da psiquiatria, objetivando uma reestruturação da dinâmica institucional. De acordo com Paulo Amarantes (1998, p. 18):

Datada sócio-historicamente do período do pós-guerra, a experiência da comunidade terapêutica chama a atenção da sociedade para a deprimente condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, mal comparada lembrança dos campos de concentração com que a Europa democrática daquele período não mais tolerava conviver. Em tal contexto, toda espécie de violência e desrespeito aos direitos humanos é repudiada e reprimida pelo tecido social.

Todavia, com o decorrer do tempo e as diversas reestruturações, as comunidades terapêuticas tornaram-se espaços de internações temporárias para dependentes químicos.

Atualmente, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2017, 82% das comunidades terapêuticas são vinculadas às igrejas, como são os casos da Comunidade Jesus Luz do Mundo, Fazenda do Senhor Jesus, Casa Jesus em Damasco e Comunidade Doutor Jesus.

Assim, conforme era esperado a partir do levantamento bibliográfico prévio, verificou-se que a grande maioria das CTs brasileiras se vincula com igrejas e organizações religiosas (82%), notadamente as de matriz cristã. Chama atenção, contudo, o significativo percentual de entidades que dizem *não possuir orientação religiosa específica, ou vinculação com qualquer*

*igreja* (17%). Mesmo assim, muitas destas CTs mencionaram que estimulam a fé dos internos em “um ser superior” (divino) por entende-la como essencial ao processo de transformação dos sujeitos, pretendido pelo modelo de tratamento. Isto sugere que o cultivo da espiritualidade é um dos pilares do modelo das CTs – prescinde, a princípio, de maior formalização institucional religiosa, como inclusive foi confirmado pela pesquisa de campo qualitativa. (IPEA, 2017, p. 20).

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2017, desde 2011 o Governo destina investimentos à essas comunidades. Só em 2018, o Governo Federal liberou mais de 90 milhões de reais para essas entidades. Consoante Sassine (2019), no referido ano, o Poder Executivo aumentou as verbas das comunidades terapêuticas para 153 milhões de reais.

Uma das prioridades da bancada evangélica tem sido assegurar recursos do Estado para essas comunidades. Alguns políticos, que também são pastores de igrejas neopentecostais, detêm algumas dessas comunidades terapêuticas que recebem verbas estatais. De acordo Costa (2019), somente a Fundação Doutor Jesus, do Deputado Federal Pastor Sargento Isidório, do estado da Bahia, recebe cerca de 10 milhões de reais por ano da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Estado da Bahia.

De acordo com *O Globo*, de 29 de abril de 2013, na reportagem “Comunidades terapêuticas mantidas por parlamentares podem ganhar verba federal”, o Deputado Federal Pastor Marco Feliciano, que é detentor da Casa de Recuperação Ressuscita em Cristo, encaminha a população de rua, de maneira compulsória, para a sua Comunidade com transportes pagos pelo Governo, ferindo um dos principais princípios de direitos humanos, o da autonomia da pessoa, o qual assegura que todo indivíduo tem a liberdade da sua conduta, desde que seus atos não prejudiquem a outros. Assim como a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1948 traz em seu primeiro artigo que “todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos”.

Ocorre que a vigilância desses acolhimentos e tratamentos não tem um acompanhamento estatal efetivo e regulamentado. O ex-senador Magno Malta, que há 30 anos tem o Projeto Vem Viver, informa, durante um pronunciamento no Senado Federal, em 22 de fevereiro de 2006, que cura a dependência química com chá de capim-cidreira. Em entrevista concedida à Juliana Almirante, do Bahia.ba, em 22 de março de 2017, o Deputado Federal Pastor Sargento Isidório informa que cuida de menores em sua instituição e admite que sua Comunidade Terapêutica não consegue seguir as normas exigidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Por esse motivo, segundo Luiz e Cardozo (2018), o Ministério Público da Bahia recomendou que os promotores não enviassem crianças e adolescentes para a Fundação Doutor Jesus.

No momento atual, a maioria das comunidades terapêuticas atua sem licitação e faz um trabalho mal fiscalizado, segundo Ciscati e Buscato (2017). Conforme Levy e Ferraz (2019), após inspeção nacional do Ministério Público sobre o funcionamento

das comunidades terapêuticas, foram encontrados castigos físicos, medicação injustificada, privação de liberdade, eletrochoque e trabalho análogo à escravidão. De acordo com Roncolato (2018), houve uma denúncia que os internos foram obrigados a construir uma casa de praia, de propriedade da diretora da instituição.

O princípio da inviolabilidade da pessoa, decorrente da Declaração Universal de 1948, proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU), dispõe que é proibida a imposição de sacrifícios a uma pessoa em razão de benefícios a outra.

A Carta Magna do Estado Brasileiro, ao longo do seu dispositivo, veda qualquer tipo de castigo físico, psíquico ou moral ao cidadão e isso inclui os dependentes químicos. Todavia, a fiscalização dessas comunidades terapêuticas, que é de responsabilidade do serviço de vigilância sanitária das prefeituras, é de um todo precária.

Um outro ponto concernente aos tratamentos de transtornos psíquicos no Brasil é o tratamento dado aos pacientes psicopatológicos que cometem atos ilícitos, por não dispor de suas faculdades mentais salutares e não ter consciência dos seus atos. Esses pacientes que cometem ilegalidades são direcionados a hospitais de custódias, também conhecidos como manicômios judiciários, ou, na ausência desses, ficam alojados em presídios comuns juntos com os demais detentos.

O Código Penal brasileiro, em seu artigo 26, define que a pessoa que comete um crime em virtude do seu transtorno mental fica isenta da pena, devendo ser acompanhada em hospitais de custódia ou em serviços ambulatoriais da rede pública de saúde.

Ocorre que a intervenção proporcionada pelo Estado brasileiro, quanto garantidor de direitos civis e sociais, por meio dos hospitais de custódia não proporciona um tratamento de reinserção social aos pacientes. A Associação do Ministério Público de Minas Gerais publicou, em 2013, no site Jusbrasil, sob o título "Tortura e abandono em hospitais de custódia pelo Brasil", que:

Hospitais de custódia usados para abrigar pessoas com transtornos mentais e em conflito com a lei são potenciais espaços de tortura, conforme constatação de um comitê da Organização das Nações Unidas (ONU), a partir de visitas feitas no país. O subcomitê de Prevenção de Tortura (SPT), vinculado à ONU e com a participação do Brasil, concluiu um relatório sobre a privação de liberdade em quatro estados e incluiu impressões sobre instituições que deveriam oferecer tratamento psiquiátrico a loucos infratores. (ASSOCIAÇÃO MINEIRA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. 2013, On-line).

Apesar desses indivíduos serem considerados inimputáveis ou semi-imputáveis e devessem estar em permanente tratamento médico acompanhado pelo Estado, na prática, cumprem penas ilegalmente em cárceres. De acordo com Sassine (2013, on-line), "pelo menos 800 pessoas absolvidas pela Justiça em razão de transtornos mentais e em cumprimento de medida de segurança estão detidas em presídios e cadeias públicas país afora".

O princípio da dignidade, previsto na Constituição Federal Brasileira de 1988 e na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1948, da Organização das Nações Unidas (ONU, on-line), determinam que “todas as pessoas devem ser tratadas e julgadas de acordo com os seus atos, e não em relação a outras propriedades suas não alcançáveis por eles”.

Mesmo com alguns pontos deficientes e carentes de melhorias, a trajetória da luta antimanicomial no Brasil trouxe o início de um tratamento mais humanizado para os pacientes psicóticos com o fechamento dos hospícios, a garantia de tratamento pelo SUS, o acompanhamento terapêutico e demais mudanças.

#### **4 AS NORMATIZAÇÕES DO GOVERNO BOLSONARO (SEM PARTIDO) RELACIONADAS ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SAÚDE MENTAL**

Emitida pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGMAD/DAPES/SAS/MS), a Nota Técnica nº 11/2019 trouxe ao Estado brasileiro propostas de mudanças na condução das políticas de saúde mental.

Embora já tenha sido retirada de pauta pelo Ministério da Saúde em virtude da pressão social<sup>3</sup>, faz-se relevante o estudo das suas intenções técnicas e políticas, tendo em vista que a atual Coordenação Nacional de Saúde Mental permanece constantemente atualizando suas diretrizes de acordo com princípios basilares da Nota Técnica por meio das novas portarias.

A principal instituição da Nota Técnica nº 11/2019 é a perpetuação do modelo manicomial, por meio dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e demais instituições manicomiais direcionadas ao atendimento de usuários de drogas e álcool.

A Nota Técnica nº 11/2019 trouxe o estímulo de um tratamento muito utilizado antes da reforma psiquiátrica, a eletroconvulsoterapia (ECT), também conhecida como eletrochoque, que consiste na passagem de alta voltagem de corrente elétrica para a região da cabeça do paciente, provocando convulsão e perda da consciência.

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse

---

<sup>3</sup> Os movimentos organizados da luta antimanicomial se manifestaram em repúdio às determinações da Nota Técnica nº 11/2019 por meio de notas de repúdio, artigos científicos e demais documentos. Além disso, os profissionais de saúde, como: psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais; e as famílias dos pacientes se mostraram contrários a tal diretriz.

modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, NOTA TÉCNICA 11/2019, on-line).

A técnica da Eletroconvulsoterapia (ECT) ainda é utilizada no Brasil, todavia, com outras diretrizes. O tratamento é oferecido em hospitais e ambulatórios, principalmente para pacientes em quadros depressivos e esquizofrênicos. Sob anestesia, o indivíduo recebe um estímulo breve de dois eletrodos induzindo a convulsão.

A questão é que a Nota Técnica trouxe a ideia do uso de eletrochoque de maneira banalizada, desmontando os recursos substitutivos ao dinamismo manicomial, podendo significar um retorno às antigas práticas do tratamento, onde era utilizado de maneira dolorida e como forma de punição.

A Nota Técnica também enfatiza propostas de tratamento de abstinência para pacientes com dependência química e internação compulsória.

O prestador, quando tiver internação que supere 90 dias ou reinternação do mesmo paciente menos de 30 dias deverá mudar o procedimento faturado, sob risco de penalização. É exceção os casos de internações compulsórias, ou seja, aquelas determinadas judicialmente. Nestes casos o prestador não possui governabilidade para proceder alta, e deve assim justificar ao gestor autorizador ou à auditoria. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, NOTA TÉCNICA 11/2019, on-line.).

Em síntese, entre as principais mudanças propostas pela Nota Técnica nº 11/2019, estão as reorientações das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, a reabertura dos hospitais psiquiátricos, a volta de alguns tratamentos, a internação compulsória, incluindo crianças e adolescentes, ênfase ao modelo social de abstinência e atribuições de tratamentos à Organizações Não-Governamentais (ONGS) e entidades privadas.

As novas diretrizes foram construídas de maneira unilateral, ou seja, sem a participação da sociedade e num sentido contrário às conquistas de 30 anos do Movimento de Luta Antimanicomial e de 12 anos de debate no Congresso Nacional com participação de mais de 60 entidades da sociedade civil para a construção da Lei 10.216/2001 que estabelece a Política Nacional de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica.

A Nota Técnica contraria o artigo quarto da citada lei, onde a internação, em quaisquer de suas modalidades, somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

As mudanças normativas dão continuidade a uma política construída a partir da Portaria GM 3.588 de dezembro de 2017, que visa a reverter a orientação do modelo psicossocial. Desde então, as mudanças em curso culminam com a apresentação



de novos marcos regulatórios para a política de saúde mental com direito à constituição de uma “Frente Parlamentar em Defesa da Nova Política de Saúde Mental”.

Essa Portaria promove o financiamento público de internação em comunidades terapêuticas criticadas pelo Movimento de Luta Antimanicomial por reproduzirem a lógica dos manicômios. Aumenta o valor da diária de internação paga aos hospitais psiquiátricos e aumenta de 15% a 20% o número de leitos nessas unidades. Introduce o hospital psiquiátrico como serviço reconhecido, contrariando o acúmulo histórico das reformas sanitária e psiquiátrica, impedindo, portanto, o fechamento gradual de leitos e de hospitais psiquiátricos resultante de uma política determinada pela Reforma Psiquiátrica, na qual os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos passam a exercer a desospitalização por meio de tratamentos acolhedores, garantindo a liberdade das pessoas, retirando-as da condição de não-sujeito ou não-cidadão, levando-as para um protagonismo e inserção social de um sujeito de direitos.

As internações prolongadas em serviços fechados propostos pelos manicômios e pelas comunidades terapêuticas retiram as pessoas da vista da sociedade, mas a devolvem na mesma situação ou eternizam uma condição de dependência em encarceramento numa lógica segregacional, tendo em vista que os indivíduos são retirados do convívio em sociedade. Para a Reforma Psiquiátrica, a internação possui uma importância provisória de retirar a pessoa do momento mais agudo da crise, reduzindo, portanto, o número de leitos e incentivando a abertura de serviços substitutivos. A reforma originou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que se baseia na lógica de atendimento humanizado e multidisciplinar aos usuários de saúde mental.

Apesar das Comunidades Terapêuticas inicialmente se propuserem a desconstrução do modelo manicomial, segundo inspeções realizadas pelo Ministério Público Federal (MPF), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura (MNPCCT), Procuradoria Geral de Defesa dos Direitos do Cidadão e Conselho Federal de psicologia (CFP), passaram a exercer e promover o isolamento social, falta de direitos, privação de liberdade, trabalhos forçados, inexistência de laudos médicos, falta de acesso à escola para menores de idade, imposição de crença religiosa, punições e práticas de torturas.

Numa antítese a tudo isso, a Lei 10216/2001 assegurou liberdade, respeito e cidadania. A Nota Técnica 11/2019 cerceia esses direitos com a propositura de trazer de volta o eletrochoque, o encarceramento, a dopagem e a segregação. A gravidade dessas diferenças é mundialmente compreendida, como a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) se posicionou, quando reconhece que política moderna de saúde mental é pautada na inclusão social, evitando internações de longa permanência.

O Projeto de Lei (PL) 37 de 2013, de autoria do deputado e Ministro da Cidadania Osmar Terra foi aprovado em maio de 2019 pelo Senado Federal, em regime emergencial. A proposta modifica o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), o qual gerencia medidas de prevenção ao uso de entorpecentes, assiste usuários e combate o tráfico.

O projeto, que agora foi colocado como política pública, amplia as possibilidades de internação compulsória de dependentes químicos por até três meses, sem possibilidade de impedimento pelos familiares, além de adotar a abstinência como foco de tratamento.

Segundo o projeto, somente haverá interrupção da internação involuntária por atestado médico, ou seja, ainda que os familiares queiram tratar o paciente em casa não poderão. A abstinência como oferta única terapêutica contraria estudos que apontam para uma política de redução de danos que se preocupam com dispositivos de inserção social por meio de ocupações e trabalhos, reduzindo o uso de drogas.

O PL 37, que muda a atual política de drogas, também fortalece as comunidades terapêuticas, incluindo-as no Sistema Nacional de Política sobre Drogas, criou-se o mecanismo de renúncia fiscal, de forma que torna possível a doação de 30% do imposto de renda em benefício dessas instituições.

Em contramão, os serviços de referência para dependentes químicos do SUS, como os CAPS, vêm sofrendo cortes de gastos e estão correndo o risco de ficarem a serviços das Comunidades Terapêuticas para o atendimento desses pacientes.

O Projeto de Lei de Osmar Terra tem três artigos detalhando novas formas de financiamento para as comunidades terapêuticas, todavia, não dispõe de mecanismos de fiscalização ou avaliação para os tratamentos oferecidos.

O documento também aumenta a pena mínima para tráfico de drogas, passando de cinco a oito anos de reclusão, com máximo de quinze anos. Entretanto, não estabelece critérios objetivos para diferenciação do uso e do tráfico de drogas, e não define o propósito de lucro para deliberar a atividade de tráfico.

O projeto passou por diversas modificações durante as comissões anteriores, porém o texto aprovado recusa mudanças que foram inseridas ao longo de sua trajetória, como, por exemplo, a possibilidade de importação de medicações derivadas da *cannabis* e a definição de critérios objetivos que para a diferenciação de usuários e traficantes de drogas ilícitas.

Em 18 de maio de 2020, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, foi extinto, pelo atual ministro interino da Saúde, general Eduardo Pazuello, o serviço especializado, também conhecido como Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, do SUS, existente desde janeiro de 2014, para o tratamento e acompanhamento de detentos com transtornos mentais, os quais estão detidos em presídios comuns e hospitais de custódia.

A medida altera uma portaria vigente desde janeiro de 2014, a qual instituía o acompanhamento dos pacientes psicóticos, presos por ter cometido atos infracionais, por equipes de avaliação capacitadas pelo SUS denominadas EAP, as quais eram compostas por psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e profissional de enfermagem.

A modificação na portaria causa impacto na atuação do Judiciário, das administrações penitenciárias e dos órgãos de segurança pública ao eliminar o financiamento das estruturas necessárias para garantir a substituição das modalidades de medida de segurança (internações em alas de tratamento psiquiátrico em presídios ou hospitais de custódia) por medidas terapêuticas de bases comunitárias. A estrutura é formada por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social e terapeuta ocupacional – cuja função é acompanhar detentos em cumprimento de medidas de segurança ou à espera de um exame que ateste a existência de transtornos mentais.

Com o fim do financiamento, o tratamento em meio fechado em vez de o retorno à liberdade com tratamento adequado em saúde é o foco privilegiado, fragilizando, com isso, a política de saúde mental no âmbito da Justiça Criminal, uma vez que atinge os indivíduos que estão em cumprimento de medidas de segurança e pessoas com transtornos mentais que possuem medidas cautelares. A consequência direta, além de contrariar uma política de saúde necessária a sociedade, é o aumento da população prisional brasileira, mantendo detentos com transtornos mentais em presídios e hospitais de custódia.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na propositura do trabalho, é cabível pontuar que as principais diretrizes das políticas públicas para a saúde mental comprometem o direito à dignidade da pessoa humana acometida de psicopatologia.

As novas diretrizes denotam um retrocesso às conquistas sociais a esse grupo, que é naturalmente marginalizado pelos próprios contextos sociais.

Percebe-se, assim, que atual Governo Federal promoveu a desconstrução de um caminho que ora fora conquistado em meio a muitas lutas e pleitos social para um reconhecimento maior da humanização das doenças psicopatológicas.

Também, faz-se necessário ressaltar que a saúde pública ainda carece de uma série de cuidados e proteções necessários para o seu avanço nas questões de tratamento e acompanhamento de pessoas com transtornos mentais, sejam eles endógenos ou exógenos, como é o caso da drogadição.

Torna-se ainda mais agravante e inseguro quando as questões que envolvem a proteção da saúde de pessoas com transtornos mentais dependem de políticas governamentais que não priorizam a humanização no processo do tratamento dos pacientes psicopatológicos, sob o qual teve crescente visibilidade no sentido de tratar desta humanização e da dignidade com a luta antimanicomial, ou seja, as políticas públicas caminham no sentido oposto às conquistas do reconhecimento de tratamentos não somente mais humanitários, mas, também, como uma questão de saúde pública.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

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

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Disponível em: <https://context.reverso.net/traducao/ingles-portugues/American+Psychiatric+Association>. Acesso em 22 de maio de 2020.

ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino. **A psicologia no Brasil**: leitura histórica sobre sua constituição. 5. ed. São Paulo: EDUC, 2014.

AROUCA, Sérgio. **Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 26 abr. 2020.

AROUCA, Sérgio. A reforma sanitária brasileira. **Radis**, FIOCRUZ, Tema 11, ano VI, novembro 2002.

ASSOCIAÇÃO do Ministério Público de Minas Gerais. Tortura e abandono em hospitais de custódia pelo Brasil. **Jusbrasil**. Edição de 2013. Disponível em: <https://amp-mg.jusbrasil.com.br/noticias/100347947/tortura-e-abandono-em-hospitais-de-custodia-pelo-brasil#:~:text=Hospitais%20de%20cust%C3%B3dia%20usados%20para,de%20visit as%20feitas%20no%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 7 jun. 2020.

BRASIL. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Dispõe sobre Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados\\_prevencao\\_drogas/obid/legislacao/nota\\_saudemental.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf). Acesso em 22 de abril de 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Pronunciamento de Magno Malta**, em 22 de fevereiro de 2006. Senado Federal: Brasília, 2006. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/pronunciamentos/-/p/texto/360670>. Acesso em: 7 jun. 2020.

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

CISCATE, Rafael; BUSCATO, Marcela. Cracolândia: as políticas de redução de danos funcionam? **Revista Época**, 14 jun. 2017.

COMUNIDADES Terapêuticas Mantidas por Parlamentares Podem Ganhar Verba Federal. **O Globo**. Editoria de Brasil. Edição de 29 de abril de 2013. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/comunidades-terapeuticas-mantidas-por-parlamentares-podem-ganhar-verba-federal-8237104>. Acesso em: 7 jun. 2020.

COSTA, Ana Clara. A história do pastor Isidório: Ex-gay e Deputado mais votado da Bahia. **Revista Época**, Edição de 21 de março de 2019. Disponível em <https://epoca.globo.com/a-historia-do-pastor-isidorio-ex-gay-deputado-mais-votado-da-bahia-23538776>. Acesso em: 7 jun. 2020.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**.

Porto Alegre: ArtMed, 2000.

ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 127-135, dez. 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07 de junho de 2020.

FEFFERMANN, M. Estudo do perfil das potencialidades dos municípios do Estado de São Paulo para o desenvolvimento e implantação de propostas assistenciais de atenção em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. São Paulo: Projeto do Instituto de Saúde (não publicado), 2000.

FERNANDES, Flora. História da psiquiatria no Brasil. **Psicologado**, 2009. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicopatologia/psiquiatria/historia-da-psiquiatria-no-brasil>. Acesso em: 18 abr. 2020.

FERNANDES, Márcia Astrês; MENESES, Raila Tôrres de; FRANCO, Samantha Luzia Guimarães; SILVA, Joyce Soares e; FEITOSA, Carla Danielle Araújo. Transtornos de Ansiedade: vivências de usuários de um ambulatório especializado em saúde mental. Pernambuco: **Revista de Enfermagem**, UFPE, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acesso em: 7 jun. 2020.

FILHO, Isidório. Após irregularidades, MP-BA indica medidas para retirada de menores de instituto de Isidório. **Bahia.ba**. Editoria de Política. Edição de 22 de março de 2017. Entrevista concedida à jornalista ALMIRANTE, Juliana. Disponível em: <https://bahia.ba/politica/apos-irregularidades-mp-ba-indica-medidas-para-retirada-de-menores-de-instituto-de-isidorio/>. Acesso em: 7 jun. 2020.

IPEA – Instituto de Pesquisas Técnicas Aplicadas. **Nota Técnica nº 21**. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Março de 2017.

LEVY, Clarissa; FERRAZ, Thaís. Nem cadeia tem isso. **The Intercept Brasil**. Edição de 10 de março de 2019. Disponível em <https://theintercept.com/2019/03/10/tratamento-drogas-governo/>. Acesso em: 7 jun. de 2020.

LUIZ, Bruno; CARDOZO, Cláudia. MP quer que promotores não enviem crianças e adolescentes para ONG de Pastor Isidório. **Bahia Notícias**. Editoria de Notícia. Edição de 19 de outubro de 2018. Disponível em: <https://www.bahianoticias.com.br/noticia/228094-mp-quer-que-promotores-nao-enviem-criancas-e-adolescentes-para-ong-de-pastor-isidorio.html>. Acesso em: 7 jun. 2020.

MESQUITA, J. F. de. Quem disse que lugar de louco é no hospício? Um estudo sobre os serviços residenciais terapêuticos. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 16, 29 set. a 3 de outubro de 2008. **Anais [...]**, Caxambu-MG, 2008.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código penal comentado**. 9. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal: parte geral**. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos direitos humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 18 jun. 2020.

ROCHA, Gilberto S. **Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil**. Rio de Janeiro: Forense, 1989.

RONCOLATO, Murilo. As violações de direitos em comunidades terapêuticas pelo Brasil. **Nexo**. Editorial de Expresso. Edição de 20 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2018/06/20/As-viola%C3%A7%C3%B5es-de-direitos-em-comunidades-terap%C3%AAuticas-pelo-Brasil#:~:text=As%20viola%C3%A7%C3%B5es%20de%20direitos%20em%20comunidades%20terap%C3%AAuticas%20pelo%20Brasil,-Murilo%20Roncolato%20&text=Castigo%2C%20discrimina%C3%A7%C3%A3o%20%20viol%C3%AAncia%2C%20explora%C3%A7%C3%A3o,priva%C3%A7%C3%A3o%20de%20liberdade%20e%20privacidade>. Acesso em: 7 jun. 2020.

ROTELLI, F. **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SASSINI, Vinicius. Brasil mantém doentes mentais presos ilegalmente. **O Globo**. Editoria de Brasil. Edição de 16 de fevereiro de 2013. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/brasil-mantem-doentes-mentais-presos-ilegalmente-7599855>. Acesso em: 7 jun. 2020.

SASSINE, Vinicius. Governo multiplica investimento em comunidades terapêuticas de cunho religioso para atender usuários de drogas. **O Globo**. Editoria de Sociedade. Edição de 24 de abril de 2019. Disponível em <https://oglobo.globo.com/sociedade/governo-multiplica-investimento-em-comunidades-terapeuticas-de-cunho-religioso-para-atender-usuarios-de-drogas-23617574>. Acesso em: 7 jun. 2020.

---

**Data do recebimento:** 18 de abril de 2020  
**Data da avaliação:** 13 de setembro de 2020  
**Data de aceite:** 13 de setembro de 2020

---

1 Bacharel em Direito pela Unit/PE. Email: luciamarioliveira@gmail.com

2 Doutora e Mestre pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; Graduação em Comunicação Social e Jornalismo pela Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP; Professora adjunta do Centro Universitário Tirantes – UNIT. E-mail: mariacarmen.chaves@gmail.com