CAMPUS DE JACAREZINHO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA JURÍDICA
MESTRADO E DOUTORADO

FLAVIANE SCHIEBELBEIN

ANÁLISE DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS E DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO TRIÊNIO 2019-2021 NO BRASIL

Jacarezinho

2023

CAMPUS DE JACAREZINHO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA JURÍDICA
MESTRADO E DOUTORADO

FLAVIANE SCHIEBELBEIN

ANÁLISE DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS E DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO TRIÊNIO 2019-2021 NO BRASIL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Jurídica, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciência Jurídica, sob a orientação do Professor Doutor Marcos César Botelho, na área de concentração Teorias da Justiça: Justiça e Exclusão; linha de pesquisa: Função Política do Direito.

Jacarezinho

2023

Ficha catalográfica elaborada pelo autor, através do

Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UENP

SS355a
a

SCHIEBELBEIN, FLAVIANE
ANÁLISE DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS E DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO TRIÊNIO 2019-2021 NO BRASIL / FLAVIANE SCHIEBELBEIN; orientador Marcos César BOTELHO - Jacarezinho, 2023.
115 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Direito) - Universidade Estadual do Norte do Paraná, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Ciência Jurídica, 2023.

1. Políticas Públicas de Saúde Mental e Sobre Drogas. 2. Direitos Humanos. 3. Princípio da Proibição do Retrocesso Social. 4. Refugos Humanos. I. BOTELHO, Marcos César, orient. II. Título.

Termo de Aprovação

FLAVIANE SCHIEBELBEIN

ANÁLISE DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS E DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO TRIÊNIO 2019-2021 NO BRASIL

Este documento de dissertação foi julgado adequado no exame de qualificação para a obtenção do grau de Mestra em Ciência Jurídica e aprovada pela Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciência Jurídica – PPGCJ, da Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP.

Banca Examinadora:

Presidente: Professor Dr. Marcos César Botelho (UENP)

Membro 01: Professor Dr. Vladimir Brega Filho (UENP)

Membro 02: Professor Dr. Dirceu Pereira Siqueira (UNICESUMAR)

Jacarezinho, 02 de março de 2023

Ao meu pai, *Edmilson Rodrigues Schiebelbein*, que infelizmente não pôde acompanhar a finalização deste trabalho, mas que sempre foi inspiração e estímulo para meus estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de reconhecimento ao apoio. Muitas pessoas dedicaram tempo de suas vidas para me prestar apoio nesta etapa tão especial, espero não ser injusta e falhar, deixando de citar alguém aqui.

Inicialmente minha gratidão é para e pelos meus filhos: Guilherme, Tainara e Gabriela. Compreensivos, críticos, solidários e sonhadores. Tão especiais em minha vida. Todo amor, sempre e muito.

Ao John, companheiro nesta e em tantas outras jornadas. Sempre lembrando que comer e dormir é algo necessário. Pelo auxílio de TI, enfermeiro e tantas outras demonstrações de afeto. Em grandes e pequenos gestos.

À minha mãe, Soeli, quem admiro. Mulher forte. Tantas lições, tanto amor.

Ao meu irmão Luís Fernando, que sempre me estimulou a fazer o processo seletivo para o programa de Mestrado. Ouvindo minhas angústias, reiterava: “Vai dar certo, mana! Põe o pé que Deus põe o chão...”

Ao meu irmão Luís Felipe, que dividiu comigo as demandas relacionadas ao adoecimento e falecimento de nosso pai e com quem pude contar nos momentos mais críticos. 2022 foi um ano muito intenso em nossas vidas.

Aos professores da UENP que se esforçaram para manter o programa de pós-graduação, em plena pandemia. Igualmente agradeço à secretária do programa, Maria Natalina da Costa, por sua atenção, seja por e-mail ou pessoalmente.

Minha especial gratidão ao Orientador deste trabalho, Professor Doutor Marcos César Botelho, pelo incentivo em permanecer com o tema do projeto de pesquisa, pelas orientações, pelo trato respeitoso, pela compreensão nos momentos difíceis e pelas mensagens: “Flaviane, o tempo está passando”. Obrigada!

À XVIII Turma do Mestrado em Ciência Jurídica da UENP, que, contrariando todas as probabilidades, eis que nossas aulas se deram em meio remoto devido à pandemia, formaram-se laços profundos de amizade e parceria.

Finalmente agradeço a pessoa resiliente que me tornei, conseguindo manter a sanidade mental para finalizar o Mestrado diante das profundas dificuldades que se colocaram neste período.

Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz
(Baptista, Arnaldo; Lee, Rita*)*

SCHIEBLBEIN, Flaviane. Análise dos Direitos Humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais e daquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no triênio 2019-2021 no Brasil. Dissertação de Mestrado — Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica — Universidade Estadual do Norte do Paraná – Jacarezinho, 2023.

RESUMO

Nas últimas três décadas, o Brasil vinha colocando na sua agenda iniciativas de implemento a partir de normativas legais e serviços de atenção voltadas à saúde mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com assistência ofertada em serviços abertos, que respeitam a complexidade dos sujeitos e seu sofrimento, com vias a um tratamento humanizado e que, dentre outras questões, combate o estigma e exclusão histórica vivenciadas por esse grupo. A problemática da pesquisa teve por escopo investigar se o redirecionamento das Políticas Públicas em saúde mental no Brasil, no período compreendido entre 2019 e 2021, caracteriza violação ao princípio da proibição do retrocesso social, apontando violações aos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico advindas destas mudanças, gerando, nos termos propostos por Bauman, refugos humanos. Para tanto, o método de abordagem do problema de pesquisa é o dedutivo. Do ponto de vista de seus objetivos, trata-se de uma pesquisa exploratória e a partir dos procedimentos técnicos da pesquisa histórica, bibliográfica e com base em análise documental, considerando os documentos oficiais sobre a Política Nacional em Saúde Mental e sobre Drogas, enfatizando àqueles que redefinem a Rede de Atenção Psicossocial e a Política Nacional sobre Drogas, compreendidos entre os anos de 2019 e 2021. Após a análise, infere-se que ocorreu violação ao princípio da proibição do retrocesso social com o redirecionamento nas políticas públicas estudadas, respaldado no instituto do direito adquirido social, produzindo refugos humanos.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde Mental e Sobre Drogas; Direitos Humanos; Princípio da Proibição do Retrocesso Social; Refugos Humanos.

SCHIEBLBEIN, Flaviane. Análise dos Direitos Humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais e daquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no triênio 2019-2021 no Brasil. Dissertação de Mestrado — Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica — Universidade Estadual do Norte do Paraná – Jacarezinho, 2023.

ABSTRACT

In the last three decades, Brazil has been placing on its agenda implementation initiatives based on legal norms and care services focused on mental health, including those with needs arising from the use of alcohol and other drugs, with assistance offered in open services, which respect the complexity of the subjects and their suffering, with ways to a humanized treatment and that, among other issues, combat the stigma and historical exclusion experienced by this group. The purpose of the research was to investigate whether the redirection of Public Policies in mental health in Brazil, in the period between 2019 and 2021, characterizes a violation of the principle of prohibition of social retrogression, pointing to violations of the human rights of people in psychological distress arising from these changes, generating, in the terms proposed by Bauman, human waste. Therefore, the method of approaching the research problem is the deductive one. From the point of view of its objectives, it is an exploratory research and from the technical procedures of historical research, bibliographic and based on documental analysis, considering the official documents on the National Policy on Mental Health and on Drugs, emphasizing those that redefine the Psychosocial Care Network and the National Policy on Drugs, comprised between the years 2019 and 2021. After the analysis, it is inferred that there was a violation of the principle of prohibition of social retrogression with the redirection in the public policies studied, supported by the institute of the acquired social right, producing human waste.

Keywords: Public Policies on Mental Health and Drugs; Human rights; Principle of Prohibition of Social Retrogression; Human Waste.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 10

1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DO MANIFESTO DE BAURU ATÉ 2015 14

1.1 Política Pública e Rede de Assistência: alguns conceitos importantes para o debate 17

1.2 Contribuições de Basaglia e Foucault para a Reforma Psiquiátrica Brasileira..... 25

1.3 Compreendendo o Manifesto de Bauru e a Luta Antimanicomial Brasileira..... 29

1.4 A Rede de Assistência Psicossocial - RAPS 36

2 SAÚDE MENTAL NA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS: CASO XIMENES LOPES *VERSUS* BRASIL..... 45

2.1 Saúde Mental e Direitos Humanos 50

3 REDIRECIONAMENTO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL E NA POLÍTICA NACIONAL DE DROGAS NO TRIÊNIO 2019-2021 (COM PONDERAÇÕES DESDE 2017)..... 59

3.1 Rupturas com o modelo de desinstitucionalização 61

3.2 Pontuações em relação à Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas..... 68

3.3 Possíveis interesses econômicos envolvidos 76

4 RETROCESSO SOCIAL E O REFUGO HUMANO BRASILEIRO: VIOLAÇÕES AOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E DAQUELAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL DE HOJE 82

4.1 Retrocesso social..... 83

4.2 Compartilhando o espaço semântico de “redundância” e/ou “refugo humano”... 90

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 100

REFERÊNCIAS 105

ANEXO A - MANIFESTO DE BAURU 116

INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública. Dados mencionados pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2019), quase 1 bilhão de pessoas vivem com transtorno mental, 3 milhões de pessoas morrem todos os anos devido ao uso nocivo do álcool e uma pessoa morre a cada 40 segundos por suicídio. Ainda, segundo a Organização, apenas algumas pessoas em todo o mundo têm acesso a serviços de saúde mental de alta qualidade. Além disso, o estigma, a discriminação, a legislação punitiva e as violações dos direitos humanos ainda são generalizados.

Historicamente as pessoas acometidas de transtorno mental e envolvidas com substâncias psicoativas, são vítimas de exclusão e estigmatização, mostrando-se um grupo vulnerável.

As pessoas em sofrimento psíquico, especialmente àquelas que já passaram pelo processo de institucionalização, ainda se encontram em um lugar de alienação e despersonalização, reduzindo-os a um estigma que leva à exclusão e segregação social, perpassadas por valores manicomiais excludentes, ainda presentes na sociedade.

Assim, a Reforma Psiquiátrica e a chamada “Luta Antimanicomial” visaram a superação de tais estigmas, tanto na sociedade quanto entre os profissionais da área da saúde, voltando-se a práticas de assistência em saúde mental que promovam a autonomia, cidadania e garantia de direitos das pessoas com transtorno mental, além de ampliarem as discussões e formas de intervenções acerca do uso e abuso de álcool e outras drogas.

Gradativamente, os documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) passam a incorporar termos como “desinstitucionalização”, “atenção psicossocial”, entre outros. Nestes parâmetros, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001. Contudo, longo caminho foi percorrido para que, no ano 2011, ocorresse a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria GM/MS nº 3.088/2011 –, preconizando o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, priorizando iniciativas que visam garantir o cuidado integral, centrado nos territórios.

Nas ações em saúde mental, a comunidade e o território devem ser utilizados prioritariamente, com o objetivo de promover o processo de integração social das pessoas com transtorno mental. Produzindo práticas capazes de reduzir preconceitos e o estigma

em torno da loucura. Justamente por isso, mudanças no imaginário social sobre a loucura podem ocorrer por meio da construção cotidiana de novas relações sociais no território.

No entanto, desde o início das décadas de 1970 e 1980, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) conflitou com os interesses de grupos e agentes. As crises sociais, políticas e econômicas dos últimos anos seguiram as políticas de austeridade do neoliberalismo, do lucro e do capitalismo global e da onda de políticas nacionais mínimas, e agora são administradas, em âmbito nacional, por grupos políticos vinculados a esta ideologia, impactando na forma de desmantelamento da rede de atenção psicossocial.

Conforme será abordado no estudo, isso tem acontecido sobretudo pela concessão, por parte do setor público, da prestação dos serviços de saúde por meio do modelo das organizações sociais, sob uma racionalidade econômica ocupada principalmente com a administração de recursos, que não costuma dar importância aos ideais e princípios que deveriam nortear as práticas e a organização dos serviços.

Percebe-se, portanto, que os avanços conquistados ao longo das últimas três décadas, em termos de assistência em saúde mental e relacionadas à política de redução de danos, encontram-se ameaçados. Desde o ano de 2017, sem se esquecer da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, as políticas públicas de assistência em saúde mental e aquelas voltadas para uso de álcool e outras drogas, demostram-se contraditórias ao processo até então em curso no Brasil, sendo consolidadas na Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS e, desde então, na revogação e substituição de diversas Portarias e nos cortes de investimentos, orçamento e repasses para a saúde mental.

Dentre as principais preocupações, são apontadas a integração dos Hospitais Psiquiátricos à RAPS, a destinação de recursos para eletroconvulsoterapia, a autorização para internação psiquiátrica de criança e adolescentes, que, ao nosso ver, reavivam situações já superadas pela ciência e prática em saúde mental. Tais aspectos, disfarçados pela nomenclatura “Nova Saúde Mental”, remontam situações do Estado de Exceção e emergem na contramão das conquistas sociais democráticas alcançadas e substanciam a violação dos Direitos Humanos.

Revela-se importante a reflexão de que o manicômio é a tradução mais completa de exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura. E que a retomada da eletroconvulsoterapia ignora os registros históricos de que tal prática fora empregada

corriqueiramente enquanto instrumento de tortura e punição nas instituições manicomiais anteriormente à Reforma Psiquiátrica.

Assim, o objetivo geral do estudo que se apresenta é apontar as principais mudanças ocorridas no modelo assistencial em saúde mental no triênio 2019-2021, problematizando se tais mudanças implicam em retrocesso social no Brasil, sob a perspectiva proposta por Baumam, compartilhando o espaço semântico de "redundância" e/ou "refugo humano".

Neste sentido, o trabalho vale-se da abordagem de Bauman a respeito da produção de refugos humanos, a partir da terminologia de "homo sacer", de Agamben, para definir este sujeito excluído.

Tendo como objetivos específicos a identificação das principais mudanças ocorridas nas políticas públicas em saúde mental ocorridas no Brasil, no triênio 2019-2021; a averiguação de um possível rompimento com a política de desinstitucionalização e se há afronta às diretrizes prevista na Lei nº 10.216/2001; a verificação de eventuais retrocessos no cenário nacional relacionados à saúde mental e uso de substâncias psicoativas; a avaliação das repercussões em relação à política de redução de danos, relacionada ao uso de drogas, sobretudo ao encarceramento; perquirir acerca de interesses econômicos neoliberais de alguns segmentos de prestação de serviços em saúde mental que possam relacionar-se a este redirecionamento e a investigação e apontamento de possíveis violações aos direitos humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais advindas destas mudanças.

Para tanto, o método de abordagem do problema de pesquisa é o dedutivo. Do ponto de vista de seus objetivos, trata-se de uma pesquisa exploratória e a partir dos procedimentos técnicos da pesquisa histórica, bibliográfica e com base em análise documental, mensurando as consequências sociais do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, sob a perspectiva dos direitos fundamentais das pessoas com transtorno mental. Para análise documental são considerados os documentos oficiais sobre a Política Nacional em Saúde Mental e sobre Drogas, enfatizando àqueles que redefinem a Rede de Atenção Psicossocial e a Política Nacional sobre Drogas, compreendidos entre os anos de 2019 e 2021.

O trabalho realizado coaduna a proposta pela Universidade Estadual do Norte do Paraná, no programa de especialização *stricto sensu* em Ciência Jurídica, visto que o programa elege como área de concentração: Teorias da Justiça: Justiça e Exclusão. Apresentando como proposta, a investigação crítica da problemática social da exclusão,

preocupando-se em resgatar uma interpretação de cunho mais social que formal, de modo a criar no pesquisador a consciência de seu papel político, de construtor da cidadania e de afirmação do Estado das leis e não do Estado dos governos (UENP, 2021).

Dentro da área de concentração, o trabalho está alocado na linha de pesquisa "Função Política do Direito e Teorias da Constituição" que tem como escopo analisar e debater a política como capacidade de ação coletiva no mundo e o direito como a construção de contornos e limites à ação humana como domínios interconectados, principalmente por meio do ponto de união contemporâneo representado pelo Estado Democrático de Direito.

Por meio de condicionamentos recíprocos, direito e política representam, por vezes, pontos de acomodação teórica e prática e, em outros, tensões e paradoxos que abrem a oportunidade para a discussão sobre questões relacionadas à soberania; democracia, direitos humanos e constitucionalismo. Tendo por objetivo albergar pesquisas que tenham por objeto a investigação de fundamentos teóricos e implicações práticas dos elementos principais que compõem os paradoxos e as tensões entre direito e política, com o objetivo de fornecer à comunidade científica um repertório analítico e conceitual para os dilemas do Estado Democrático de Direito (UENP, 2021).

Desta forma, ao trazer para o debate um possível retrocesso social no cenário nacional relacionado à saúde mental e uso de substâncias psicoativas, apontando as possíveis violações aos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico advindas destas mudanças, mostra-se compatível à proposta da área de concentração e linha de pesquisa apontadas, trazendo respaldo para argumentação acerca da saúde mental relacionados a um objetivo político democraticamente definido. Isto porque, uma das possibilidades de se pensar as interfaces entre saúde mental e direitos humanos é o campo de aplicação jurídica, em que leis, portarias e resoluções produzem eixos normativos do ordenamento de políticas públicas.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DO MANIFESTO DE BAURU ATÉ 2015

A despeito do objetivo da pesquisa que se propõe seja precipuamente a análise da Política Pública em Saúde Mental no Brasil no triênio 2019 a 2021, considera-se importante uma breve retrospectiva histórica com o intuito de apresentar como tais políticas foram construídas, o motivo pelo qual foram estruturadas de tal forma e o patamar em que estas Políticas se apresentavam anteriormente.

Afinal, para compreensão e análise de determinada Política Pública, é imprescindível reconhecer os movimentos recentes e antigos que a mobilizam, mostrando-se eficaz a construção de uma linha do tempo, uma linha que agregue a partir do olhar de uma política específica o conjunto de acontecimentos que atravessam a elaboração dos seus argumentos, associando os elementos da história aos conteúdos e sentidos da política em curso. A análise histórica permite apreender a lógica das rupturas, das transformações, bem como as continuidades, as idas e vindas dos processos históricos (BAPTISTA; MATTOS, 2011; VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2016).

Neste sentido, também é crucial pensar que tais Políticas decorrem de um direito fundamental. O direito fundamental à saúde abrange, como o contrário não poderia sê-lo, o direito à saúde mental. A visão da saúde ultrapassa a noção de ausência de doença, impondo que se considere o aspecto psicológico da saúde. Isso inclui as reflexões e ações que tangem o uso e abuso de substâncias psicoativas, eis que fulcradas no sentido lato de saúde.

> Dessa forma, a maneira como o direito à saúde foi positivado constitucionalmente implica no Estado brasileiro se organizar para atuar na relação entre os seres humanos e todo o ambiente que os cerca, no sentido de protegê-lo, recuperá-lo e promover a sua saúde, isto é, condições que melhorem a sua vida em termos qualitativos. Logo, a garantia de uma melhor qualidade de vida do ser humano em sociedade e da sociedade como um todo implica em ações de proteção, promoção e recuperação de saúde, ou seja, condições que lhe proporcionem o bem-estar físico, psíquico individual e social. (FORTUNATO; BOTELHO, 2021)

Assim, em sendo o direito a saúde fundamental, que se entrelaça aos veios da vida e da dignidade humana, na lição de Sarlet (2012):

> Os direitos e garantias fundamentais, somados, é claro, à previsão e garantia da democracia e do Estado de Direito e de suas principais instituições e institutos, correspondem ao que de mais valioso nos legou o Constituinte de 1988 e o que, por consequência, mais devemos respeitar e proteger contra todo e qualquer movimento que tenha como escopo não apenas a deslegitimação e mesmo desmoralização de tais conquistas, mas também a sua desconstrução e esvaziamento.

Na Constituição brasileira de 1988, a saúde é elencada como um Direito Social (artigo[1] 6º), garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, consagrando que as ações e serviços de saúde são de relevância pública (artigos[2] 196 e 197) (BRASIL, 1988). Em muitos casos, o direito à saúde estará tão ligado com o direito à vida e a própria dignidade, que, ao se falar em assistência à saúde, também se alcançará a concretização do direito à vida e da própria dignidade.

Como apontado por Fortunato e Botelho (2021) "O direito à saúde possui estrita ligação com a manutenção da vida e a dignidade humana, uma vez que, assegurada uma boa condição de vida é possível manter e prezar por uma boa saúde".

Nesta toada, não é possível pensar em dignidade, sem refletir sobre o Direito à vida. Segundo Moraes (2005) "o direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais". E, conforma leciona Tavares (2009), o direito à vida assume duas vertentes, sendo a primeira no direito de permanecer existente, que é o direito principal. Em um segundo momento o direito a um adequado nível de vida. Sendo que a saúde é, senão o primeiro, um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto de existência, seja como respaldo para qualidade de vida.

Ou seja: uma vida com dignidade. Pois, intrinsicamente relacionados à Dignidade Humana, estão os Direitos Fundamentais, visto que os direitos fundamentais acabam por representar a concretização da dignidade da pessoa humana, de modo que são, direta ou indiretamente, expressão e limite da própria noção de dignidade (SARLET, 2009a). Em outras palavras, com base no desenvolvimento do Estado de Direito e de suas responsabilidades, a dignidade humana é a base para a proteção e promoção da sobrevivência humana (digna), especialmente na proteção e no respeito aos direitos fundamentais.

> Em suma, o que podemos concluir é que para os Direitos Fundamentais, a noção de pessoa aponta para um viés completamente distinto daquela noção desenvolvida no âmbito do Direito Civil. Embora não se afaste o caráter de sujeito de direitos e deveres presente no Direito Civil, o fato é que para o estudo dos Direitos Fundamentais à ideia de pessoa se liga o qualificativo "humana",

---

[1] Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

[2] Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

> ou seja, não se trata de pessoa civil, habilitada para a prática de atos da vida civil, tão-somente, ou uma ficção jurídica a que chamamos de pessoa jurídica, mas de pessoa humana que, por esta razão, configura-se não apenas em sujeito de direitos e obrigações, mas na própria razão de ser da existência dos Direitos Fundamentais, que existem não para outorgar poderes jurídicos a alguém, mas para garantir proteção aos indivíduos simplesmente porque são pessoas humanas. (SEGALLA; BOTELHO, 2015)

Segundo a concepção de Sarlet (2012), a dignidade da pessoa humana figura não como direito natural metapositivo, mas como concretização constitucional dos direitos fundamentais. Para o autor, a Constituição Brasileira de 1988 consagrou a ideia da abertura material do catálogo constitucional dos direitos e garantias constitucionais, existindo direitos fundamentais assegurados fora do Título II, sendo acolhidos os direitos positivados em tratados internacionais que versem sobre Direitos Humanos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) é um considerada um marco na história dos direitos humanos e estabeleceu, pela primeira vez, um sistema de proteção universal dos direitos humanos. Já em seu primeiro artigo[3], a declaração remete à dignidade, afirmando que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos e considera a dignidade e igualdade de direitos como fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo (ONU, 1948).

A partir desta Declaração, iniciou a chamada "Concepção Contemporânea de Direitos Humanos" que, conforme ensina Piovesan (2006) é marcada pela universalidade e indivisibilidade destes direitos. Assim, os direitos humanos constituem um setor indivisível, interdependente e interconectado que pode combinar o catálogo dos direitos civis e políticos com o catálogo dos direitos sociais, econômicos e culturais. Salienta a autora, ademais, que os tratados de direitos humanos contemplam parâmetros protetivos mínimos, buscando resguardar um "mínimo ético irredutível" concernente à defesa da dignidade humana.

Se a razão é condição para o exercício pleno da cidadania, ao louco resta-lhe a margem deste sistema, já que sua condição de desarrazoado o empurra para este lugar. A perspectiva psiquiátrica que localiza o louco como deficitário da razão toca o campo do Direito, contribuindo para a consolidação da noção de periculosidade e da incapacidade do louco de exercer os direitos civis (SILVA, 2013).

A condição de sujeito de direitos está vinculada à ideia de titularidade de direitos. Esse debate é iniciado na área da saúde mental a partir do Movimento Antimanicomial, que passa a discutir a condição de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

---

[3] Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Identifica-se a percepção do direito como processo na mobilização jurídico-política empreendida pelo Movimento Antimanicomial, que aponta a conquista da legislação que prevê direitos às loucas e loucos como um instrumento e não como um fim da luta no campo da saúde mental, e, portanto, deve impulsionar novas estratégias de mobilização do direito, reforçando o poder desse grupo subalternizado (CORREIA; SOUZA JUNIOR, 2020).

Na literatura sobre saúde mental[4], dependendo do momento histórico, encontram-se termos, tais como louco, alienados, doentes mentais, deficientes metais e, de forma generalista, pessoas com deficiência - para designar a pessoa que sofre de algum transtorno mental.

> Nota-se que, em primeiro lugar, afirma-se a deficiência com um conceito em evolução, o que significa, dentre outras coisas, que o conceito não é estático, já que a sociedade evolui e, dessa maneira, novas barreiras podem surgir, impedindo que haja a plena e efetiva participação das pessoas com deficiência em condições de igualdade de oportunidades. (BOTELHO, 2010)

Atualmente, o termo aceitável é o de portador de sofrimento psíquico ou pessoa em sofrimento psíquico, por não terem sido esclarecidas ainda as possibilidades de ocorrência do fenômeno da doença mental e suas determinantes. Neste trabalho, serão utilizados termos diversos, de acordo com a terminação utilizada pelos autores, documentos e/ou legislação consultada.

1.1 Política Pública e Rede de Assistência: alguns conceitos importantes para o debate

Tanto a política quanto as políticas públicas estão relacionadas ao poder social. Mas enquanto a política é um conceito amplo, as políticas públicas respondem a soluções concretas de como os problemas públicos são tratados.

Embora existam diferentes conceitos e definições do que são Políticas Públicas, pode-se compreendê-las como respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que afloram de um grupo social, sendo o produto de negociações entre os

[4] Uma série de organizações de usuários opõe-se ao uso dos termos “doença mental” e “paciente mental” alegando que estes apoiam a dominação do modelo médico. A maioria dos documentos clínicos internacionais evita o uso do termo “doença mental”, preferindo empregar em seu lugar o termo “transtorno mental”. Outra questão passível de debate é se a dependência de substâncias deve ou não ser incluída como um transtorno mental. Os Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental utilizam o termo “enfermidade mental” mas não o definem (OMS, 2005).

diferentes interesses, mediados pela racionalidade técnica, com vistas à manutenção de uma ordem (BAPTISTA; MATTOS, 2011).

As Políticas Públicas abrangem uma série de decisões públicas que visam manter o equilíbrio social ou introduzir desequilíbrios visando intervir/modificar a realidade social, através da definição de metas e estratégias de ação e da alocação de recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos, considerando-se que o contexto em que se desenvolvem as atividades estatais é crescentemente dinâmico (SARAVIA; FERRAREZI, 2006). Denota-se, portanto, que as Políticas Públicas devem estar voltadas para as necessidades do tecido social que estão, a todo momento, se modificando, identificando demandas e alocando recursos e estratégias para atender as tais demandas.

Abarca também o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações, sendo que a formulação de políticas públicas se constitui no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006).

> Com este conceito de política pública afirmou-se a ideia de que existe uma orientação política (do Estado) que é de interesse público e que atua, portanto, em função de um interesse maior, da própria sociedade, e que é a expressão daquilo que cada sociedade almeja. Afirmou-se também um entendimento de Estado e de política associado à uma concepção restrita de governo, aquela que valoriza o papel dos aparatos estatais. Neste entendimento, as políticas públicas passaram a ser reduzidas a um processo político racional, gerido pelos "representantes do Estado". [...] Tal construção reforçou uma divisão de papéis a serem exercidos pelo Estado e pela sociedade, como se existissem duas partes diferentes de um conjunto, que, no melhor dos mundos, se relacionam. (BAPTISTA; MATTOS, 2011)

As políticas públicas aparecem, assim, como mecanismos de proteção dos direitos. As políticas públicas resultam de atos administrativos vinculados ou discricionário, podendo assim depender ou não de uma decisão entre diversas soluções adequadas e razoáveis da Administração Pública para realizar eficientemente os mandatos das normas legais, entre elas as normas de direitos, especialmente os sociais (SIQUEIRA; FABRIZ, 2020).

Para iniciar uma Política Pública, é necessário fazer o reconhecimento ou identificação de um problema/montagem da agenda. Um problema público é a diferença entre o que "é" e aquilo que se "gostaria que fosse a realidade pública". Uma situação pública passa a ser insatisfatória a partir do momento em que afeta a percepção de muitos atores relevantes.

Para tanto, o ciclo de políticas é uma abordagem para o estudo das políticas públicas que identifica fases sequenciais e interativas-iterativas no processo de produção de uma política. Iterativo se refere a ciclo, repetição. Uma Iteração é um ciclo ou uma etapa de uma rotina maior. Em 1990, Howlett e Ramesh condensaram as fases do processo da política pública em cinco etapas, apresentando o que denominaram "*Improved model*": (1) montagem da agenda; (2) formulação da política; (3) tomada de decisão; (4) implementação e (5) avaliação.

Apesar das críticas ao modelo (caráter funcionalista, racional e que tenta manter o controle sobre o processo político), este persiste no debate acadêmico como referência. O ciclo de políticas públicas tem uma grande utilidade: ajuda a organizar as ideias, faz que a complexidade de uma política pública seja simplificada e ajuda políticos, administradores e pesquisadores a criar um referencial comparativo para casos heterogêneos (SECCHI, 2015).

Dentro do ciclo de políticas públicas, a agenda é a lista de assuntos e problemas sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção num determinado momento. A agenda é um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes, que pode ser composta de demandas novas, demandas recorrentes e demandas reprimidas (que não chegam a fazer parte da agenda). Maria das Graças Rua (2014) destaca que a formação da agenda é fortemente afetada pelos atores políticos sendo que Saravia e Ferrarezi (2006) apontam que toda política pública passa por várias etapas, sendo que em cada uma delas, os atores, alianças, processos e prioridades são diferentes, salientando a necessidade de diferentes tipos de negociação em cada uma das etapas.

Relevante considerar que a opinião pública pode afetar mais a agenda do que as opiniões políticas. Os atores visíveis[5] tendem a afetar mais a agenda, enquanto aqueles que influenciam mais na política são menos visíveis. A opinião pública afeta o desenho das políticas pois muitas esferas importantes são quase invisíveis para o público em geral (PARADA, 2006).

Também se mostra importante pensar que nem toda ideia entra na agenda. E, nem todos os itens da agenda vão se transformar em programas.

---

[5] Na definição de Savio Raeder (2014, p.131): São considerados atores visíveis: a mídia, os partidos políticos, os grupos de pressão e outros. Esses atores têm o poder de definir as alocações prioritárias da agenda decisória. Destacam-se nesse grupo as coalizões de defesa que, a partir de crenças e valores compartilhados entre os membros que a compõem, concentram esforços para a inserção de determinadas questões na agenda. Por outro lado, os atores invisíveis, tais como acadêmicos e burocratas, são mais presentes na constituição das alternativas técnicas para as questões escolhidas pelo grupo anterior. Enquanto os atores visíveis influenciariam mais os atores invisíveis, os atores invisíveis trabalhariam mais na especificação de alternativas.

Existem três condições para que um problema entre na agenda política: 1. atenção: diferentes atores (cidadãos, grupos de interesse, mídia etc.) devem entender a situação como merecedora de intervenção; 2. resolubilidade: as possíveis ações devem ser consideradas necessárias e factíveis; 3. competência: o problema deve tocar responsabilidades públicas (COBB E ELDER; 1983, *apud* SECCHI, 2015). De qualquer forma, é necessário considerar também o perigo de ideologização dos temas da agenda pública, ou sua análise em contextos não específicos ou impossíveis de converter em políticas reais (PARADA, 2006).

Em posicionamento semelhante, Subirats (2006) afirmam que três características gerais permitem que um determinado tema ou questão receba a atenção necessária dos poderes públicos para integrar a agenda. Em primeiro lugar, avaliar o grau de apoio que o tópico ou questão pode coletar ou, o que é o mesmo, avaliar o impacto visão geral do assunto. Em segundo lugar, avaliar seu significado, ou seja, seu nível de impacto na realidade social. E em terceiro lugar, a viabilidade de a solução prevista ou previsível.

Para entender o processo de formulação (e de implementação) é essencial definir quais são os aspectos de uma política e identificar as preferências dos atores em relação a cada um deles. As preferências dependem do cálculo de custo/benefício de cada ator. O cálculo de custo/benefício é o cálculo das perdas e ganhos ou das desvantagens e vantagens que cada ator atribui a cada meio proposto para solucionar um problema. Este cálculo não se restringe a custos econômicos ou financeiros. Envolve também elementos simbólicos, como prestígio; ou elementos políticos, como ambições de poder e ganhos ou perdas eleitorais, por exemplo.

Portanto, as prioridades outorgadas pelos gestores não são estabelecidas apenas por razões técnicas: o poder político dos diferentes setores da vida social e sua capacidade de expressá-los no sistema político é o que realmente determina as prioridades (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

> Para a análise do processo de formulação de políticas públicas é necessário, portanto, o tratamento de condições específicas de uma dada formação social. A importância da representação de interesses reside em que essas condições, quando referidas ao processo político que inscreve uma determinada política pública, não estão previamente dadas. Elas se manifestam através de diferentes atores sociais, que representam interesses diversos. Tanto as condições histórico-estruturais quanto as específicas que determinam direta e/ou indiretamente uma dada política pública, localizam se no processo político que a circunscreve e se manifestam através de diferentes atores sociais. Os interesses são, portanto, a representação, no nível político, daquelas condições. A possibilidade de que se perpetuem ou sejam modificadas, é expressa na forma de demandas e através de grupos e/ou movimentos específicos da sociedade. (LOBATO, 2006)

Após a formulação, chega o momento de colocar uma determinada solução em prática. Esta fase envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros.

Normalmente, a implementação se faz acompanhar do monitoramento: um conjunto de procedimentos de apreciação dos processos adotados, dos resultados preliminares e intermediários obtidos e do comportamento do ambiente da política. O monitoramento é um instrumento de gestão das políticas públicas e o seu objetivo é facilitar a consecução dos objetivos pretendidos com a política.

Não se pode deixar de mencionar, também, a necessária avaliação das Políticas Públicas, entendida como um instrumento voltado para subsidiar a tomada de decisões nos mais variados momentos que ocorrem ao longo das diversas fases do ciclo, não se restringindo, portanto, à avaliação de resultados da política e nem à etapa final do processo, implicando em distintas abordagens avaliativas, com diferentes instrumentos, recursos e tempos de operação. Os parâmetros de avaliação devem ser claramente expostos, a fim de que esta etapa sirva adequadamente para a melhoria das atividades em curso e para a formação dos envolvidos mais diretamente com a política (RAEDER, 2014).

Em algum ponto da dinâmica das questões públicas, é possível aceitação de uma política, seu redesenho ou sua extinção. Este momento exige preocupação social, a existência de uma solução técnica e apoio político (PARADA, 2006). Sabatier (1993) citado por Secchi (2015), destaca que os efeitos de uma política pública são tangíveis apenas após dez anos da implementação, eis que exigem um tempo de ajustamento, de assimilação de seus propósitos e de mudança no comportamento dos atores afetados por ela.

Uma política pública de excelência corresponde àqueles fluxos de ação e informação relacionados a um objetivo político democraticamente definido; aqueles que são desenvolvidos pelo setor público e, frequentemente, com a participação da comunidade e do setor privado. Uma política pública de qualidade incluirá diretrizes ou conteúdos, instrumentos ou mecanismos, definições ou modificações institucionais, e a previsão de seus resultados. Se as políticas públicas não estão enquadradas em um amplo processo de participação, isso pode enviesar aos atores públicos: os especialistas em direção à tecnocracia e a comunicadores ou pesquisadores em direção ao populismo imediato (PARADA, 2006).

Verifica-se, assim, que a avaliação contribui para aperfeiçoar a formulação de políticas e projetos – especialmente tornando mais responsável a formulação de metas – e apontar em que medida os governos se mostram responsivos frente às necessidades dos cidadãos (RUA, 2014).

Por fim, há de se consignar a necessidade de prestação de contas que consiste no fato de que alguém, pessoa física ou jurídica, justifique o adequado uso de determinada quantia ou mesmo de determinado objeto, instrumento ou ato, não se restringindo apenas a valores financeiros. Seja no âmbito privado, seja no âmbito público, todo aquele que, de alguma forma administra bens e valores, deve prestar contas da sua boa e regular aplicação a quem de direito.

A obrigação de prestar contas à sociedade, demonstrando que os recursos arrecadados foram corretamente previstos no orçamento para uso no efetiva realização e proteção dos direitos evita desvios que possam ocorrer, como desvios de finalidade e recursos públicos. Este controle deve iniciar, primeiro, do próprio Estado, que, ao produzir ato administrativo, deve zelar para que atenda ao interesse público. Observando se os recursos obtidos pelo Estado, por meio de impostos, estão sendo devidamente aplicados para a consecução do objetivo principal e primário da máquina estatal, consistindo no cuidado e proteção das necessidades direitos humanos básicos, ou seja, a realização dos direitos fundamentais (SIQUEIRA; FABRIZ, 2020).

Por todo explanado acima, verifica-se que a agenda pública inclui muitos pontos de vista, incluindo contraditórios, que podem não caber no mesmo programa. Também porque há setores sociais sub-representados, enquanto outros têm uma capacidade desproporcionada de representar os seus próprios interesses. A participação é um bem que se distribui de forma muito heterogênea. A discussão social muda. No médio prazo, as questões discutidas eles têm vários graus de concretude: alguns são realizados, outros apenas parcialmente. Alguns são superados ou esquecidos (PARADA, 2006).

Não se mostra diferente o que ocorre com as Políticas Públicas voltadas à saúde mental. Como apontado por Barreto (2009), a consolidação de uma rede de Saúde Mental está vinculada à Política Pública incumbida de gerir o necessário e à sua capacidade de proporcionar (em quantidade e qualidade) ações de cuidado ao usuário, sendo que a rede se mantém de coisas concretas, dos derivados da política: financiamento, investimento e orientação. Normalmente uma política pública é uma seleção de tópicos e propostas pelo sistema político, principalmente pelos partidos. E esta seleção pode ser feita com mais ou menos coerência, sequência, financiamento e projeção de apoio político (PARADA, 2006).

> A tarefa de proteger e melhorar a saúde mental da população é complexa e envolve múltiplas decisões. Exige a fixação de prioridades entre necessidades, condições, serviços, tratamentos e estratégias de promoção e prevenção de saúde mental, bem como escolhas sobre o quê financiar. Os serviços e as estratégias de saúde mental devem ser bem coordenados entre si e com outros serviços, tais como previdência social, educação, emprego e habitação. Os resultados de saúde mental devem ser monitorizados e analisados para que as decisões possam ser constantemente ajustadas para atender aos desafios existentes. (OMS, 2001)

O campo da saúde mental, compõe-se historicamente a partir das determinações da cultura que o constitui, sendo que o Social e Político não são apenas fatores que agregam secundariamente à construção, e sim elementos fundamentais de seu corpo e de seu alicerce (LOBOSQUE; SILVA, 2013). Isto porque, em muitas ocasiões, a relevância das pessoas afetadas pela decisão não será tanto determinada pelo tamanho do grupo, mas pelo que relevantes ou específicos para a sua composição. Quanto maior sua força, organização ou capacidade de mobilização, maior a necessidade de análise (SUBIRATS, 2006).

> Isto tudo nos sugere que é necessário ir além deste modo formal de definição de Estado e de políticas públicas, buscando nas práticas sociais as formas de construção das políticas públicas em cada contexto. O Estado pode ser compreendido como mediador dos interesses sociais, mas também como a expressão da cultura, dos hábitos, das práticas e dos costumes de uma sociedade. O Estado se modifica e também mantém processos a partir dos diferentes movimentos que se estabelecem nos grupos sociais. (BAPTISTA; MATTOS, 2011)

A formulação das políticas sobre saúde mental, álcool e drogas deve ser considerada no contexto de um complexo corpo de políticas governamentais de saúde, bem-estar e sociais gerais. As realidades sociais, políticas e econômicas devem ser reconhecidas nos níveis local, regional e nacional. Para tanto, é importante que o Estado compreenda a necessidade especial voltada às Políticas Públicas em Saúde Mental, bem como às políticas sobre álcool e drogas, quando nada devido à estigmatização e às violações de direitos humanos sofridas por muitas pessoas com tais transtornos mentais e comportamentais, bem como à ajuda de que uma grande proporção delas necessita para encontrar habitação apropriada e apoio à renda (OMS, 2001).

Em contraponto a gestão burocrática tradicional, é que surge a noção de redes de Políticas Públicas, que, desde o contexto de redemocratização e dos processos de descentralização, têm sido amplamente empregadas, em diferentes moldes e envolvendo diferentes atores (intra ou intergovernamentais, bem como governo e sociedade), como novas formas de cooperação horizontais e mais flexíveis.

> A saúde coletiva brasileira com seu projeto de saber pautado pela interdisciplinaridade possibilitou uma mistura de campos de conhecimento talvez singular no mundo. Navegamos pela sociologia, economia, política,

> filosofia, biologia, psicologia e tantos saberes buscando conciliar o que é muitas vezes inconciliável. Mas talvez justamente por isso sejamos capazes neste momento de propor algo tão diferente do que seria a proposta de outro campo para se analisar políticas. (BAPTISTA; MATTOS, 2011)

Conforme destacam Lobosque e Silva (2013) a noção de redes não é nova nas ciências sociais, embora seja imprecisa e fluida quanto ao seu emprego, nas últimas décadas essa noção tem sido utilizada no campo das Políticas Públicas, evocando a cooperação entre elementos plurais e autônomos que envolve o compartilhamento de objetivos e valores.

Inclusive a palavra "rede" vem estampada no artigo[6] 198 da Constituição Federal, trazendo a ideia de que os serviços devem ser descentralizados e em atenção as necessidades de cada localidade/território, com atendimento integral e com a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A participação de todos os setores da sociedade foi outra característica importante da reforma brasileira. Houve conferências nacionais de saúde mental com milhares de participantes, incluindo profissionais, usuários e famílias, que tiveram um papel fundamental no desenvolvimento da política de saúde mental. Também devem ser citados os ativistas sociais e culturais, que foram frequentemente aliados decisivos, além da participação dos usuários, que foi incentivada. (ALMEIDA, 2019)

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária.

É, portanto, fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas em sofrimento psíquico.

---

[6] Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.

A Reforma Psiquiátrica transformou-se em uma ampla política pública, ampliando a rede de serviços e as ações da saúde mental, reduzindo leitos psiquiátricos, aumentando o investimento na rede extra-hospitalar (YASUI, 2015). Coadunando as diretrizes de um Estado democrático e humanista de direito.

É a partir do movimento antimanicomial que as pessoas em sofrimento psíquico passam a ter voz e serem vistas como merecedoras de atenção especializada e humanizada, mas precipuamente – pessoas com direitos.

1.2 Contribuições de Basaglia e Foucault para a Reforma Psiquiátrica Brasileira

Para melhor compreensão do que hoje se compreende como Saúde Mental, alguns apontamentos acerca da loucura e sua correlação com a cultura e história, bem como valores morais e sociais como sexualidade e trabalho, serão analisados a seguir. Evidenciando como tais correlações despontaram na Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica Brasileira, que será aprofundada em tópico seguinte.

Neste sentido, Foucault (1978) pontua que "*ao lado da loucura, as proibições sexuais, os interditos religiosos, as liberdades do pensamento e do coração, o Classicismo formava uma experiência moral do desatino que serve, no fundo, de solo para nosso conhecimento "científico" da doença mental".* O autor deixa claro que a loucura não é um objeto natural, existente desde a aurora dos tempos e esperando para ser entendido pelo homem, mas uma criação[7] do próprio homem (PROVIDELLO; YASUI, 2013).

A realidade da segregação entre pessoas consideradas "sãs" e aquelas consideradas "loucas" remontam a história da própria humanidade.

Até pouco tempo, o saber médico e o poder psiquiátrico pareciam ter um domínio próprio o qual autorizava dizer quem era louco e não louco.

> Para os médicos, é importante e reconfortante poder constatar que sempre houve alucinações sob o sol da loucura, delírios nos discursos do desatino, e reencontrar as mesmas angústias em todos esses corações sem repouso. É que a medicina mental recebe dessas constatações as primeiras certezas de sua eternidade; e se lhe acontecesse ter a consciência pesada, seria tranquilizada,

[7] Neste sentido, Providello e Yasui (2013) trazem o seguinte exemplo insólito: se um homem, vivendo em uma ilha deserta desde sua infância, um belo dia manifestasse qualquer sintoma de psicose, tal qual uma alucinação, seria ele um louco? Talvez sim, quando piratas o encontrassem e observassem seu comportamento. Mas e se a ilha fosse o único lugar habitado na terra, e ele o único ser humano? A alucinação não seria algo tão real quanto a audição, a visão ou o olfato? Seria então ele um louco, sem outros seres para objetivá-lo como tal, rotulá-lo como tal ou mesmo vê-lo como tal? A alucinação não passaria a ser algo constitutivo da própria conceituação do que é ser humano?

> sem dúvida, ao reconhecer que o objeto de sua pesquisa estava ali, esperando-a através dos tempos. [...]
> Aos insanos internados faltava apenas o nome de doentes mentais e a condição médica que se atribuía aos mais visíveis, aos mais bem reconhecidos deles.
> Procedendo-se a semelhante análise, consegue-se bem barato uma consciência tranquila no que diz respeito, de um lado, à justiça da história e, do outro, à eternidade da medicina. A medicina é verificada por uma prática pré-médica, e a história justificada por uma espécie de instinto social espontâneo, infalível e puro. Basta acrescentar a esses postulados uma confiança estável no progresso para não se ter que fazer nada além de traçar o obscuro percurso que vai do internamento — diagnóstico silencioso feito por uma medicina que ainda não se conseguiu formular — à hospitalização cujas primeiras formas no século XVIII já fazem uma antecipação do progresso, indicando simbolicamente seu termo. (FOUCAULT, 1978)

Desta forma, as pessoas classificadas como “loucas” eram destinadas a longos períodos de internamento, quando não pela vida toda.

> É sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas. A partir de Pinel, Tuke, Wagnitz, sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das "casas de força"; percebe-se também que estavam misturados com a população das Workhouses ou Zuchthdusern. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correcionários e aos insanos. E entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá — não nos esqueçamos — que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos "libertado". A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural. (FOUCAULT, 1978)

Sendo que “a loucura, como domínio de experiência, se esgotava no conhecimento médico ou paramédico que dela se podia extrair” (FOUCAULT, 1978). No século XIX, os psiquiatras resolvem ‘libertar’ os loucos do convívio confinado com libertinos, hereges, usurários, homossexuais etc. para dar a eles um tratamento médico. É aqui, e somente aqui, que a loucura passa para o domínio da ciência, deixando de ser uma questão social, moral e jurídica de exclusão para ser uma questão médica de exclusão. ‘Cria-se’ a doença mental. Entretanto, a reforma de Philippe Pinel não se configurou como uma modificação dessa questão de interdição da fala: a loucura continuou silenciosa, agora sob os ‘cuidados’ da medicina, que exerceu um arremate dessa repressão da loucura (PROVIDELLO; YASUI, 2013)

> O momento em que a jurisprudência da alienação se torna a condição preliminar de todo internamento é também o momento em que, com Pinel, está nascendo uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como um ser humano. O que Pinel e seus contemporâneos sentirão como uma descoberta ao mesmo tempo da filantropia e da ciência é, no fundo, apenas a reconciliação da consciência dividida do século XVIII. O internamento do

> homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita — porém sem obliterá-la — sua existência jurídica. Com isso, os dois usos da medicina são reconciliados — o que tenta definir as estruturas mais apuradas da responsabilidade e da capacidade, e o que apenas ajuda a pôr em movimento o decreto social do internamento. [...]
> A psicopatologia do século XIX (e talvez ainda a nossa) acredita situar-se e tomar suas medidas com referência num homo natura ou num homem normal considerado como dado anterior a toda experiência da doença. Na verdade, esse homem normal é uma criação. E se é preciso situá-lo, não é num espaço natural, mas num sistema que identifique o socius ao sujeito de direito; e, por conseguinte, o louco não é reconhecido como tal pelo fato de a doença tê-lo afastado para as margens do normal, mas sim porque nossa cultura situou-o no ponto de encontro entre o decreto social do internamento e o conhecimento jurídico que discerne a capacidade dos sujeitos de direito. A ciência "positiva" das doenças mentais e esses sentimentos humanitários que promoveram o louco à categoria de ser humano só foram possíveis uma vez solidamente estabelecida essa síntese. De algum modo ela constitui o a priori concreto de toda a nossa psicopatologia com pretensões científicas. (FOUCAULT, 1978)

A doença mental de hoje é criação e não natural, mas demonstra o modo pelo qual ela se modifica ao longo do tempo. Eis então a primeira consideração à qual Foucault nos leva em relação à loucura: a desnaturalização do objeto, ou seja, não o considerar como algo que porta sua própria verdade, que está e sempre esteve esperando para ser descoberta. Foucault mostra a ideia de constituição histórica desse objeto, como ele se constituiu por meio de rupturas e continuidades históricas, como ele se construiu a partir dos regimes de saber a seu respeito. A experiência da loucura é uma invenção humana (PROVIDELLO; YASUI, 2013)

Para além do saber médico, não se pode perder de vista a vinculação da sanidade mental com a produtividade exigida pelo mundo do trabalho e “utilidade social” das pessoas. Assim, a loucura também esteve (e ainda está) associada a mendicância, a preguiça, a ociosidade.

> A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. (FOUCAULT, 1978)

Franco Basaglia, um dos fundadores do movimento “Psiquiatria Democrática Italiana”, nos anos 1960 e 1970, liderou o movimento de psiquiatras que denunciaram os abusos na assistência psiquiátrica italiana. Após conhecer as condições de tratamento do

hospício de Gorizia, Basaglia inicia uma proposta de transformação da assistência às pessoas em sofrimento psíquico. Sua iniciativa gera protestos, e ele e sua equipe são demitidos do hospício de Gorizia. No entanto, antes de deixar o cargo, dá alta a todos os pacientes, como forma de protestar contra a forma de tratamento até então adotada. Basaglia agia influenciado pela filosofia, principalmente a fenomenologia e o existencialismo, e pelo marxismo segundo a tradição de Antônio Gramsci (NABUCO, 2007).

A Reforma psiquiátrica italiana considerava o hospital psiquiátrico como uma ameaça real à dignidade e aos Direitos Humanos. Considerava a instituição totalmente ineficaz do ponto de vista clínico e um perigoso foco de produção da violência institucional cujo resultado era o aniquilamento da subjetividade humana. O modelo italiano transformava a prática psiquiátrica em uma ação efetivamente política (SILVA, 2013).

Franco Basaglia esteve no Brasil nos meses de junho e julho de 1979, participando de conferências e debates realizados em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Durante esse período, ele manteve contato com integrantes do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, fortalecendo ainda mais as reivindicações do movimento e abrindo um novo campo de reflexões sendo que suas conferências influenciaram profundamente as pessoas que delas participaram e os percursos no projeto de mudança das instituições psiquiátricas brasileiras (CORREIA; SOUZA JUNIOR, 2020). Alinhando-se ao momento histórico e político de redemocratização do país e a valorização dos direitos civis, a tradição italiana foi, aos poucos, enraizando e fazendo ressoar o tema da cidadania do louco no cenário brasileiro (SILVA, 2013).

> A última viagem de Basaglia ao Brasil teve forte repercussão na mídia. Noticiada em grandes meios de comunicação, estimulou obras marcantes: “Nos porões da loucura” de Hiram Firmino, coletânea das crônicas publicadas no Diário de Minas, e o premiado curta “Em nome da Razão” de Helvécio Ratton. (AMARANTE; NUNES, 2018)

Pela análise prática de Franco Basaglia na Itália e pela análise teórica de Michel Foucault, duas influências primordiais entre outras, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial promove diversas denúncias em relação ao tratamento psiquiátrico no Brasil. Alguns autores denunciam, por exemplo, o que foi chamado de indústria da loucura, na qual o usuário se torna objeto de lucro dos donos de hospitais psiquiátricos. O tratamento no Brasil se mostra dispendioso e sua eficácia, inexistente. Os manicômios se haviam tornado grandes depósitos de seres humanos, em que muitas pessoas inclusive faleceram.

A violação dos direitos humanos de pacientes portadores de sofrimento mental era observada com frequência e como regra, nas instituições e fora dela, e na ausência de políticas que garantissem a assistência adequada (ALMEIDA; ÁVILA, 2013).

O campo da saúde mental vai amortizar este domínio do saber médico psiquiátrico e redimensionando-o e de modo ampliado, a novos domínios da prevenção, da promoção, da reportação à doença mental em nome de uma saúde mental. Os procedimentos psiquiátricos passam a fazer parte de vários domínios do conhecimento: da educação, da justiça, do trabalho...

1.3 Compreendendo o Manifesto de Bauru e a Luta Antimanicomial Brasileira

As práticas implementadas como política oficial em saúde mental no Brasil, até meados da década de 1980, resultaram na produção de milhares de excluídos sociais em espaços de restrição de liberdade e violação de direitos humanos. Durante muitos anos os cuidados em saúde mental foram permeados por uma cultura dedicada ao que não funciona ou é considerado patológico (GABLE; HAIDT, 2005).

Profissionais desta área trabalhavam então com vistas a diagnosticar e tratar, e não tanto para prevenir e/ou promover bem-estar individual e coletivo, coordenados por um pensamento linear e não complexo dos seres humanos. Especialmente em relação aos Hospitais Psiquiátricos, a forma de manejo do tratamento, mostrou-se, inúmeras vezes cruel e desumano configurando-se em espécies de depósitos de pessoas, desapropriados de seus corpos.

Na sua origem, esse movimento está ligado à Reforma Sanitária Brasileira, da qual resultou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Está ligado também à experiência de desinstitucionalização da Psiquiatria desenvolvidas em Gorizia e em Trieste, na Itália, por Franco Basaglia nos anos 60 (BRASIL, 2012). Na saúde mental a reforma psiquiátrica brasileira ganha representatividade e repercussão a partir da década de 1970. Os pressupostos desta reforma estão sustentados pelo movimento da psiquiatria democrática italiana, sobre a desinstitucionalização da clientela e o desmantelamento da estrutura hospitar-asilar, que no Brasil ficou intitulado de “Movimento da Luta Antimanicomial” (PAULA, 2009).

É sobretudo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da

hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em dezembro de 1987, trabalhadores da saúde mental reunidos em Bauru, esatdo de São Paulo, escreveram um manifesto[8], com o mote “Por uma sociedade sem manicômio”, considerado o marco histórico da luta antimanicomial no Brasil e representando o combate ao estigma e à exclusão de pessoas em sofrimento psíquico grave. As discussões acerca da forma de cuidar da pessoa com transtorno mental grave, inaugurou nova trajetória para Reforma Psiquiátrica brasileira.

Conforme já salientado, o trânsito ao programa ou agenda requer a intervenção de quem tem certa influência na formação da agenda para que se torne uma Política Pública. Assim, os grupos organizados, representando interesses sociais, partidos políticos, os setores influentes do aparato burocrático, os “criadores” de opinião, as ações de protesto dos setores afetados pela possível ação, opinião informada, etc., podem, todos eles, intervir transição delicada entre o surgimento da questão e a "subida" ao programa ou agenda de ação pública (SUBIRATS, 2006).

O chamado Manifesto de Bauru inaugurava um novo compromisso dos profissionais, diante da recusa do “papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana”.

O Manifesto, que encampou a luta pelos direitos de cidadania dos doentes mentais, tomou proporções nacionais, e revelou que os manicômios são expressão de uma estrutura de opressão, presente em outros diversos mecanismos sociais, como nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres.

O manicômio é a tradução mais completa dessa exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007). O movimento antimanicomial é "um conjunto de estratégias que exigem iniciativas políticas, jurídicas, culturais que criam, possibilitam e marcam a presença da loucura na cidade" (SOALHEIRO, 2003).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios

[8] Conforme está descrito no Anexo – A

diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais (BRASIL, 2005).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira lutou pela universalidade da saúde, pelos direitos sociais e pelo cuidado em liberdade, com ênfase nos direitos civis, conjugados aos primeiros. A cidadania desse segmento é desenhada e construída processualmente, com reorientação da política de saúde mental, a partir dos anos de 1990 (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

A premissa norteadora visava consolidar uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, considerados pouco resolutos, segregadores e com padrões de assistência questionáveis, objetos de sucessivas denúncias por violações aos direitos humanos. A rede substitutiva prevê, então, serviços abertos com diversificação das estratégias de cuidado, e nos casos em que a internação se fizer necessária, que seja sistematizada através de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Assim, a Reforma Psiquiátrica e a chamada “Luta Antimanicomial” visaram a superação de tais estigmas, tanto na sociedade quanto entre os profissionais da área da saúde, voltando-se a práticas de assistência em saúde mental que promovam a autonomia, cidadania e garantia de direitos das pessoas com transtorno mental, além de ampliarem as discussões e formas de intervenções acerca do uso e abuso de álcool e outras drogas.

> Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. (BRASIL, 2005)

Não se pode deixar de mencionar o processo de redemocratização do país e a Constituição de 1988 como um marco fundamental para Saúde Mental no Brasil, eis que é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

Destaca-se, também, a Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), constituída pela Lei nº 8.080/90[9], do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trabalha para acompanhar a política de saúde mental em âmbito nacional e fornecer subsídios efetivos ao Conselho na temática de saúde mental. A citada Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado, asseverando em seu art. 2º que: "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício" (BRASIL, 1990).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

> O direcionamento político, inicialmente marcado pelos princípios da Declaração de Caracas, pede a retirada do hospital de seu papel hegemônico, a reestruturação da assistência ligada ao atendimento em nível primário. O respeito aos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais torna-se presente nesta luta, orientando as 2ª e 3ª conferências de Saúde Mental. Propostas legislativas marcaram presença neste período, com as portarias publicadas a partir da década de 1990, o Projeto de Lei nº. 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, que foi aprovado em 2001 como a Lei 10.216/01, conhecida com Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dentre outras. (BARRETO, 2009).

---

[9] Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal nº 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da Lei nº 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da Lei nº 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

> Em 2001, ano da aprovação da lei, a Assembleia Mundial da OMS teve como tema central a saúde mental. Isso ajudou muito para que a lei brasileira fosse aprovada e sancionada naquele ano pelo Governo Federal. Semanas depois da sua aprovação, o Brasil levou à Organização Mundial da Saúde, como contribuição do país para o ano internacional da saúde mental, a sanção governamental da lei, o que foi extremamente relevante e reconhecido por todos os países como um fato positivo. Desde então, a OMS vem acompanhando o processo brasileiro, com todas as suas dificuldades e problemas. Esse é um dos processos nacionais que a entidade cita como exemplo de enfrentamento da iniquidade em saúde mental. (DELGADO, 2011)

Outra importante questão foi que a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. Disso acabou por promover a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade e que combate substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante.

É somente em 2002, e em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante

problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos.

Em especial, o uso do álcool impõe ao Brasil e às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todas os domínios de sua vida. A magnitude e complexidade do quadro epidemiológico recomenda uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes do consumo.

Nesse processo de investimentos e construção de uma Política sobre Drogas no Brasil, em especial, de uma política de atenção em saúde (mental) a usuários(as) de substâncias psicoativas e, com ela, a implantação de serviços substitutivos como os Caps AD em articulação com Programas de Redução de Danos[10] (PRD) (BRASIL, 2003; 2004).

Neste mesmo período, no ano de 2003, que o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa "De Volta para Casa". Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios.

A Lei nº 10.708 de 2003 instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, consignando em seu que o auxílio visava a assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas (BRASIL, 2003).

O Programa possibilitou a ampliação da rede de relações dos usuários, assegurando o bem-estar global da pessoa e estimulando o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que previu o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal.

---

[10] Com relação ao uso e abuso de substâncias psicoativas, a Lei nº 11.343/2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), postulando a redução de danos e as ações de prevenção como base da atenção aos consumidores de substâncias psicoativas.
Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas (BRASIL, 2006).

Trata-se de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia (BRASIL, 2005).

Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos hospitais gerais.

> A política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria. [...] O processo demonstrou ser um dispositivo fundamental para a indução e efetivação da política de redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria. Em muitos estados e municípios, o PNASH/Psiquiatria exerceu a função de desencadeador da reorganização da rede de saúde mental, diante da situação de fechamento de leitos psiquiátricos e da consequente expansão da rede extra-hospitalar. Em permanente aprimoramento, o PNASH/Psiquiatria ainda exerce um impacto importante no avanço da Reforma Psiquiátrica em municípios e estados com grande tradição hospitalar. (BRASIL, 2005)

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil.

O processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas deste processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos. Trata-se de um protagonismo insubstituível. O processo da Reforma Psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é exequível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do SUS (conselhos gestores de unidades, conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, conferências). Conforme pontua Yasui (2015) o SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão

de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde.

Usuários e familiares passam a entrar na cena do debate político, e empoderam-se como atores e protagonistas da Reforma e da construção de uma rede substitutiva de serviços. Trata-se afinal, do desafio de construir uma política pública e coletiva para a saúde mental.

> O protagonismo dos usuários e dos trabalhadores compromissados na afirmação de um novo jeito de fazer saúde demarca a reorientação da nova ação política e institucional visando à superação do modelo de atenção à saúde mental centrado no manicômio. Nesse sentido, a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) contribui, nesta nova configuração de forças instituintes, com o objetivo de qualificação das práticas de gestão e de atenção em saúde. A humanização propõe-se a implementar condições de produção de novas atitudes por parte dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários, de novas éticas no campo da gestão do trabalho e das práticas de saúde. (FONSECA; JAEGER, 2015)

É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco da sociedade. Afinal, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para os “loucos”.

1.4 A Rede de Assistência Psicossocial - RAPS

Considerando que, além dos sinais e sintomas, existe um sujeito em sofrimento, complexo e, portanto, as políticas em saúde mental devem contemplar também estas complexidades, resultou na criação da RAPS e forte resistência aos tratamentos manicomiais, justamente por seu histórico de violações aos direitos humanos.

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual.

São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos

os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 1990).

O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos.

Para isso, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, previu a implantação de uma Rede de serviços aos usuários, pautados pela pluralidade de ação e estimulada pela presença de diferentes áreas do conhecimento, organizadas em diferentes graus de complexidade, possibilitando a promoção de assistência integral que atenda à diversidade de demandas.

O princípio que rege a RAPS considera que as pessoas com transtorno mental devem estar circulando e inseridas em diferentes serviços públicos de saúde para além de serviços especializados. E estes últimos, quando instituídos, devem sempre considerar o princípio da humanização e inclusão social, com vias na oferta de serviços de fato resolutivos, não segregadores e que consideram a complexidade do viver e do constructo saúde.

Integram a RAPS diferentes serviços como as Estratégias Saúde da Família (ESF); Núcleo de Atenção Psicossocial (NASF); Consultório na Rua; Centros de Convivência; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Residências Terapêuticas (RTs), entre outros; em razão da grandiosidade do projeto.

A implementação desta política de serviços em atenção às pessoas com transtorno mental e usuárias de álcool e outras drogas, se consolidou através de mudanças paradigmáticas de cuidado, considerando que, para além de sinais e sintomas existe um sujeito em sofrimento, um sujeito complexo, constituído por direitos e deveres, e que, portanto, a assistência também deve considerar as diferentes dimensões das pessoas.

Assim, não bastam exames e medicamentos, há que considerar outros aspectos como: trabalho, relacionamentos, educação, lazer, aceitação social, entre outros que envolvem a constituição da subjetividade humana.

Gradativamente, os documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) passam a incorporar termos como “desinstitucionalização”, “atenção psicossocial”, entre outros. Nestes parâmetros, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001. Contudo, longo caminho foi percorrido para que, no ano 2011, ocorresse a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria GM/MS nº 3.088/2011 –, preconizando o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, priorizando iniciativas que visam garantir o cuidado integral, centrado nos territórios.

Nas ações em saúde mental, a comunidade e o território devem ser utilizados prioritariamente, com o objetivo de promover o processo de integração social das pessoas com transtorno mental. Conforme pontuam Nascimento e Leão (2019), a produção de práticas capazes de reduzir preconceitos e o estigma em torno da loucura ainda são desafios no contexto da atenção psicossocial, justamente por isso, mudanças no imaginário social sobre a loucura podem ocorrer por meio da construção cotidiana de novas relações sociais no território.

Integradas ao SUS, as ações em saúde mental seguem, conforme o artigo 196 da Constituição de 1988, diretrizes de descentralização, atendimento integral, com prioridade às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e com participação da comunidade. Consoante, assim, que em aspectos relativos à saúde, o Estado deve ser garantidor de políticas públicas integrais e completas, em 2011, ocorre a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), preconizando o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, priorizando iniciativas que visam garantir o cuidado integral, centrado nos territórios.

> O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. (BRASIL, 2005)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o

surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

OS CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

> A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005)

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto,

deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias).

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental.

A necessidade de definição de estratégias específicas para a construção de uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no ano de 2002.

De fato, o desenvolvimento de ações de atenção integral ao uso de Álcool e drogas deve ser planejado de forma a considerar toda a problemática envolvida no cenário do consumo de drogas. Desta forma os CAPSad, assim como os demais dispositivos desta rede, devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

No campo do álcool e outras drogas, o paradigma da redução de danos se situa como estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a exigência imediata e automática da abstinência, e incentivando-o à mobilização social.

> Assim, são estratégias de redução de danos a ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo; a distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas; a elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as conseqüências negativas do uso de substâncias psicoativas; os programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo, e a ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas, entre outras. (BRASIL, 2005)

A estratégia de redução de danos e riscos associados ao consumo prejudicial de drogas vem permitindo que as práticas de saúde acolham, sem julgamento, as demandas de cada situação, de cada usuário, ofertando o que é possível e o que é necessário, sempre estimulando a sua participação e seu engajamento. A estratégia de redução de danos sociais reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida. Contudo:

> os problemas relacionados ao consumo nocivo de substâncias psicoativas, somente a partir de 2003, são reconhecidos como questões de saúde pública e como da alçada da Coordenação de Saúde Mental. Como essa questão no país historicamente esteve vinculada à política proibicionista e a um ministério mais conservador, tal espaço também se configurou como cenário em que os grupos opositores ao Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscaram influir sobremaneira. Nesse contexto, a Coordenação de Saúde Mental bem como representantes de centros acadêmicos, sob a égide da redução de danos, conseguem influenciar a reorientação normativa do texto das políticas sobre drogas no país, a partir do final dos anos 1990 e até meados de 2010. (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Outro importante instrumento para a identificação e intervenção em relação à saúde mental e uso abusivo de álcool e outras drogas, provém do desenvolvimento da estratégia Saúde da Família, marcando um progresso indiscutível da política do SUS. Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), criado na década de 90, vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, alcançando resultados importantes para a saúde coletiva.

Estruturado em equipes de Atenção Básica, a cobertura do Programa já alcança todo o país. O campo de intervenção de cada Equipe de Atenção Básica é sempre composto pelas pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio

ambiente. A realidade destas equipes de Atenção Básica vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental.

Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico.

As equipes de saúde mental e da Atenção Básica compartilham os casos e constroem coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma, e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial. Essas diretrizes, estabelecidas pela articulação entre as políticas de saúde mental e de atenção primária à saúde, visam ampliar e tornar mais eficazes as intervenções dos dois campos.

No Brasil, é histórica a omissão da saúde pública no direcionamento das políticas de saúde mental para a infância e adolescência. Esta lacuna possibilitou, ao longo dos anos, a criação de uma rede de assistência à infância e adolescência fundada em instituições filantrópicas e privadas, com forte componente tutelar, como educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas.

É a partir de 2003, no entanto, que o Ministério da Saúde passa a orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária e em acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, foi, neste sentido, fundamental para possibilitar a ampla participação da sociedade na elaboração de propostas para o campo da saúde mental de crianças e adolescentes e para a construção e consolidação de uma política de saúde para esta população específica.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma importante conquista do movimento pelos direitos humanos no Brasil. O Fórum configura-se assim como um instrumento de gestão, possibilitando dar visibilidade e resolutividade às diversas dificuldades que durante muito tempo ficaram em um segundo plano ou até mesmo totalmente ignoradas no campo da saúde mental de crianças e adolescentes. No ano de 2005, o Fórum divulga as primeiras diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional.

Neste sentido, a expansão e a consolidação da rede de CAPSi tem se revelado fundamental para a mudança nos paradigmas de assistência à infância e adolescência. É

em articulação com o Fórum que são elaborados um conjunto de diretrizes para estes e outros serviços públicos de atenção à saúde mental da infância e adolescência, fundadas na lógica territorial de organização da rede e da atenção.

Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica - processo amplo de inclusão social e promoção da cidadania das pessoas com transtornos mentais - é a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços. Embora os diversos serviços da rede de atenção à saúde mental fomentem a criação de cooperativas e associações e realizem oficinas de geração de renda, estas experiências, mesmo que com ótimos resultados, caracterizam-se ainda por sua frágil sustentação institucional e financeira.

O manejo diário destas experiências com o mercado capitalista e com uma sociedade excludente impõe debates práticos e teóricos no cotidiano dos serviços, que vem substituindo aos poucos o componente da antiga reabilitação pelo trabalho, dado no marco asilar.

> A Economia Solidária, hoje política oficial do Ministério do Trabalho e Emprego, é um movimento organizado de resposta à exclusão por gênero, raça, idade, estilo de vida e instrução, entre outros fatores, das pessoas do campo do trabalho. É clara neste marco referencial a crítica à dura lógica capitalista de produção incessante de vitoriosos e derrotados. Como horizonte da Economia Solidária está a instauração da solidariedade como norma social e a construção de empreendimentos coletivos e autogestionários como resposta à exclusão do mercado. É através de um diálogo permanente entre os campos da saúde mental e da economia solidária que o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho das pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas começa a ser delineado. (BRASIL, 2005)

Em julho de 2005, o Ministério da Saúde implementa uma linha específica de incentivo financeiro para os municípios que desenvolvem atividades de inclusão social pelo trabalho para pessoas com transtornos mentais ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Pela primeira vez, estas iniciativas passam a receber recursos federais.

Embora em delineamento e diante dos desafios, muitas vezes paradoxais, da construção coletiva de uma autonomia real para estas iniciativas, o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, assumido pelos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Saúde, passou a articular definitivamente a saúde mental e a economia solidária na discussão da complexa problemática da inclusão social da pessoa com transtornos mentais.

> Vejo o quanto a vida dos usuários dos serviços de saúde mental, lá e cá, transformou-se a partir do que foi inventado e criado como Política de Saúde Mental. Da oferta exclusiva e compulsória de internação em um hospital psiquiátrico, temos, no Brasil, uma ampla e diversificada oferta de serviços e de ações que contemplam diferentes dimensões e necessidades: temos os Centros de Atenção Psicossocial (em suas várias modalidades) como serviços

> territoriais para acolher e cuidar do sofrimento psíquico intenso; aos que habitaram por anos o manicômio temos os Serviços Residenciais Terapêuticos; para o trabalho os Projetos de Geração de Trabalho e Renda; temos ainda projetos de arte e cultura e outras tantas criações que por vários lugares vão sendo experimentadas. Pessoas que provavelmente teriam como destino viverem encarceradas em Hospitais Psiquiátricos, submetidas a um cotidiano mortífero, encontram outras possibilidades de cuidado que apostam em modos distintos de levar a vida. (YASUI, 2015)

Neste sentido, são inequívocos os avanços da Reforma Psiquiátrica, da ampliação e da complexificação dos cuidados relativos aos usuários, da reorganização institucional dos atendimentos com o objetivo da inclusão protagonista dos diferentes segmentos sociais envolvidos na saúde (FONSECA; JAEGER, 2015).

Por tudo isso, compreende-se que é preciso trazer os sujeitos para dentro dessa discussão porque pode potencializar a mudança mais efetiva da nossa própria trajetória para frente. O estudo de política remete à implicação de sujeitos, a sujeitos em relação, que constituem redes de comunicação que atuam na proposição de políticas (BAPTISTA; MATTOS, 2011).

O longo debate estabelecido na sociedade brasileira, entre o projeto de Lei nº 3657/89 e a Lei nº 10.216/01, resultou na mudança da legislação e na transformação do lugar do ‘louco’ na vida pública. Cidadania, direitos, restrições à internação, respeito à pessoa humana são valores presentes no quadro das transformações no campo da saúde mental (ALMEIDA; ÁVILA, 2013).

A saúde mental passa, então, para um campo de discussão não apenas do ponto de vista médico, mas contemplando as diversas formas de sofrimento psíquico e os diversos atores sociais que a compõe. Neste sentido, a participação de familiares e usuários dos serviços se mostrou como uma das principais ferramentas que refletem a efetiva participação social para elaboração das políticas públicas.

Assim, a política pública em saúde mental atingiu um novo patamar com relação aos direitos humanos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

2 SAÚDE MENTAL NA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS: CASO XIMENES LOPES *VERSUS* BRASIL

As mudanças ocorridas no Brasil apontadas anteriormente, em termos de Políticas Públicas voltadas para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, incluindo decorrentes do uso de álcool e outras drogas, teve um marco internacional de grande importância: o julgamento do caso Damião Ximenes Lopes *versus* Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos.

O caso não foi importante apenas para ações e serviços no território nacional, eis que teve repercussão internacional, pois o primeiro caso relacionado a violações de direitos humanos de uma pessoa portadora de deficiência mental, cuja morte ocorreu dentro de uma instituição psiquiátrica, julgado pela Corte Interamericana.

Ximenes Lopes foi hospitalizado em 1º de outubro de 1999 para receber tratamento psiquiátrico na Casa de Repouso Guararapes, um centro de atendimento psiquiátrico privado, que operava no âmbito do sistema público de saúde do Brasil - SUS, no Município de Sobral, Estado do Ceará, vindo a falecer no nosocômio após três dias de internação.

O caso de Ximenes Lopes foi denunciado à Comissão de Direitos Humanos da Corte Interamericana em 22 de novembro de 1999.

Cabe a Corte Interamericana examinar as denúncias recebidas pela Comissão de Direitos Humanos, firmando entendimento se houve ou não desrespeito aos direitos humanos e às normas adotadas pela Convenção Interamericana de Direitos Humanos. A Corte também procede com a verificação e supervisão de cumprimento das sentenças prolatadas, considerando a importância da manutenção, garantia e proteção dos Direitos Humanos.

Sendo reconhecida a ofensa, são determinadas pela Corte, medidas que se façam necessárias à restauração dos direitos violados, impondo ao Estado, dentre outros, o dever de indenizar de forma satisfatória às vítimas ou na falta destas, aos familiares lesados, solucionando a lide nos termos da convenção e punindo todos aqueles que de qualquer forma, violaram ou omitiram um direito protegido. A implementação das sentenças da Corte Interamericana de Direitos Humanos no Brasil é obrigatória, em razão da ratificação da Convenção Americana de Direitos Humanos e por adotar a Corte, como competência contenciosa (BAEZ; BRISKE, 2011).

Em outubro de 2003, consignando, que o caso de Ximenes Lopes oportunizaria ao sistema interamericano avançar na prevenção, para que não houvesse a repetição de casos futuros dos danos sofridos por ele, a Comissão entendeu[11] que:

> o Estado era responsável pela violação dos direitos consagrados nos artigos[12] 5 (Direito à integridade pessoal), 4 (Direito à vida), 25 (Proteção judicial) e 8 (Garantias judiciais) da Convenção Americana, em conexão com o artigo 1.1 do mesmo instrumento, no que se refere à hospitalização de senhor Damião Ximenes Lopes em condições desumanas e degradantes, às violações a sua integridade pessoal e ao seu assassinato, bem como às violações da obrigação de investigar, do direito a um recurso efetivo e das garantias judiciais relacionadas com a investigação dos fatos. (CIDH, 2003)

Recomendando ao Estado brasileiro a investigação completa, imparcial e efetiva dos fatos relacionados a morte de Ximenes Lopes, a responsabilização e punição dos agentes, seja por ação ou omissão; a reparação adequada dos familiares, indenizando-os e por fim, a adoção de medidas necessárias para evitar fatos similares no futuro.

Contudo, em 2004, a Comissão recebeu comunicado que o Brasil não havia cumprido todas as recomendações apontadas no relatório.

No mesmo ano, o Brasil apresentou um relatório parcial das medidas tomadas em atendimento às recomendações da Comissão e, em seguida, contestou o relatório de mérito expedido pela Comissão.

---

[11] Relatório de Mérito nº 43/03

[12] Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica): Artigo 1 Obrigação de Respeitar os Direitos: 1. Os Estados-Partes nesta Convenção comprometem-se a respeitar os direitos e liberdades nela reconhecidos e a garantir seu livre e pleno exercício a toda pessoa que esteja sujeita à sua jurisdição, sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social.

Artigo 4 Direito à Vida: 1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.

Artigo 5 Direito à Integridade Pessoal: 1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. 2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

Artigo 8 Garantias Judiciais: 1. Toda pessoa tem direito a ser ouvida, com as devidas garantias e dentro de um prazo razoável, por um juiz ou tribunal competente, independente e imparcial, estabelecido anteriormente por lei, na apuração de qualquer acusação penal formulada contra ela, ou para que se determinem seus direitos ou obrigações de natureza civil, trabalhista, fiscal ou de qualquer outra natureza.

Artigo 25 Proteção Judicial: 1. Toda pessoa tem direito a um recurso simples e rápido ou a qualquer outro recurso efetivo, perante os juízes ou tribunais competentes, que a proteja contra atos que violem seus direitos fundamentais reconhecidos pela constituição, pela lei ou pela presente Convenção, mesmo quando tal violação seja cometida por pessoas que estejam atuando no exercício de suas funções oficiais. 2. Os Estados-Partes comprometem-se: a) a assegurar que a autoridade competente prevista pelo sistema legal do Estado decida sobre os direitos de toda pessoa que interpuser tal recurso; b) a desenvolver as possibilidades de recurso judicial; e c) a assegurar o cumprimento, pelas autoridades competentes, de toda decisão em que se tenha considerado procedente o recurso.

A partir disso, o caso foi submetido pela Comissão de Direitos Humanos para a Corte Interamericana, a fim de apurar a responsabilidade do Estado brasileiro pela violação dos direitos citados no relatório de mérito citado acima, eis que, durante a hospitalização, Ximenes Lopes, portador de deficiência mental, foi supostamente submetido a condições desumanas e degradantes, sendo vítima por parte dos funcionários da Casa de Repouso Guararapes por sua morte enquanto se encontrava ali submetido a tratamento psiquiátrico; bem como pela suposta falta de investigação e garantias judiciais que caracterizam seu caso mantendo a impunidade.

A Comissão consignou, a respeito da importância do caso que:

> A importância deste caso baseia-se primeiramente na necessidade de fazer justiça para o senhor Damião Ximenes Lopes e oferecer uma reparação adequada a seus familiares. Entretanto, sua importância também está na oportunidade que oferece o Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos de desenvolver sua jurisprudência em relação aos direitos e a situação especial das pessoas com deficiência mental, os tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes a que são expostos, as obrigações do Estado em relação aos centros de saúde que atuam em seu nome e representação e as garantias judiciais relacionadas aos pacientes internados nelas, bem como a necessidade de efetuar investigações efetivas neste tipo de casos. (CIDH, 2003)

A perita Lídia Dias Costa, médica psiquiatra, cujo laudo constitui uma das provas do caso, afirmou que: “As lesões encontradas no corpo do senhor Damião Ximenes Lopes são lesões consideradas pelo Protocolo de Istambul como lesões típicas de traumas que são costumeiramente vistos em corpos de pessoas que foram torturadas” (CIDH, 2006).

Outras provas apresentadas na Corte Interamericana, merecem destaque, eis que corroboram a importância do Caso Ximenes Lopes para a implementação e fortalecimento da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos no Brasil. Veja-se:

i) Declaração proposta pelo Estado – Luís Fernando Farah de Tófoli, médico psiquiatra da Secretaria de Desenvolvimento Social de Saúde do Município de Sobral:

> A influência do caso Ximenes Lopes na reorganização da atenção da saúde mental no município de Sobral é um fato inegável. O dia 10 de julho de 2000, dia do descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes do Sistema Único de Saúde, é simbolicamente considerado pelos profissionais de saúde mental de Sobral como a data de início do funcionamento da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral.
> A morte do senhor Damião Ximenes Lopes levou à reformulação da política de saúde mental e uma resposta adequada diante das condições insustentáveis de funcionamento da Casa de Repouso Guararapes. (CIDH, 2006)

ii) Declaração proposta pelo Estado – José Jackson Coelho Sampaio, médico psiquiatra:

> A atenção de saúde mental mudou muito depois que a Casa de Repouso Guararapes foi fechada em julho de 2001. Essa data marca o processo de transição de um modelo de assistência enfocado na atenção médico-hospitalar e de manicômios, para uma abordagem descentralizada, regionalizada, com novos equipamentos e que propunha a reabilitação e reintegração social das pessoas com doenças mentais. (CIDH, 2006)

iii) Testemunha proposta pelo Estado - Pedro Gabriel Godinho Delgado, na época, Coordenador Nacional do Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde:

> Desde a morte do senhor Damião Ximenes, houve no Estado uma redução de 19.000 leitos psiquiátricos em instituições semelhantes a Casa de Repouso Guararapes. Além disso, entre os anos de 1999 a 2005, foram criados de quinhentos a seiscentos serviços extra-hospitalares, capazes de atender a situações graves de saúde mental, sem a necessidade de hospitalizar o paciente. Foram também criados outros tipos de serviço, como as residências terapêuticas capazes de receber pacientes menos graves. Foi um período em que o país inteiro enfrentou um debate significativo sobre as condições de vida dos pacientes do sistema psiquiátrico. (CIDH, 2006)

Com relação à Casa de Repouso Guararapes, local onde Ximenes Lopes foi hospitalizado e veio a falecer, a Corte interamericana de Direitos Humanos consignou que:

> Na Casa de Repouso Guararapes havia um contexto de violência, agressões e maus-tratos, em que diversos internos frequentemente apresentavam lesões nos membros superiores e inferiores, causadas pelos empregados do hospital; os auxiliares de enfermagem e vigilância utilizavam pacientes para conter outros; aplicavam a "gravata" (manobra que implica possibilidade de asfixia) em alguns pacientes, os quais pensavam que essa prática "era a lei" ou que era "para manter a ordem"; determinavam a contenção física de forma indiscriminada, independentemente de este procedimento ter ou não sido indicado pelo médico responsável, e incentivavam enfrentamentos físicos entre os pacientes. As condições de confinamento na Casa de Repouso Guararapes eram desumanas e degradantes, a atenção médica aos pacientes era frequentemente prestada na recepção, inclusive em presença de visitantes, já que por muito tempo o hospital não dispôs de um consultório médico, e frequentemente faltava a medicação adequada aos pacientes. O hospital não oferecia as condições necessárias e era incompatível com o exercício ético-profissional da medicina. [...] A violência, no entanto, não era o único obstáculo para a recuperação dos pacientes da Casa de Repouso Guararapes, mas também as precárias condições de manutenção, conservação e higiene, bem como da assistência médica, igualmente constituíam uma afronta à dignidade das pessoas ali internadas. (CIDH, 2006)

Do excerto acima, verifica-se que o local onde Sr. Ximenes Lopes foi hospitalizado, reproduzia as violações aos Direitos Humanos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. A forma de tratamento dispensada à saúde mental na Casa de Repouso Guararapes corresponde à maneira de diversos outros manicômios: violência, agressões, maus-tratos, condições de confinamento desumanas e degradantes, contenção,

falta de medicação e assistência médica adequada, falta de higiene, conservação e manutenção. E, justamente por este ser um cenário comum nos hospitais psiquiátricos no território nacional, é que a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica se mostraram imprescindíveis.

Neste sentido, importante salientar que o Estado brasileiro reconheceu sua responsabilidade internacional pela violação dos artigos 4 e 5 (Direito à vida e Direito à Integridade Pessoal) da Convenção Americana, endossando a precariedade do sistema de assistência à saúde mental a que Ximenes Lopes foi submetido e admitindo os maus-tratos de que foi vítima antes de sua morte, em demonstração de seu compromisso com a proteção dos direitos humanos. Neste sentido, efetuou reparações simbólicas, ao dar ao Centro de Atenção Psicossocial de Sobral (CAPS), o nome de "Centro de Atenção Psicossocial Damião Ximenes Lopes" e ao realizar a Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental na Sala denominada "Damião Ximenes Lopes".

Para a Corte Interamericana de Direitos Humanos (2006), as reparações simbólicas contribuem "para conscientizar quanto à não-repetição de fatos lesivos como os ocorridos neste caso e manter viva a memória da vítima".

Em decorrência do caso, foi reconhecido pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (2006) que o Estado brasileiro adotou medidas no Município de Sobral, entre as quais estão uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Dr. Estevão da Ponte do Município de Sobral; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) especializado no tratamento de pessoas portadoras de psicose e neurose; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) especializado no tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras substâncias psicotrópicas; o Serviço Residencial Terapêutico; e uma unidade ambulatorial de psiquiatria regionalizada no Centro de Especialidades Médicas e equipes do Programa Saúde na Família.

Em âmbito nacional, desde o Manifesto de Bauru até o julgamento do caso Ximenes Lopes pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, o Estado brasileiro aprovou em 2001, da Lei nº 10.216 conhecida como "Lei de Reforma Psiquiátrica"; realizou um seminário sobre "Direito à Saúde Mental – Regulamentação e Aplicação da Lei nº 10.216"; e implementou programas relacionados com os serviços de saúde a realização da Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro de 2001; a criação a partir de 2002 do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos; a implementação em 2004 do Programa de Reestruturação Hospitalar do Sistema Único de Saúde; a implementação do "Programa de Volta para Casa"; e a consolidação em 2004 do Fórum de Coordenadores de Saúde Mental (CIDH, 2006).

Contudo, mesmo reconhecendo os avanços relacionados às políticas públicas de saúde mental, na decisão do caso pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, o Brasil ficou obrigado a garantir um prazo razoável, investigar e punir os responsáveis pelos danos ocasionados; publicar a sentença prolatada em meios de comunicação de grande circulação; continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental; pagar indenização por dano material e imaterial aos familiares da vítima; pagar em dinheiro, no prazo de um ano, custas e gastos gerados no âmbito interno e no processo internacional perante o Sistema Interamericano (BAEZ; BRISKE, 2011).

O caso Ximenes Lopes *versus* Brasil evidenciou a vulnerabilidade das pessoas em sofrimento psíquico perante o Estado e as violações de direitos, bem como a necessidade de criar e manter mecanismos de proteção, revelando-se um importante marco para que os Direitos Humanos das pessoas em sofrimento psíquico fossem colocados em pauta para o debate, tanto no âmbito interno quanto no internacional.

2.1 Saúde Mental e Direitos Humanos

Como visto, o caso Ximenes e Lopes *versus* Brasil contribuiu para a discussão acerca dos Diretos Humanos das pessoas em sofrimento psíquico e da eficácia das políticas públicas destinadas a esta população.

Em meados dos séculos XX e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), os direitos humanos foram reconhecidos em diferentes instrumentos internacionais e caracterizados por sua indivisibilidade e interdependência. Nesta perspectiva, a saúde foi reconhecida com um direito social e fundamental das pessoas, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica, e conceituada como completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou outros agravos (BRITO; LEITE; VENTURA, 2012).

> Importante ressaltar que a deficiência não pode vir antes da pessoa. Explicamos: Não se deve enxergar a deficiência que alguém tem para defini-lo. A limitação corpórea, sensorial ou intelectual deve ser vista como uma das características do indivíduo, mas não algo tão grande ou tão importante a ponto de não se conseguir ver além dela. Uma vez mais destacamos: a deficiência é uma característica (dentre tantas outras) da diversidade humana e assim deve ser considerada. Enxergar e valorizar as diferenças entre os seres humanos, na perspectiva de que do direito à igualdade surge o direito à diferença, significa reconhecer a humanidade tal como ela é: diversa e digna. (SEGALLA; BOTELHO, 2015)

De acordo com os objetivos da Carta das Nações Unidas (ONU) e acordos internacionais, uma base fundamental para a legislação de saúde mental são os direitos humanos. No âmbito internacional, o Brasil foi signatário da Declaração Universal de Direitos Humanos, do Protocolo de São Salvador e do Pacto de San José da Costa Rica, que reconhecem os direitos sociais como direitos humanos fundamentais.

Nesse contexto, as normas internacionais de proteção aos direitos das pessoas com deficiência devem ser observadas internamente pelos Estados na atividade legislativa, nos julgamentos realizados pelo Poder Judiciário, bem como na formulação e implementação de políticas em todos os níveis de governo (GARNICA SIMINI, 2022).

A Convenção Interamericana sobre as Pessoas Portadoras de Deficiência, de 1999 e ratificada pelo Brasil em 2001, é o primeiro instrumento internacional de direitos humanos especificamente dedicado a pessoas portadoras de deficiência representando o compromisso dos Estados Americanos para assegurar que as pessoas portadoras de deficiência gozem dos mesmos direitos que os demais cidadãos.

Para os efeitos desta Convenção, o termo deficiência significa “uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social” (OAS, 1999).

> Interessante observar que, desde seu Preâmbulo, pode-se perceber a influência do modelo social da deficiência, pois reconhece “que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras atitudinais e ambientais que impedem sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas” (destacou-se). O referido Preâmbulo ainda reconhece “a importância de dar principalidade às questões relativas à deficiência como parte integrante das relevantes estratégias de desenvolvimento sustentável”, demonstrando o avanço no pensamento sobre a deficiência, que é um problema a ser enfrentado por TODOS. (SEGALLA; BOTELHO, 2015)

Igualmente importantes para proteção dos Diretos humanos das pessoas com deficiência foram fixadas normas pertinentes ao tratamento de saúde mental no âmbito da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, os Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental, as Normas Uniformes sobre Igualdade de Oportunidades para as Pessoas Portadoras de Deficiência, da Organização das Nações Unidas, bem como as normas técnicas dispostas na Declaração de Caracas e na Declaração de Madri.

> A Declaração de Caracas (1990) adotada como uma resolução por legisladores, profissionais de saúde mental, líderes dos direitos humanos e ativistas dos movimentos de deficientes convocados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS), traz implicações importantes para a estrutura dos

> serviços de saúde mental. Ela afirma que o recurso exclusivo a tratamento por internação em um hospital psiquiátrico isola os pacientes de seu ambiente natural, com isso gerando maior deficiência. A Declaração estabelece um elo crítico entre os serviços de saúde mental e os direitos humanos ao concluir que os serviços ultrapassados de saúde mental colocam em risco os direitos humanos dos pacientes. Afirma ainda que a legislação de saúde mental deve salvaguardar os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e que os serviços devem ser organizados de modo a garantir a aplicação desses direitos. (OMS, 2005)

Tendo como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Brasil, implementou-se um processo de discussão e propostas, disparado a partir de diretrizes importantes, entre elas, o conceito de Deficiência presente na Convenção de 2008, que compreende o fenômeno como uma construção social: o chamado "Modelo Social da Deficiência" e não como um atributo médico-biológico. Assim, um avanço na legislação infraconstitucional brasileira foi a promulgação da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) que adota o conceito de deficiência[13] da Convenção, visando a inclusão social e cidadania e a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

> Pode-se perceber, também, que a Convenção registra preocupação com o fato de que, apesar dos diversos instrumentos e compromissos, as pessoas com deficiência continuam a enfrentar as barreiras contra sua participação como membros iguais da sociedade e com o fato de que ainda acontecem as violações de seus direitos humanos em todas as partes do mundo. Preocupa-se, em outras alíneas, com a dupla vulnerabilidade que algumas pessoas sofrem em razão do preconceito e discriminação enfrentados por causa deficiência, aliados ao preconceito por alguma outra condição como raça, religião, cor etc. Demonstra, ainda, atenção específica para com as mulheres e crianças portadoras de deficiência, as quais apresentam dupla vulnerabilidade. Assim, vale frisar que a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência é um marco na inclusão social das pessoas com deficiência, já que é um documento que trata da proteção integral a essas pessoas e a seus direitos. (SEGALLA; BOTELHO, 2015)

Neste sentido, também a jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos, tem contribuído para o desenvolvimento da proteção dos direitos das pessoas com deficiência ao apreciar o caso Damião Ximenes Lopes *versus* Brasil, caso Furlan *versus* Argentina e nos casos Artavia Murillo e outros *versus* Costa Rica e Chinchilla Sandoval *versus* Guatemala, onde tratou-se dos direitos das pessoas com deficiência – reiterando os argumentos apresentados nos casos Damião Ximenes Lopes *versus* Brasil e Furlan *versus* Argentina (GARNICA SIMINI, 2022).

---

[13] Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A legislação pode estabelecer um sistema de direitos aplicáveis que proteja as pessoas com transtornos mentais de discriminação e outras violações de direitos humanos por entidades governamentais e privadas e que garanta tratamento justo e igual em todas as áreas da vida. A política de saúde mental depende do marco legal para alcançar seus objetivos e proteger os direitos e melhorar as vidas de pessoas afetadas por transtornos mentais. A legislação sobre saúde mental deve codificar e consolidar os princípios fundamentais, valores, metas e objetivos da política de saúde mental. Esse tipo de legislação é indispensável para garantir que a dignidade dos pacientes seja preservada e que seus direitos humanos fundamentais sejam protegidos (OMS, 2001; 2005).

Enfatiza-se, no entanto, que tão somente as mudanças legais são insuficientes para garantia de direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais, eis que dependem da construção de políticas efetivas para a saúde mental que podem ocorrer, dentre outras, por meio de programas de educação em direitos humanos, direcionados à sociedade em geral, aos profissionais de saúde, portadores de transtornos mentais e seus familiares (BRITO; LEITE; VENTURA, 2012).

A Constituição brasileira (BRASIL, 1988), considera de relevância pública as ações e serviços de saúde, previstas como um direito social, sendo competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. Dispõe também que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Importante salientar ainda que:

> em função do § 3º do artigo 5º da Constituição Federal, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949, de 2009, por ter sido aprovado pelo Congresso Nacional com observância do rito próprio para aprovação das emendas constitucionais, conforme dá conta o Decreto Legislativo nº 186, de 2008, passou a integrar o ordenamento jurídico brasileiro com status de norma constitucional. (BOTELHO, 2010)

Cabendo, assim, ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado, sendo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde (BRASIL, 1988).

Desse modo, ao considerar que a saúde é um bem público cuja proteção cabe ao Estado, é seu dever regulamentar e fiscalizar a assistência à saúde, compreendendo-se que a saúde está intrinsicamente relacionada ao direito à vida. A Lei nº 8.080, de 19 de

setembro de 1990, regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, estabelece que o Sistema Único de Saúde corresponde ao "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (BRASIL, 1990), corroborando o caráter complementar da iniciativa privada disposto na Constituição Federal.

Conforme apontado por Sergio Garcia Ramírez, em seu voto na Corte Interamericana de Direitos Humanos, no caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, com relação a iniciativa privada no âmbito da prestação de serviços de saúde no Brasil:

> É preciso destacar, no entanto, como o fez a Sentença, que quando o Estado resolve trasladar a outras mãos a prestação de um serviço que naturalmente lhe cabe – porque faz parte do acervo de direitos sociais aos quais correspondem deveres estatais -, não fica desvinculado em absoluto – ou seja, "excluído de sua responsabilidade estrita" – da atenção que se oferece à pessoa cujo cuidado confia a um terceiro. O encargo é público e a relação entre o Estado que delega e o tratante delegado existe no âmbito da ordem pública. O tratante privado só é o braço do Estado para levar adiante uma ação que cabe a este e pela qual o próprio Estado mantém responsabilidade integral; ou seja, "responde por ela", sem prejuízo de que a entidade ou o sujeito delegados também respondam perante o Estado. (CIDH, 2006)

A prestação de serviços públicos implica a proteção de bens públicos, que é uma das finalidades do Estado, mantendo a titularidade da obrigação de prestar os serviços públicos e de proteger o bem público respectivo. A delegação à iniciativa privada de prestar esses serviços exige como elemento fundamental a responsabilidade dos Estados de fiscalizar sua execução, a fim de garantir uma efetiva proteção dos direitos humanos das pessoas sob sua jurisdição e para que os serviços públicos sejam prestados à coletividade sem qualquer tipo de discriminação e da forma mais efetiva possível.

Com relação às pessoas portadoras de deficiência, no caso explanado anteriormente, a Comissão de Direitos Humanos (2006) destacou a vulnerabilidade em que se encontram as pessoas portadoras de deficiência mental, acrescentando a especial obrigação do estado de oferecer proteção às pessoas que se encontram sob o cuidado de instituições que integram o Sistema Único de Saúde. Ressaltando que:

> A vulnerabilidade intrínseca das pessoas portadoras de deficiência mental é agravada pelo alto grau de intimidade que caracteriza o tratamento das doenças psiquiátricas, que torna essas pessoas mais suscetíveis a tratamentos abusivos quando submetidas a internação. Nos ambientes institucionais, em hospitais públicos ou privados, o pessoal médico encarregado do cuidado dos pacientes exerce forte controle ou domínio sobre as pessoas que se encontram sujeitas a sua custódia. Este desequilíbrio intrínseco de poder entre uma pessoa internada e as pessoas que detêm a autoridade se multiplica muitas vezes nas instituições psiquiátricas. A tortura e outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, quando infligidas a essas pessoas, afetam sua integridade psíquica,

> física e moral, supõem uma afronta a sua dignidade e restringem gravemente sua autonomia, o que poderia ter como consequência o agravamento da doença. (CIDH, 2006).

É importante evidenciar que as pessoas com deficiência não se trata de minorias, mas configuram um grupo de vulnerabilidade perante o Estado, pois:

> Vê-se que as pessoas com deficiência não podem ser consideradas minorias, mas sim grupos vulneráveis, já que não há um elemento étnico, religioso ou cultural que os agrupa em um determinado grupo social, mas sim, a ideia de deficiência, caracterizada na situação que resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente, capazes de impedir a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com os demais indivíduos. (BOTELHO, 2010)

Sendo que alguns grupos da população são mais vulneráveis que outros, no entanto:

> grupos vulneráveis compartilham desafios comuns relacionados à sua posição social e econômica, apoio social e condições de vida, incluindo: enfrentamento de estigma e discriminação; vivência de situações de violência e abuso; restrição ao exercício de direitos civis e políticos; exclusão de participação na sociedade; acesso reduzido aos serviços de saúde e educação; e exclusão de oportunidades de geração de rendas e trabalho. Estes fatores interagem entre si, levando à diminuição de recursos e ao aumento da marginalização e vulnerabilidade das pessoas afetadas. Na saúde mental, é importante reconhecer a vulnerabilidade individual, social e programática relacionada às pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas, que enfrentam restrições ao exercício de seus direitos civis e políticos, e de sua possibilidade de participar na esfera pública. Deparam-se, também, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, e enfrentam barreiras até desproporcionais de acesso à educação e oportunidades de trabalho. Somando-se a estes fatores, pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas morrem prematuramente, se comparadas com a população em geral. (VENTURA, 2017)

Como pontuado por Garnica Simini (2022), para a Corte Interamericana de Direitos Humanos, há nítida relação entre deficiência, pobreza e exclusão social, devendo os Estados adotar medidas de caráter legislativo, social, educativo, trabalhista ou de qualquer natureza, como forma de eliminar a discriminação[14] contra as pessoas com

---

[14] Para a ONU (1991), “Discriminação” significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas de saúde mental não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa acometida de transtorno mental ou de outros indivíduos.
Para a OEA (1999) O termo "discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência" significa toda diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, antecedente de deficiência, consequência de deficiência anterior ou percepção de deficiência presente ou passada, que tenha o efeito ou propósito de impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício por parte das pessoas portadoras de deficiência de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais. Não constitui discriminação a diferenciação ou preferência adotada pelo Estado Parte para promover a integração social ou o desenvolvimento pessoal dos portadores de deficiência, desde que a diferenciação ou preferência não limite em si mesma o direito à igualdade dessas pessoas e que elas não sejam obrigadas a aceitar tal diferenciação ou preferência. Nos

deficiência. Ressaltando o fato de que as pessoas com deficiência mental internadas em hospitais psiquiátricos serem particularmente vulneráveis a tortura e outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante.

Para a Corte Interamericana de Direitos Humanos (2006) toda pessoa que se encontre em situação de vulnerabilidade é titular de uma proteção especial, em virtude dos deveres especiais cujo cumprimento por parte do Estado é necessário para atender às obrigações gerais de respeito e garantia dos direitos humanos, sendo imperativa a adoção de medidas positivas, determináveis em função das necessidades particulares de proteção do sujeito de direito, seja por sua condição pessoal, seja pela situação específica em que se encontre, como a deficiência, estendendo às pessoas que padecem de deficiência metal o tratamento preferencial e apropriado à sua condição.

> Os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. Os indivíduos não só apresentam sintomas inqueietadores de seu distúrbio como sofrem também por estarem incapacitados de participar em atividades de trabalho e lazer, muitas vezes em virtude de discriminação. Eles se preocupam pelo fato de não poderem arcar com suas responsabilidades para com a família e os amigos, e temem ser um fardo para os outros. (OMS, 2001)

Nesse sentido, o referencial dos direitos humanos determina a proteção e promoção dos direitos humanos e resulta na obrigação dos países em assegurarem internamente os direitos das pessoas com transtornos mentais. Ações e práticas embasadas nos princípios estabelecidos pelos tratados e outros instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, se integrados às políticas, planos e estratégias intersetoriais nacionais, podem melhorar substancialmente as condições de vida deste grupo vulnerável da população, estimulando sua conscientização e autonomia e possibilitando a construção compartilhada de experiências positivas de vida (VENTURA, 2017).

Assim, o atendimento de saúde mental deve estar disponível para toda pessoa que dele necessite, tendo por objetivo preservar sua dignidade e sua autonomia, reduzir o impacto da doença e melhorar sua qualidade de vida. Cabendo ao Estado o dever de

---

casos em que a legislação interna preveja a declaração de interdição, quando for necessária e apropriada para o seu bem-estar, esta não constituirá discriminação.

Na Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (ONU, 2009) “Discriminação por motivo de deficiência” significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável;

assegurar atendimento médico eficaz, à promoção da saúde mental, a disponibilização de serviços menos restritivos bem como, ações destinadas à prevenção.

> Importantes alterações ocorreram nos últimos tempos com relação ao tema envolvendo das pessoas com deficiência. A principal é a mudança no enfoque que antes era posto na deficiência e que, atualmente, aponta para a pessoa. Em outras palavras, a importância passa a ser a pessoa, a qual deve ser valorizada em razão de sua condição como tal, tornando a abordagem do tema adequado à promoção da dignidade da pessoa humana. Outra conclusão importante reside no entendimento esposado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de que a deficiência é um conceito em evolução, razão por que, essa dinâmica da definição impõe a consideração de que novos tipos de deficiência podem surgir com o passar do tempo, exigindo atuação do Poder Público e sociedade com vistas a inclusão e valorização das pessoas que vierem a sofrer de novas deficiências. (BOTELHO, 2010)

A preservação da dignidade humana deve estar presente em todas as ações propostas pelo Estado, precipuamente onde se desenvolve o tratamento. Neste sentido, os Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental, da Organização das Nações Unidas, elenca as liberdades fundamentais e direitos básicos, consignando, dentre outros que:

> 1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social.
> 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana.
> 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a proteção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes. (ONU, 1991)

Os instrumentos sobre Direitos Humanos exigem também que todo planejamento ou elaboração de políticas ou programas de saúde mental envolva grupos vulneráveis (como as populações indígenas e tribais, as minorias nacionais, étnicas, religiosas e linguísticas, os trabalhadores migrantes, os refugiados e os apátridas, as crianças e adolescentes, e os idosos). Assim, as políticas e programas de saúde mental devem promover a igualdade e não discriminação; o direito à privacidade; autonomia individual; integridade física; direito à informação e participação; e liberdade de religião, reunião e movimento (OMS, 2001).

> No ordenamento jurídico pátrio, em função do disposto no artigo 1º, inciso III da Carta da República, o que se tem é que a dignidade da pessoa humana surge como o fundamento de todo o sistema de direitos fundamentais. Assim, partindo-se da norma plasmada no inciso III do artigo 1º da Constituição Federal é possível vislumbrar a irradiação do princípio da dignidade da pessoa humana em diversas outras partes do texto constitucional. (BOTELHO, 2010)

No Brasil, o direito à saúde, encontra-se disciplinado tanto na Constituição Federal quanto na legislação infraconstitucional, de modo que se pode qualificá-lo tanto

como um direito fundamental originário quanto como um direito fundamental derivado. De modo originário, obtém-se o dever estatal de atuar de modo a criar, na maior medida possível, os serviços de saúde voltados à sua promoção, proteção e recuperação. A Constituição disciplina e organiza a atividade estatal com relação à saúde, pautada nos princípios da universalidade e igualdade de acesso, integralidade de atendimento, descentralização administrativa, complementaridade da prestação privada e participação da comunidade (MÂNICA, 2011).

> Incumbe (obrigatória e preponderantemente) ao Estado a promoção de políticas públicas para a saúde psicológica e a assistência aos portadores de transtornos psicológicos, com o auxílio da sociedade (art. 3º da Lei nº 10.216/2001). O viés solidário da disposição reforça o caráter social do cuidado a essas pessoas vulneráveis, pela ligação estreita com a dignidade humana e da proeminência da saúde como um direito basilar para se estruturar uma cidadania plena. A todos, então, é possibilitada (ao Estado, contudo, é dever) a intervenção em prol da melhoria da saúde psicológica da população. (BRAUNER; CABRAL JÚNIOR, 2017)

Neste sentido, a reforma psiquiátrica brasileira perquiriu através de ações concretas o reconhecimento da dignidade humana das pessoas em sofrimento psíquico, definindo um rol de direitos dentre os quais estão o acesso ao melhor tratamento de saúde, pautado no respeito e motivado na efetiva participação social, repelindo o encarceramento em prisões ou hospitais psiquiátricos.

No Estado de garantia de direitos, cujos objetivos são viabilizar reflexões e debates que culminam com a construção de referencial técnico e ético para fundamentar o trabalho com as pessoas em sofrimento psíquico, usuárias de seus serviços, é resultado de um importante debate sobre a saúde mental dentro da perspectiva de Direitos Humanos.

3 REDIRECIONAMENTO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL E NA POLÍTICA NACIONAL DE DROGAS NO TRIÊNIO 2019-2021 (COM PONDERAÇÕES DESDE 2017)

As Políticas Públicas em saúde mental e aquelas voltada para pessoas envolvidas com o uso de álcool e outras substâncias psicoativas percorreram um longo processo de luta com o envolvimento de diversos atores para que pudessem ser alocadas na agenda governamental.

A visibilidade da situação ganha espaço para discussão de estratégias pensando no bem-estar das pessoas, com vistas à dignidade e cidadania, a partir do momento em que os atores (especialmente os usuários, familiares e profissionais da área) demonstram que o sofrimento psíquico é inerente a natureza humana e que, portanto, não pode ser afastado da sociedade, eis que, faz parte dela. Neste sentido, destaca-se o Caso Ximenes e Lopes *versus* Brasil, trabalhado anteriormente.

O desenvolvimento das políticas de saúde, especialmente a partir da criação dos sistemas nacionais de saúde, favoreceu o surgimento de condições para a assistência em saúde de caráter universal, equânime e integral. A saúde mental testemunhou a luta por uma assistência que reabilitasse a dignidade do cidadão portador de sofrimento psíquico (ALMEIDA; ÁVILA, 2013).

Conforme visto anteriormente, no plano nacional, a base legal principal é a Lei nº 10.216/2001, também denominada como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre os direitos da pessoa com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, até então voltado para segregação e isolamento.

> A integração da atenção em saúde mental nos serviço gerais de saúde, especialmente no nível da atenção primária de saúde, oferece muitas vantagens, a saber: menos estigmatização dos pacientes e do pessoal, pelo fato de estarem os transtornos mentais e comportamentais observados e controlados juntamente com problemas de saúde física; melhor triagem e tratamento, e especialmente melhores taxas de detecção de pacientes com queixas somáticas mal definidas aparentadas com distúrbios mentais e de comportamento; potencial de tratamento melhor dos problemas físicos dos que sofrem doenças mentais e vice-versa; e melhor tratamento dos aspectos mentais associados com problemas “físicos”. Para o administrador, as vantagens compreendem uma infraestrutura compartilhada que resulta em economias de custo-eficiência, potencial para proporcionar cobertura universal na atenção em saúde mental e uso de recursos comunitários que podem compensar parcialmente a limitada disponibilidade de pessoal de saúde mental. (OMS, 2001)

Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais

Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política.

Destaca-se, também, a Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), constituída pela Lei nº 8.080/90, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trabalha para acompanhar a política de saúde mental em âmbito nacional e fornecer subsídios efetivos ao Conselho na temática de saúde mental.

Com relação ao uso e abuso de substâncias psicoativas, a Lei nº 11.343/2006[15], que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), postulando a redução de danos e as ações de prevenção como base da atenção aos consumidores de substâncias psicoativas, tendo a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas (BRASIL, 2006).

A política de redução de danos é uma estratégia de saúde pública que objetiva minimizar efeitos nocivos trazidos pelo consumo de álcool e outras drogas. A redução considera a saúde como um direito fundamental, parte integrante das políticas de promoção e prevenção voltadas para o indivíduo e sua família. O respeito e a valorização dos direitos humanos, direitos de sujeitos políticos que interagem na comunidade, ganham maior visibilidade e fortalecem a cidadania (ALMEIDA; ÁVILA, 2013).

Com o incremento das diretrizes dos direitos humanos, da participação e do controle social nas políticas públicas, dinamizado pelo Movimento da Reforma Sanitária e instituído na Constituição Federal de 1988, no Brasil, se conquista o direito a um serviço usuário-centrado, ou seja, baseado nas necessidades de seus usuários. Outras vozes entram em cena, as dos estudiosos do tema e de quem vive uma determinada situação e consegue se fortalecer e explicitar suas necessidades, como os familiares e usuários (GUIMARÃES; ROSA, 2019), que implicaram significativas mudanças no reconhecimento e na cidadania das pessoas acometidas por sofrimento psíquico.

Ou seja, não é possível pensar o cuidado ao sofrimento psíquico considerando-o apenas como um diagnóstico resultante das disfunções de interações neurobioquímicas, nem tampouco com práticas que restrinjam ou limitem o exercício do ir e vir, que incidam sobre o já precário poder de contratualidade que o sujeito tem sobre si e sobre as coisas do mundo. Muito menos com práticas que o submetam a um regime de controle e de vigilância sobre todas as suas ações cotidianas. O resultado histórico deste modo de

[15] Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

pensar a dor psíquica é bem conhecido: segregação, violência institucional, isolamento, degradação humana (YASUI, 2015).

Contudo, as conquistas alcançadas pela Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica brasileira, apontadas anteriormente, vêm sendo ameaçadas, como será tratado a seguir.

3.1 Rupturas com o modelo de desinstitucionalização

As leis e a política pública/social expressam um determinado momento da história, que condensa processos de mudança e permanência, a conformação de prioridades na agenda pública, os atores em cena e o jogo de interesses, envolvendo o Estado, o fundo público, os sentidos de proteção social, cidadania, participação e democracia (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Com o advento da Lei nº 10.216, de abril de 2001, a noção de reinserção do portador de sofrimento mental em seu território tornou-se norteadora das práticas no campo da saúde mental (BRASIL, 2004). Tal proposta exige um modo diferente do tecido social no lidar com a loucura já que, trabalhando nossas próprias dificuldades em lidar com o diferente, com o dito excêntrico.

Contudo, o campo da atenção psicossocial no Brasil vive atualmente uma crise sem precedentes na história da reforma psiquiátrica pois, desde o ano de 2017, vários atores sociais, relacionados à saúde mental, vêm denunciando o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira.

O marco inicial da ‘nova’ política foi a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14 de dezembro de 2017, que estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS, reformulando o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS. O texto afirma que leva em conta a lei federal 10.216/2001 (Brasil, 2011); no entanto, traz pela primeira vez, desde que a Reforma Psiquiátrica passou a pautar as políticas de saúde mental, o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento deste (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

O hospital psiquiátrico e as prisões são a marca mais evidente da segregação das pessoas acometidas por sofrimento psíquico e daquelas que fazem uso abusivo ou nocivo de álcool e outras substâncias psicoativas. Dentro destes locais, a falta de autonomia, a

ausência de cidadania e as violações de direitos são frequentes e vastamente denunciadas ao longo da história.

Essa tendência, consolidada com a implantação da Portaria 3.588/GM/MS aprovada pela CIT de 21 de dezembro de 2017, no Governo Temer, gerou significativas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, na contramão dos avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil que preconiza a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial e o mais grave, sem a tradição prevista na cultura da participação de pesquisadores e representantes dos movimentos sociais (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

É evidente que a ausência dos atores sociais envolvidos e para quem a Política está direcionada, afeta de modo substancial a forma como a Política Pública é pensada. Parece óbvio que a não participação de usuários, familiares e pesquisadores da área impõe um modo de se pensar a Política Pública a partir do saber tecnocrático, visando favorecer o saber médico em detrimento de outras práticas e saberes. E, ao contrário do que vinha se consolidando, rompe com o necessário olhar dos usuários do serviço público, para quem a Política é desenhada.

Diante desse cenário, os segmentos contrários também manifestaram os seus argumentos, centrados no caráter antidemocrático com que a proposta estava sendo implementada, já que não foram criados cronogramas de discussões amplas com a sociedade (FARIAS, 2019).

Nas diferentes práticas e mecanismos de rejeição e controle que vêm sendo implementados, através do saber médico, a loucura se transforma em doença, alienação, inadequação, irracionalidade e perversão. A loucura traz uma série de práticas, conceitos e saberes, baseados em bons costumes, ordem e moralidade determinada pelo trabalho produtivo, causando uma ruptura violenta aos laços de pertencimento e construção humana (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Entendem Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), que o governo impôs um "novo" Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) sem qualquer legitimidade social e política ou qualquer amparo legal, avaliando as mudanças no (PNSM) através do conteúdo e implementação do mesmo. Em termos de conteúdo, representa o oposto do arcabouço ético e técnico da reforma psiquiátrica brasileira, que tem uma história de 35 anos a partir do Movimento de Bauru. A questão da forma de implementação não teve debate com profissionais e pesquisadores da área da atenção psicossocial, ignorando instâncias legais como Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as quatro conferências nacionais de saúde mental e a legislação nacional e internacional sobre Saúde Mental.

A “nova” política reapresenta métodos e práticas já superados. Guimarães e Rosa (2019) afirmam que a atual gestão de saúde mental do Ministério da Saúde golpeia vertiginosamente os avanços de três décadas da Reforma Psiquiátrica brasileira. Este direcionamento é, na prática, “um esforço de esconder seu componente manicomial [...] como forma de maquiar o ‘velho modelo’ que é o mesmo existente antes da reforma psiquiátrica em curso”, sinalizado no Manifesto Público do Coletivo Baiano da Luta Antimanicomial.

Como denunciado por vários atores envolvidos nas Políticas Públicas de Saúde Mental, o redirecionamento da Política nasce eivado por preceitos que visam a exclusão social e segregação das pessoas em sofrimento psíquico. Em detrimento das conquistas em prol da liberdade e cidadania.

Em 04 de fevereiro de 2019, foi publicada a Nota Técnica de n.º 11/2019, que esclareceu sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas entre 2017 e 2018, que explicita o retrocesso da Reforma Psiquiátrica e, consequentemente, o reordenamento da atenção das pessoas que necessitam de assistência em saúde mental, com supressão do controle/participação social (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

As muitas alterações propostas a partir do final de 2017, contraditórias ao processo até então em curso no Brasil, foram, portanto, consolidadas na Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, resultando em um movimento de importante apreensão e repúdio por parte dos diferentes atores envolvidos (usuários, familiares e profissionais), ressaltando que tais mudanças estavam sendo pautadas por interesses econômicos de alguns segmentos de prestação de serviços em saúde mental.

Dentre as principais preocupações, são apontadas a integração dos Hospitais Psiquiátricos à RAPS, a destinação de recursos para eletroconvulsoterapia[16], a autorização para internação psiquiátrica de criança e adolescentes, que, ao nosso ver, reavivam situações já superadas pela ciência e prática em saúde mental. Tais aspectos, disfarçados pela nomenclatura “Nova Saúde Mental”, remontam situações do Estado de Exceção e emergem na contramão das conquistas sociais democráticas alcançadas e substanciam a violação dos Direitos Humanos.

Essas e outras mudanças propostas - por exemplo, as referentes à criação de serviços de internação para crianças e adolescentes e às estratégias na área de álcool e

[16] Embora uma controvérsia significativa cerque a eletroconvulsoterapia (ECT) e algumas pessoas acreditem que a mesma deva ser abolida, ela foi e continua a ser usada em muitos países para certos transtornos mentais. Não há nenhuma indicação para o uso de ECT em crianças e adolescentes e, consequentemente, ela deve ser proibida por legislação (OMS, 2005).

outras drogas - revelam, no fundo, uma ênfase nas abordagens institucionais e uma subalternização sistemática das abordagens integradas com base na comunidade. Esses pontos são totalmente discordantes do propósito, repetidamente manifesto na Nota Técnica, de passar a basear em evidências científicas todas as ações de prevenção, promoção à saúde e tratamento (ALMEIDA, 2019).

Consigne-se que já em 2001, a Organização Mundial da Saúde trazia como recomendação de caráter geral "proporcionar a atenção na comunidade":

> A atenção baseada na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade da vida das pessoas com transtornos mentais crônicos do que o tratamento institucional. A transferência de pacientes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também efetiva em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento. Os grandes hospitais psiquiátricos de tipo carcerário devem ser substituídos por serviços de atenção na comunidade, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e atenção domiciliar que atenda a todas as necessidades dos doentes que eram de responsabilidade daqueles hospitais. (OMS, 2001)

O texto afirma que leva em conta a Lei Federal nº 10.216/2001 (Brasil, 2011); no entanto, traz pela primeira vez, desde que a Reforma Psiquiátrica passou a pautar as políticas de saúde mental, o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento deste (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). O SUS e a Reforma Psiquiátrica passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. E que a partir de 2017 praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE; NUNES, 2018).

Revela-se importante a reflexão de que o manicômio é a tradução mais completa de exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007). E que a retomada da eletroconvulsoterapia ignora os registros históricos de que tal prática fora empregada corriqueiramente enquanto instrumento de tortura e punição nas instituições manicomiais anteriormente à Reforma Psiquiátrica (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

A Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS gerou grande repercussão, sendo retirada dos veículos oficiais de comunicação do Governo Federal, após posicionamentos e notas de repúdio de entidades da área, devido a intenção de

modificar a assistência em saúde mental, com ideais da lógica manicomial. Ela fora revogada pela Nota Técnica nº 38, de 18 de dezembro de 2019.

Porém, em sequência, em 11 de abril, o Governo Federal publica o Decreto[17] nº 9.761 aprovando a nova Política Nacional de Drogas e revogando o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Salienta-se que, dentre seus pressupostos, mantém-se a estratégia de tratamento baseada na abstinência dos usuários – e não mais a Redução de danos – como foco. Além disso, destaca o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas as quais deverão receber maior incentivo social e financeiro, do governo brasileiro.

Com relação as Comunidades Terapêuticas, diversas críticas são apontadas para o seu modo de funcionamento, em especial, que se afastam do modelo proposto em território e que o uso de substâncias faz parte de um complexo de situações biopsicossociais dos sujeitos.

---

[17] No anexo acerca da Política Nacional sobre Drogas (Decreto nº 9.761/2019) consta: 2.8. As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas.
3.5. Considerar nas políticas públicas em geral as causas e os fatores relacionados ao uso, ao uso indevido e à dependência do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas e garantir que as pessoas afetadas pelos problemas decorrentes de seu uso sejam tratadas de forma integrada e em rede, com o objetivo de que se mantenham abstinentes em relação ao uso de drogas.
3.18. Promover a estratégia de busca de abstinência de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas.
4.1.3. As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e de pluralidade cultural, orientadas para a promoção de valores voltados à saúde física, mental e social, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica, à formação e fortalecimento de vínculos familiares, sociais e interpessoais, à promoção de habilidades sociais e para a vida, da espiritualidade, à valorização das relações familiares e à promoção dos fatores de proteção ao uso do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas, considerados os diferentes modelos, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência.
4.1.4. As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, ao incentivo da educação para a vida saudável e à qualidade de vida, ao fortalecimento dos mecanismos de proteção do indivíduo, ao acesso aos bens culturais, à prática de esportes, ao lazer, ao desenvolvimento da espiritualidade, à promoção e manutenção da abstinência, ao acesso ao conhecimento sobre drogas com embasamento científico, considerada a participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação das ações.
4.2.2 [...] b) promover a abstinência;
5.1.2. As ações de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social serão vinculadas a pesquisas científicas, deverão avaliar, incentivar e multiplicar as políticas que tenham obtido resultados efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas na área, e promoverão o aperfeiçoamento do adequado cuidado das pessoas com uso abusivo e dependência de drogas lícitas e ilícitas, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência.
5.2.2.1. Nesse processo, será considerada a multifatorialidade das causas do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas e com vistas à promoção e à manutenção da abstinência.
5.2.5. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas, de adesão e permanência voluntárias pelo acolhido, de caráter residencial e transitório, inclusive entidades que as congreguem ou as representem.
5.2.6. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada.

> As comunidades terapêuticas, em sua estrutura e funcionamento, organizam-se e articulam-se como cadeia, igreja e hospital psiquiátrico. As comunidades terapêuticas não podem ser caracterizadas unicamente nem como cadeia, nem como igreja, nem como hospital psiquiátrico, mas, justamente, é na articulação do funcionamento destas três instituições que elas encontram sua especificidade - que mais se aproxima dessas três instituições do que dos serviços que preconizam os princípios do SUS. Na cadeia, temos, principalmente, o caráter fechado, a impossibilidade do indivíduo preso circular na cidade, além do sentido de que o encarceramento é uma medida necessária para aquele que comete um crime. No caso dos usuários de drogas, seu crime (que, nesse caso, é moral) foi justamente o uso de substâncias ilícitas, que, portanto, será combatido com o encarceramento em um local para o tratamento da drogadição, a fim de devolver para a sociedade, um indivíduo abstêmio que consiga se inserir à lógica da moral. O método utilizado para recuperar moralmente este indivíduo para torná-lo produtivo se dá, principalmente, pela questão religiosa. É neste ponto que vemos como a comunidade terapêutica toma as características de instituição religiosa. (FOSSI; GUARESCHI, 2019).

As Comunidades Terapêuticas, salvo exceções, apresentam a mesma e lógica dos hospitais psiquiátricos, segregando os usuários de substâncias psicoativas e álcool do seu território, de maus-tratos e violência e da abstinência como único método possível de "recuperação", acrescentadas do componente religioso.

> Nessas instituições também vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leprosários, vazios desde a Renascença mas repentinamente reativados no século XVII e que foram rearmados com obscuros poderes. O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. (FOUCAULT, 1978)

Sendo que há uma série de direitos humanos em que não é permissível nenhuma restrição sob nenhuma circunstância, tal como a liberdade da tortura e da escravidão e a liberdade de pensamento, consciência e religião (OMS, 2005).

Ainda, são apontadas diversas críticas em relação a composição da equipe técnica, que nem sempre conta com profissionais capacitados, tendo como método o acompanhamento de usuários recém-chegados por aqueles que estão a mais tempo na condição de tratamento.

> Ao perceberem usuários de drogas como pessoas doentes, imorais e delinquentes, as CTs consideram imperativo não só colocá-los em abstinência, mas educá-los, ou reeducá-los, para uma nova inserção na vida social. Sua pedagogia se faz – como se pode constatar a partir de nossas e de outras pesquisas – por esforços de convencimento dos sujeitos de que o uso drogas é reprovável, porque são substâncias nocivas à saúde, que distorcem o discernimento dos usuários e os transformam em desviantes morais e jurídicos. As formas de convencimento adotadas nas CTs, por sua vez, dão-se pelo proselitismo antidrogas, pela emulação de condutas valorizadas pela instituição e pela tentativa de introjeção, no sujeito, de novos atos e rotinas. (SANTOS, s.d)

E, desde então, sobrevém a revogação e substituição de diversas Portarias e cortes de investimentos, orçamento e repasses para a saúde mental e políticas voltadas para o enfrentamento do álcool e outras drogas.

Em dezembro de 2020, em plena Pandemia de COVID-19, durante uma apresentação para o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), o Ministério da Saúde, mostrou uma planilha com propostas de revogação de várias portarias, editadas entre 1991 a 2014, que estabelecem a política pública de saúde mental. Entre as mudanças sugeridas pelo governo federal, estavam o fim do Programa De Volta para Casa, das equipes de Consultório na Rua e o Serviço Residencial Terapêutico. Todos estão ligados ao programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS. Diante da repercussão negativa, em janeiro — durante o recesso do Congresso Nacional, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para repensar os serviços e revogar as portarias ligadas à política de saúde mental (FRANÇA, 2021).

Amplamente divulgado nos veículos de imprensa, o governo brasileiro planejou um “revogaço” de portarias em saúde mental, referente os anos de 1991 a 2014, ameaçando programas e serviços do SUS (AMADO, 2020). Organizações de diversos setores acionaram o Ministério Público Federal contra o “revogaço”, solicitando que um inquérito civil fosse aberto pela procuradoria para apurar à medida que levaria a um grande retrocesso e desmontes da área da saúde mental (NETTO, 2020).

As conquistas consignadas no plano legal e nas políticas públicas de saúde mental parecem pouco sólidas, pois são desafiadas por uma conjuntura política e econômica de desinvestimento no SUS, observado pela insuficiência numérica e infraestrutural da RAPS. Há dificuldades em fazer valer a lógica do cuidado territorial, intersetorial da redução de danos, e a reinserção social daqueles que foram desinstitucionalizados, apesar dos textos legais orientarem as políticas públicas para essas direções (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

A desvinculação da saúde mental e direitos humanos sinaliza, riscos permanentes para as conquistas realizadas no âmbito da Reforma Psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde e da vigência, no país, do maior período democrático da história republicana (ALMEIDA; ÁVILA, 2013).

O cenário atual é contraditório ao conjunto das estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil que foram apontadas por Amarante e Nunes (2018) como “um efetivo processo de participação e construção social sem similar em nenhum país do mundo”.

De forma especial, a institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico (seja em hospitais, comunidades terapêuticas ou sistema penitenciário) demonstra a intenção de segregação social, desrespeitando, além das normas internas acerca da matéria até então instituídas, tratados e convenções internacionais ratificados pelo Brasil, que são as normas mais abrangentes de direitos humanos com relação à assistência para o tratamento de doenças mentais.

3.2 Pontuações em relação à Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas

As práticas punitivistas e segregarias das pessoas que fazem uso de álcool, mas especialmente daquelas que usam outros tipos de substâncias psicoativas, vêm ganhando corpo em detrimento da compreensão que o uso de diversas substâncias remonta a história da própria humanidade.

Mostra-se importante a reflexão no que tangem os aspectos considerados para que o uso e consumo de determinadas substâncias seja legalizado[18] enquanto outras são ilegais. Essa distinção fomenta a chamada "luta contra as drogas" sem trazer a necessária discussão dos reais efeitos e consequências sociais e para a saúde individual decorrentes do uso de substâncias. Assim, sob o manto da "preocupação com a saúde" diversas tragédias sociais são assistidas cotidianamente.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o fumo e o álcool são as substâncias de maior uso no mundo, apresentando graves consequências para a saúde pública:

> Os transtornos mentais e comportamentais resultantes do uso de substância psicoativa incluem transtornos devidos ao uso de álcool, opiáceos como ópio ou heroína, canabinóides como maconha, sedativos e hipnóticos, cocaína, outros estimulantes, alucinógenos, fumo e solventes voláteis. As condições são intoxicação, uso nocivo, dependência e transtornos psicóticos. Faz-se o diagnóstico de uso nocivo quando houve dano da saúde física ou mental. A síndrome de dependência envolve o desejo pronunciado de tomar a substância, a dificuldade de controlar o uso, estados de supressão fisiológica, tolerância, descaso de outros prazeres e interesses e uso persistente não obstante os danos causados à própria pessoa e aos outros.
> Embora o uso de substâncias (juntamente com os transtornos associados com elas) varie de uma região para outra, o fumo e o álcool são as substâncias de maior uso no mundo em geral e as que têm as mais graves consequências para a saúde pública. Assim, o fumo e o álcool contribuem indiretamente para uma

[18] Em relação ao consumo do álcool, substância legalizada no Brasil, a OPAS (2020) traz a seguinte consideração: O consumo de álcool é um fator causal em mais de 200 doenças e lesões. Está associado ao risco de desenvolvimento de problemas de saúde, tais como distúrbios mentais e comportamentais, incluindo dependência ao álcool, doenças não transmissíveis graves, como cirrose hepática, alguns tipos de câncer e doenças cardiovasculares, bem como lesões resultantes de violência e acidentes de trânsito.

> grande proporção da carga de outras drogas e para as doenças delas consequentes. (OMS, 2001)

Nesse cenário, há uma tendência social de exclusão e de criminalização também das pessoas vulnerabilizadas pelo consumo de substâncias psicoativas (SPA) da condição cidadã que, equiparados aos traficantes, são considerados "viciados infratores", marcando o percurso desse personagem no imaginário social (GUIMARÃES; ROSA, 2019). A sociedade brasileira, por meio da mídia, constrói a ideia de que o usuário é alguém que não está do nosso lado, alguém que não conhecemos. E mais, que as únicas substâncias capazes de produzir o "caos social" são aquelas consideradas ilícitas.

Cria-se também a ideia de que dependentes são apenas os usuários de drogas como o crack ou a cocaína, desconsiderando outras dependências (BICALHO; CASTILHO, 2013). Naturalmente, o problema mais grave da maior parte dos usuários de crack no Brasil não é o crack em si mesmo. O problema mais grave está sim em suas precárias condições de vida, na privação de direitos básicos, na miséria (KARAM, 2013).

Conforme apontado pela Organização Mundial da Saúde (2001), os transtornos mentais estão enraizados no ambiente social do indivíduo. Diversos fatores sociais influenciam o início, a progressão e o resultado desses transtornos, sendo que algumas políticas econômicas podem afetar negativamente os pobres ou resultar num aumento das taxas de transtornos mentais e suicídios, enfatizando que as desigualdades devem ser reduzidas como parte das estratégias para elevar os níveis absolutos de renda.

Com base em uma política proibicionista, e que não trata a questão das drogas como saúde pública, ocorre um encarceramento e um genocídio de uma população negra e pobre ao mesmo tempo em que não há punição dos reais detentores e traficantes das drogas e armas que chegam às favelas. Tudo isso camufla os reais interesses de mercado em torno das drogas (FARIAS, 2019).

O contexto que precede a criação de uma política de saúde mental baseada em preceitos antimanicomiais é configurado por uma lógica proibicionista e moralista, em que nenhum consumo de drogas pode ser visto como possível. A abstinência, sendo assim, era tomada como a única medida cabível. Como meta, a redução da demanda possibilitou a entrada do poderio militar estadunidense em diversos territórios do globo terrestre, indicando que essa política de guerra às drogas serve aos interesses econômicos e mercadológicos de um país que é uma superpotência e que trabalha em prol de sua hegemonia mundial (FOSSI; GUARESCHI, 2019). A proibição às selecionadas drogas tornadas ilícitas tem sido o fator central da expansão do poder punitivo e,

consequentemente, da crescente criminalização da pobreza, globalmente registrada desde as últimas décadas do passado século XX (KARAM, 2013).

No ano de 2019, com o governo Bolsonaro, as políticas iniciadas anteriormente acentuaram-se e a abstinência como forma de tratamento ao uso de drogas se fortaleceu, sendo o seu foco, como também a lógica da internação compulsória, ressaltando-se que 2019, foi seriamente marcado pela não-comunicação com os movimentos sociais (CAPUTO et al, 2020).

A proposta de reforma da política de drogas, visa resgatar valores tradicionais e trata a questão por meio de repressão, violência e cárcere, reduzindo, novamente, a uma questão individual de desvio de caráter. Ao reduzir um fenômeno político ao individual, temos, de um lado, a privatização da proteção social, especialmente, por meio das comunidades terapêuticas, que são religiosas, para quem sofre com a dependência química; de outro, a moralização e criminalização das drogas que matam e encarceram todos os dias; além disso, um lucro bilionário de pessoas que certamente tem poder político e econômico, além de setores privados, nacionais e internacionais, ligados à indústria farmacêutica e à prestação de serviços privados (FARIAS, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), historicamente, as práticas de cuidado em saúde para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas foram sempre baseadas em preceitos religiosos e psiquiátricos, tendo como meta fundamental a busca da abstinência total através do controle moral e medicamentoso, acontecendo em estabelecimentos de internação e exclusão social com contenção e tutela, justificada pela desintoxicação e suposta readaptação social.

> Nesta conjuntura, a lógica manicomial hegemônica baseia-se em três formas de interpretação do que vem a ser o uso de drogas e o que deve ser feito com o usuário: do ponto de vista da saúde, o uso de drogas é denominado uma dependência química e deve ser tratado com internação psiquiátrica para desintoxicação; do ponto de vista da justiça, o uso de drogas é considerado delito e deve ser tratado com punição legal; do ponto de vista da religião, o uso de drogas é um pecado e o tratamento é a conversão. Portanto, os usuários são, assim, encaminhados para as cadeias, as igrejas (fazendinhas), as enfermarias e prontos atendimentos psiquiátricos. (SIQUEIRA, 2010)

Outra grande preocupação é com o usuário submetido à internação compulsória em comunidades terapêuticas, porque da mesma forma como o sistema funciona no sentido de incidir sobre os vulneráveis, a internação compulsória vai incidir sobre essas pessoas, que não poderão exercer a sua autonomia e a sua liberdade de escolha (BICALHO; CASTILHO, 2013). Que ressurge, também, nas palavras e nas ações de prefeitos que investem pesado contra os dependentes químicos, propondo internação compulsória como recurso de tratamento, sendo aplaudido por amplos setores

conservadores da sociedade e, especialmente, pelos donos de comunidades terapêuticas que certamente obterão lucros financeiros com estas medidas policialescas e higienistas. Ofertam o mesmo modo de tratar, mas seguem indiferentes à dor, ao sofrimento, à singularidade e à complexidade das vidas que são retiradas das ruas e enclausuradas, produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento" (BRASIL, 2008).

A internação compulsória[19] não compreendido como um instrumento de acesso à saúde, sendo que o seu emprego, caracteriza-se como indevida privação de liberdade, apresentando verdadeiro conflito entre o direito à vida e à saúde, o direito à liberdade e autonomia da vontade garantidos na legislação nacional e internacional.

Tais práticas são apontadas como higienistas e de necropolítica que permeiam as campanhas governamentais relacionadas ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, tais quais se assistiu nas últimas décadas no Governo do Estado de São Paulo, na tentativa de "limpar a cracolândia".

> A guerra às drogas, empreendida no interior da Cracolândia, nunca visou a paz, mas a eliminação de um inimigo absoluto.
> O usuário de crack acaba por herdar o status de anormalidade, construídos pelo saber médico e jurídico de séculos anteriores, o que permite lhes impor a violência sob alegação de perda da racionalidade, autonomia e capacidade de decisão. O saber médico constrói um dado de natureza, uma alteração neuroquímica que é efeito e causa do uso contínuo e irrefreável da droga. Por sua vez, o crime se torna uma decorrência da necessidade, imposta pelo corpo, em conseguir mais droga, tornando indissociável o dispositivo médico do dispositivo jurídico.
> Com forte apoio midiático, a Cracolândia é então atacada como se combate uma tropa inimiga, ou, talvez, de modo inspirado nos jogos de vídeo game onde se despedaçam zumbis mortos vivos.
> Se a necropolítica é, no caso emblemático dos campos de concentração nazistas, caracterizada pelo uso de certa racionalidade do tipo instrumental, na Cracolândia é exercida com um aparente desprezo pela pesquisa e pela ciência, assim como suas ações são desprovidas de planejamento. A improvisação é uma das marcas das ações mais violentas, sempre fracassadas e precursoras, anos depois, de novos malogros. (ALVES; PEREIRA, 2021)

Esta política de morte foi nomeada por Mbembe (2018) como necropolítica – o poder soberano se sustenta a partir da operacionalização da vida através da morte. A morte já não vista como um limite, mas algo a ser gerido pela política a partir do momento em

[19] Para a Corte Interamericana de Direitos Humanos (2006) a sujeição é qualquer ação que interfira na capacidade do paciente de tomar decisões ou que restrinja sua liberdade de movimento asseverando que a sujeição é uma das medidas mais agressivas a que pode ser submetido um paciente em tratamento psiquiátrico. E, em função do previsto no artigo 5 da Convenção Americana, deve ser empregada como medida de último recurso e unicamente com a finalidade de proteger o paciente, ou o pessoal médico e terceiros, quando o comportamento da pessoa em questão seja tal que esta represente uma ameaça à segurança daqueles.

que a soberania não se restringe ao controle territorial, configurando-se como a exploração do direito de matar.

> O endurecimento de práticas recorrentes na área da segurança pública e justiça criminal, identificada nos indicadores e nas pesquisas, explicita a tendência de criminalizar um possível "grupo de risco", via uma política-polícia-criminal, que amplia, progressivamente, a vigilância e a aplicação das legislações punitivas e de violência letal em relação à juventude negra no Brasil, notadamente moradores de periferias.
> Isso significa afirmar que os mecanismos de justiça e segurança pública agregam, ao olhar e à prática punitiva e violenta, fatores que interseccionam classe, raça e idade, sobretudo em crimes relacionados ao patrimônio e à política de drogas no Brasil. Os indicadores e as pesquisas sobre o tema deixam evidente que a predominância da suspeição criminal, a punição, o encarceramento e a violência letal ocorrem, principalmente, contra os jovens negros, pobres e moradores em regiões periféricas no Brasil. É preciso considerar que pessoas estão sendo verdadeiramente silenciadas e/ou exterminadas da sociedade, em nome de uma "segurança pública" ou "punição" a qualquer custo. Esse ato demonstra a intencionalidade subjetiva do Estado de punir os "indesejados da cidade", ou seja, aqueles indivíduos caracterizados pelo baixo poder de consumo, moradores de regiões periféricas e afrodescendentes. (OLIVEIRA; SILVA TORRES; TORRES, 2018)

Diante disso, a sociedade tende a considerar que a solução para o usuário de drogas seria a abstinência total e imediata numa "guerra contra as drogas" sensacionalista e pouco resolutiva. Em contrapartida, a Redução de Danos vem propor uma nova maneira de abordar/tratar o usuário de drogas, colocando "entre parênteses" a questão da droga para dar ênfase à existência da pessoa e o resgate da sua cidadania. O fomento à autonomia, à responsabilização por parte do usuário em relação aos cuidados da sua saúde são objetivos fundamentais desta política, sempre considerando que a busca de maior justiça social é a base desta e de qualquer política pública a ser implantada com sucesso no país (SILVEIRA; 2013).

> O conceito de necropolítica como paradigma da divisão entre segmentos sociais, que regulamenta – e regulariza – o poder de gestão da vida, vai ditar quem pode viver e quem deve morrer para garantir o funcionamento da máquina de guerra capitalística. Para tanto, produz o esvaziamento do status político dos sujeitos e sua redução a um emaranhado bioquímico inumano, buscando assegurar a legalidade de toda sorte de genocídios, por ação bélico-militar ou por abandono. (AGOSTINI; CASTRO, 2019)

O uso de drogas, que está no campo individual, teoricamente, não deveria ter uma intervenção do Estado. Entretanto, o que se vê é justamente o contrário. O Estado tem intervindo, cada vez mais, no plano que seria, teoricamente, individual, seja no proibicionismo das drogas, do aborto, da sexualidade, dentre outros. Esse fato explicita que o neoconservadorismo está fortemente arraigado em nossas políticas, ao mesmo tempo em que a interferência ou regulação do Estado no campo da economia é cada vez maior em benefício do mercado (FARIAS, 2019).

Destaca-se que o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, seus princípios e a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde passam a sofrer ofensiva intensa de opositores, que ganham hegemonia na direção da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), cujo projeto é condensado nas "Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil", de 2006 (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

No mesmo sentido, Silva (2013) argumenta que as Comunidades Terapêuticas, são, em sua maioria, instituições de abrigamento afastadas dos centros urbanos, que se apoiam na ideia da abstinência e na cura através da imposição religiosa. As comunidades terapêuticas funcionam como recurso de enclausuramento daqueles que são considerados ameaças para a ordem social, que vêm sendo apontados pela mídia - como já vimos anteriormente - como potenciais criminosos. Se, no âmbito da justiça e da segurança pública, os usuários de drogas não são necessariamente enquadrados como criminosos, um outro "enquadre" se constitui através do tratamento em instituições de longa permanência como as comunidades terapêuticas (FOSSI; GUARESCHI, 2019).

Batista (2020) corrobora desta visão ao apontar que ao inserir as Comunidades Terapêuticas nas políticas públicas de saúde mental, o Estado brasileiro retorna o direcionamento das suas ações por meio de uma política do pânico e guerra as drogas, que está longe de acabar, tendo em vista, esses constantes desacordos sejam em relação ao direcionamento de suas políticas ou na prática e execução dos serviços de saúde mental para álcool e drogas.

As disputas que se travam sobre os modelos de cuidado a pessoas que fazem usos problemáticos de drogas têm sido expressas, recorrentemente, como uma oposição entre modelos calcados na abstinência *versus* modelos calcados na redução de danos. Sendo que a abstinência não é apenas o único objetivo desejável, mas também uma condição prévia para a realização do próprio tratamento (SANTOS; s.d).

> Especificamente no caso dos problemas causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, o texto define a abstinência como única estratégia e institui o financiamento público massivo para comunidades terapêuticas, privilegiando o asilamento. Verifica-se, pois, uma vitória do mercado de internações com a negação dos usuários como sujeitos de direito e a 'permissão' estatal para sua institucionalização compulsória e à revelia do seu desejo. (AGOSTINI; CASTRO, 2019)

Percebe-se que as alterações na Política Nacional de Álcool e outras Drogas, priorizam a abstinência em detrimento as estratégias de redução de danos, dando ênfase ao impacto mensurável da proteção que possivelmente será considerado o número de pessoas "limpas" com incentivo ao confinamento em comunidades terapêuticas,

desqualificando as práticas de Redução de Danos, a complexidade que envolve o consumo prejudicial, assim como o uso medicinal de algumas substâncias até agora consideradas ilegais (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Parar de usar drogas como meta terapêutica se torna uma possibilidade e não a única meta para todos os casos. Esse é o primeiro confronto direto da RD com a abstinência: não se trata de um confronto com a abstinência como meta possível, mas da abstinência como regra absoluta. Vemos a abstinência ser o operador, o código de conduta que faz o agenciamento entre o campo da saúde e o campo da segurança e da justiça (SOUZA; CARVALHO, 2015)

A pregação da abstinência do consumo de drogas se transformou em uma política globalmente imposta que, valendo-se da ilegítima intromissão estatal na liberdade individual, da desastrada intervenção do sistema penal sobre o mercado produtor e distribuidor, sem sequer obter qualquer resultado significativo, nem se diga na irracional pretensão de acabar com o consumo das selecionadas drogas tornadas ilícitas, mas nem mesmo na redução da circulação das substâncias proibidas. A economia demonstra a inevitável ineficácia da política proibicionista (KARAM, 2013).

> As CTs esperam que os novos sujeitos produzidos por elas correspondam a um modelo moral preestabelecido – o de pessoas produtivas, disciplinadas e tementes a Deus. Do mesmo modo, nutrem a convicção de que os meios para tal mudança são invariavelmente os mesmos, para toda e qualquer pessoa que apresente problemas relacionados ao uso de drogas. (SANTOS, s.d)

É associado as Comunidades Terapêuticas uma reatualização do coronelismo, em que o proprietário, no geral associado a um líder religioso, figurará como o “salvador” a quem se deve gratidão, ou seja, o usuário é destituído da condição de cidadão, sujeito de direitos (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Sendo apontado por Batista (2020), a maioria das Comunidades Terapêuticas se vinculam a igrejas e organizações religiosas e utilizam da religiosidade não apenas como um instrumento de conversão religiosa, mas como uma base de conversão moral, na qual a fé, a leitura das escrituras sagradas do cristianismo são aliadas fortes na condução das terapêuticas.

Ao final de 2018, gestores de Comunidades Terapêuticas são convidados para reunião com a equipe de transição do novo governo de Bolsonaro, visando a fortalecer PNAD e as ações em parceria com as Comunidades Terapêuticas, além da pesquisa, prevenção e reinserção social.

O processo de formação brasileira se consolidou por bases conservadoras. Já na bandeira, temos estampado “ordem e progresso”; os valores tradicionais da Igreja católica foram fortemente difundidos, numa moralidade que ainda é extremamente presente (vide

a bancada evangélica no congresso); a materialização de políticas paternalistas e filantrópicas também fizeram parte de nossa formação, influenciando, ainda hoje, as nossas políticas e programas; o racismo e o patriarcado são as bases de nossa formação, sendo primordiais à análise de nossas questões sociais (FARIAS, 2019).

No início de 2019, através da medida provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019, foi estabelecida a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios, incluindo as atribuições relativas à Política Pública de Drogas dessa "nova era". Havendo uma divisão entre as atribuições da Política sobre drogas do Ministério da Cidadania, comandado pelo então Ministro Osmar Terra que assumiu a área da redução da demanda e do Ministério da Justiça e Segurança Pública, gerido pelo então Ministro Sérgio Moro, encarregado com a área da redução da oferta de drogas.

A partir do Decreto de nº 9.674 de 02 de janeiro de 2019 é criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas que possui 3 (três) departamentos: de Articulação e Projetos Estratégicos; de Planejamento e Avaliação; e de Prevenção, Cuidados e Reinserção Social onde estão vinculadas as Comunidades Terapêuticas. Em 25 de janeiro de 2019, Quirino Cordeiro Júnior, coordenador geral da área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde foi nomeado para assumir a referida pasta no Ministério da Cidadania, esse fato materializa a cisão da política de saúde mental *versus* política álcool e outras drogas.

Quanto ao uso de substâncias, nota-se que em todos os países, mesmo naqueles países em que a política proibicionista não é tão forte, houve aumento, entre as pessoas que são levadas à prisão, daquelas que praticaram condutas relativas ao tráfico de drogas.

A Organização Mundial da Saúde (2001) aponta que os portadores de distúrbios mentais muitas vezes se veem em contato com o sistema de justiça criminal. Em geral, observa-se nas prisões uma representação excessiva de pessoas com transtornos mentais e de grupos vulneráveis, devido em grande número de casos à falta de serviços, por ser o seu comportamento encarado como perturbação da ordem e em virtude de outros fatores, tais como crimes relacionados com o uso de drogas e a condução de veículos sob a influência do álcool.

No Brasil, as estatísticas[20] apresentadas pelo Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional – SISDEPEN demonstram os apontamentos acima.

---

[20] Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional – SISDEPEN (jun. 2022):
a) Quantidade de Presos custodiados no Sistema Penitenciário: 830.714 (Homens: 785.224 – Mulheres: 45.490); b) Número de Vagas no Sistema Penitenciário: 581.716 distribuídas em 1.458 estabelecimentos penais; c) Quantidade de incidências por tipo penal - Drogas (Lei 6.368/76 e Lei 11.343/06): 215.466, sendo 17.817 mulheres. Crimes contra o patrimônio: 303.410.

Embora os crimes patrimoniais continuem sendo aqueles que mais levam as pessoas à prisão (e que têm relação com o uso de substâncias) o tráfico é o segundo contingente para esse sistema, que é, na verdade, um sistema de aniquilamento da pessoa humana.

> Em relação ao encarceramento em massa, o crescente aumento do aprisionamento de pessoas no Brasil tem como principal alvo jovens negros moradores de setores populares, demonstrando essa seletividade etária, social e racial nos indicadores, além do crescimento acelerado nas últimas décadas de mulheres presas – fenômeno vinculado, entre outros aspectos, à maior participação feminina no tráfico de drogas. Esse aumento vem sendo justificado, por diversos segmentos, como resposta ao suposto crescimento da criminalidade violenta, do crime organizado, sobretudo, do tráfico de drogas ilícitas, e de conflitos sociais de diversas ordens, em sua grande parte decorrente das exponenciais desigualdades sociais que impactam o acesso a direitos básicos no país, ao lado de uma postura de inflexão, em geral, do Estado, em relação às políticas públicas. (OLIVEIRA; SILVA TORRES; TORRES, 2018)

Apostar no sistema penal significa não dar, de forma alguma, proteção e cuidado às pessoas que são usuárias ou são usuárias e, ao mesmo tempo, praticam um pequeno tráfico para manter a sua dependência, mas significa causar mais exclusão e mais sofrimento. Em nome da proteção e do cuidado, e em nome da defesa da saúde pública, o Brasil e a maioria dos países do mundo estão promovendo, na verdade, a exclusão e o sofrimento. Essa exclusão e esse sofrimento principalmente nas cadeias e, especificamente, no olhar das mulheres encarceradas (BICALHO; CASTILHO, 2013).

Denota-se, assim, que desabonar a política pública de redução de danos, prestigiando a abstinência e a privação de liberdade como bases da Política Pública relacionada ao uso de substâncias psicoativas, tendem à estigmatização e exclusão social, seja pela internação em comunidades terapêuticas ou devido ao encarceramento. Práticas que, como discutido no decorrer do trabalho, não coadunam aos preceitos de direitos humanos.

3.3 Possíveis interesses econômicos envolvidos

Desde o início das décadas de 1970 e 1980, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) conflitou com os interesses de grupos e agentes. As crises sociais, políticas e econômicas dos últimos anos seguiram as políticas de austeridade do neoliberalismo, do lucro e do capitalismo global e da onda de políticas nacionais mínimas, e agora são administradas, em âmbito nacional, por grupos políticos vinculados a esta ideologia. No campo da saúde mental, a resposta à crise atual se reflete em mudanças no campo político

e jurídico com impacto na forma de desmantelamento da rede de atenção psicossocial (NUNES; et al, 2019).

Percebe-se, de um lado, o projeto da Reforma Sanitária, que luta pela coletivização de direitos, na direção da universalidade da atenção; de outro, o projeto privatista, que procura impor a lógica do mercado na implementação das políticas sociais para atender aos pobres, transformando direitos em mercadorias e benesses, a lógica do caráter público versus a lógica privada das relações de mercado e de favor. E ainda, a lógica da mercantilização, que tem o mercado e a filantropia como esfera do atendimento às necessidades sociais, privatiza ou terceiriza a atenção (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Nesse quadro, o Brasil convive com dois tipos de modelo: o manicomial, que persiste graças ao poder de setores retrógrados da psiquiatria, e o aberto, que paulatinamente vem demonstrando ser mais eficaz do que o antigo modelo. Essa convivência não é pacífica. Grande parte da verba do Ministério da Saúde destinada à Saúde Mental ainda é alocada nos hospitais psiquiátricos, o que dificulta um investimento maior em novos dispositivos e estratégias (NABUCO, 2007).

Ademais, com o uso da verba pública, tende a haver a quebra dos princípios da administração pública (impessoalidade, publicidade, transparência, moralidade, universalidade), pois geralmente, serviços terceirizados tendem a impor critérios seletivos (por exemplo, parte significativa não admitem pessoas com orientação sexual considerada "desviante"; nem pessoas sob efeito de substâncias psicoativas ou que usem medicação psicotrópica, mesmo sob orientação médica e pautam sua intervenção predominantemente na religião) (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Há que ser feito um alerta para os efeitos danosos de uma crescente mercantilização das relações entre os sujeitos e da vida. Efeitos que se corporificam no cotidiano dos serviços de saúde e, de uma forma mais inquietante ainda, nos serviços de saúde mental. Anestesia, esquecimento ou indiferença a uma diretriz vital para mudar nosso modo de cuidar do sofrimento psíquico: liberdade (YASUI, 2015).

Os bens e serviços vinculados à proteção social funcionam como antimercadorias sociais, "direitos do antivalor", afirmando ser impensável a formação do sistema capitalista sem o emprego de recursos públicos, situação agravada pela expressão dos interesses de fundamentalistas religiosos nessa mesma arena. Intensifica-se a luta em torno do fundo público, forjando-se uma cidadania do consumidor, acompanhada do risco de desregulamentação do Estado, com a indistinção entre as dimensões pública e privada do viver e significativos comprometimentos na implementação das políticas sociais universalizantes (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Ainda, conforme pontua Yasui (2015), isso tem acontecido sobretudo pela concessão, por parte do setor público, da prestação dos serviços de saúde por meio do modelo das organizações sociais, sob uma racionalidade econômica ocupada principalmente com a administração de recursos, que não costuma dar importância aos ideais e princípios que deveriam nortear as práticas e a organização dos serviços.

Não é de hoje que os princípios do individualismo, do livre mercado e do Estado mínimo para o social vêm ganhando espaço. Tal fato é legitimado pela naturalização da desigualdade social existente e pela alienação da vida do trabalhador e do cidadão médio, o qual não tem direito ao lazer ou à cultura, mas a sua fonte de informação é, justamente, a mídia que corrobora a internalização da lógica de mercado, a qual usurpa perspectivas mais democráticas (FARIAS, 2019).

A remanicomialização da saúde mental, com o asseguramento e enorme investimento financeiro no reajuste de recurso do Governo Federal, que aumenta o valor da diária dos manicômios em média 65%. Em contrapartida, não há aumento do repasse para os CAPS em suas diferentes modalidades desde 2011, o que intensifica a precarização do equipamento e gera dificuldades operacionais no cotidiano desses serviços, ou seja, o hospital psiquiátrico, que na lógica da Reforma sofreu uma amortização gradativa, sendo excluído da RAPS, retorna com força total e muito dinheiro (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Outro grupo, movido pelo interesse em questões religiosas e no orçamento público, começa a ganhar o espaço estatal, sob a insígnia de Comunidades Terapêuticas, sintetizando um segmento heterogêneo com práticas bem diversificadas entre si, agregadas pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) de 1990, com a finalidade, inclusive, de influenciar “a elaboração e execução de políticas públicas” e também no redirecionamento do orçamento da política de assistência social, isso é, de pelo menos três ministérios e nos níveis municipal, estadual e federal (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Logo, o orçamento ministerial da pasta da saúde e da justiça torna-se palco de disputas, sobretudo por forças contrárias à direção do Sistema Único de Saúde (SUS), que buscam reorientar os recursos para organizações não governamentais. Eis que, a partir dessa reformulação, as Comunidades Terapêuticas são consideradas dispositivos de saúde mental, não fazem mais parte de redes de apoio ou suplementares, podendo, assim como os demais dispositivos da RAPS receber financiamento do SUS (BATISTA, 2020).

A ampliação de aporte financeiro das comunidades terapêuticas de 4.000 para 20.000 vagas, ou seja, há um claro desinvestimento na RAPS/SUS em prol de instituições

não públicas que tendem a violar direitos humanos, até pela resistência histórica em se abrir para fiscalizações e avaliações públicas. Há uma disparidade de valores oferecidos por usuário/mês em cada serviço. Para o Governo Federal, um usuário/mês em CAPS AD II, com porta aberta, ou seja, sem limites de atendimento, custa, em média, R$ 43,00, enquanto o mesmo usuário/mês para uma Comunidade Terapêutica custa aproximadamente R$ 1.100,00, para no máximo 50 pessoas (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

As articulações entre público-privado, Comunidade Terapêuticas e Rede de Assistência Psicossocial, que se apresentam atualmente nos decretos brasileiros, demonstram claramente o desmonte do investimento em políticas públicas e o favorecimento de iniciativas privadas (BATISTA, 2020).

A metodologia de tratamento nas comunidades terapêuticas, em suas práticas punitivas, busca forjar sujeitos economicamente produtivos, inserindo-os novamente na lógica de consumo do neoliberalismo. Assim, além dos efeitos legislativos e jurídicos desta inserção, as comunidades terapêuticas conformam modos de subjetivação (FOSSI; GUARESCHI, 2019).

Em agosto de 2018 é lançada a portaria nº 2.434 na intenção de fortalecer ações manicomiais no SUS, sendo reajustado o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Em seguida, 14 de novembro de 2018, através da portaria nº 3.659, é suspenso o repasse de R$ 1.077.141,12 referente ao recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por suposta ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS, impondo que a não regularização no prazo de até 06 (seis) meses, acarretará na revogação das Portarias de habilitação[21] e qualificação. Subsequentemente, após 08 (oito) dias é publicado outra portaria de nº 3.718, listando Estados e Municípios que receberam recursos referentes à parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes, totalizando o montante de: R$ 43.655.000,00 (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

[21] Vale recordar que após 2018, nenhum dispositivo de saúde mental foi habilitado e que a publicação anual "Saúde Mental em Dados", não é mais produzida desde 2015, tendo informações monopolizadas e apresentadas de forma restrita para mascarar os recursos da RAPS que foram alocados para as comunidades terapêuticas (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

É nítido que a internação em comunidades terapêuticas e no modelo manicomial é o grande foco central do cuidado, evidenciado no crescente financiamento de dispositivos antirreformistas de saúde mental, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa para a indústria da doença e da loucura. Isso tudo camufla os reais interesses representados pelos empresários dos hospitais psiquiátricos e da indústria farmacêutica que perderam 60 mil leitos no país para os serviços substitutivos (AMARANTE, 2018).

Evidencia-se que as Comunidades Terapêuticas e os serviços que compõem a RAPS são ancorados em orientações bastante diferentes, se esses buscam a articulação em rede e interinstitucionais, norteados por ideal reformista, comunitário, valorizando os saberes populares, a redução de danos, autonomia, liberdade e fortalecimento de vínculos familiares e de cuidado, por outro lado temos instituições conservadoras, segregacionistas, higienistas, limitadas por uma moral religiosa e noção de trabalho como expiação de "vícios e pecados" (BATISTA, 2020).

Não bastasse, outros ataques relevantes às conquistas sociais, como à seguridade social, à educação e à diversidade e à ação ostensiva – e assassina – das forças de segurança pública nos territórios periféricos e a invisibilização das mortes de lideranças de direitos humanos e ambientais, são apontados por Agostini e Castro (2019) após o ano de 2018.

Nesse cenário, ratifica-se que a Política de saúde mental, álcool e outras drogas constitui-se uma arena de disputa, com explícitos interesses econômicos e políticos, apontando para uma correlação de forças sob hegemonia de entidades evangélicas, leia-se Comunidades Terapêuticas, e médicas, na perspectiva de desmonte do que foi construído pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

O atual contexto neoliberal, com perspectivas neoconservadoras, frente ao avanço da necropolítica neoliberal, que agora, mais do que nunca, parece contagiar as máquinas do Estado, possibilitou aberturas para os capitalistas obterem mais lucros, como na prevalência do saber-poder médico, na expansão da indústria farmacêutica e no incentivo ao tratamento centrado em hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, a lógica manicomial ainda se faz presente. Os cuidados em saúde mental são atravessados não apenas pela questão orçamentária, mas por essa lógica (CAPUTO; *et al*, 2020; AGOSTINI; CASTRO, 2019).

No mesmo sentido Lobato (2006) coloca que o ataque às políticas sociais, como causadoras de déficit público e, consequentemente, de desemprego, mina a solidariedade

social e reduz a cidadania, possibilitando o rearranjo dos grandes cartéis internacionais à revelia dos interesses dos cidadãos. Na verdade, não se reduz o tamanho do Estado, mas sim os interesses nele envolvidos. O enxugamento do Estado nas chamadas áreas sociais possibilita o desmantelamento de instituições e interesses que não são regidos, principalmente nas economias de Welfare, por critérios de mercado.

A conjuntura atual se caracteriza por ações autoritárias, conservadoras e privatistas do Governo Federal no sentido de desmontar o SUS e, consequentemente, as conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira. O desmonte do Sistema Único de Saúde prejudica a todos, mas principalmente a camada mais vulnerável economicamente do país, privilegiando os mais abastados da população e aqueles com maior representatividade e influência perante o Governo Federal.

4 RETROCESSO SOCIAL E O REFUGO HUMANO BRASILEIRO: VIOLAÇÕES AOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E DAQUELAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL DE HOJE

O conteúdo de uma política apresenta-se nos documentos institucionais, nos discursos oficiais, nas falas de atores participantes do debate político, na mídia e em outros veículos. Reconhecer e tratar um conteúdo é buscar as linhas de sentido de uma ação política na visão dos diferentes grupos e sujeitos em disputa. Uma lei existe como referência, mas não é uma essência e não consegue abarcar o conjunto de possibilidades que se apresenta na vida, é apenas uma tentativa de ordenar a realidade, é uma escolha, não exatamente o que tinha que ser.

> Com isso, analisar o conteúdo de uma política é também possibilitar colocar em suspenso a própria política questionando-se como e por que esta se define, não importando exatamente o que ela é, mas como ela se apresenta no debate entre os grupos, como se afirma como prática. (BAPTISTA; MATTOS, 2011)

Como apontado logo no primeiro capítulo deste trabalho, toda Política Pública passa por tensionamentos e são eleitas para serem alocadas na agenda, dependendo, especialmente da força de determinados atores (visíveis e invisíveis). As preferências dependem do cálculo de custo/benefício de cada ator. O cálculo de custo/benefício é o cálculo das perdas e ganhos ou das desvantagens e vantagens que cada ator atribui a cada meio proposto para solucionar um problema eleito. Assim, ao abordar conteúdos de uma política necessariamente voltamos ao debate do contexto, da curta e longa história, dos sujeitos participantes e os espaços de negociação.

Como já explanado, as Políticas Públicas em saúde mental e uso de álcool e outras substâncias psicoativas, passaram por um longo processo de lutas e conquistas, permeadas pela resistência de alguns setores, predominantemente pelo olhar tecnocrata e pelo saber médico, enrijecido pela ideia de que o sofrimento psíquico, independente de sua origem, deveria ser apartado da sociedade e das pessoas consideradas sãs.

Contudo, apesar da resistência noticiada, diversos atores como usuários dos serviços, familiares e profissionais da área, puderam experimentar avanços na área da saúde mental, pelo menos até meados do ano de 2017.

Esse é um ponto crucial para o que se pretende debater no presente capítulo, partindo-se do pressuposto que os avanços e conquistas na área, não podem retroceder.

4.1 Retrocesso social

As ponderações acerca de um possível retrocesso social nas Políticas Públicas direcionadas à saúde mental e uso de substâncias psicoativas se devem, conforme pontuado no terceriro capítulo, dentre outras, pelas evidências de uma ruptura com o modelo de desinstitucionalização, voltando-se a uma lógica de segregação e manicomial do sofrimento psíquico, assim como um fortalecimento da abstinência em detrimento da redução de danos.

Se por um lado, a proibição de retrocesso guarda relação com a proteção e promoção dos direitos sociais em âmbito interno, e que foi expressamente acolhido pelo ordenamento jurídico nacional por meio do Pacto de São José da Costa Rica e por outro lado, também guarda relação com o dever de progressiva realização, de implantação efetiva, em âmbito internacional, por meio de pactos, acordos, a exemplo do Pacto Internacional de direitos sociais, econômicos e culturais (BÜHRING, 2015).

> A proibição de retrocesso em matéria de direitos sociais, a despeito de não ter sido expressamente agasalhada por nenhuma das constituições latino-americanas, representa hoje, ainda que não necessariamente sob o mesmo rótulo, uma categoria reconhecida e em processo de crescente difusão e elaboração doutrinária e jurisprudencial em várias ordens jurídicas, inclusive em função da sua consagração no âmbito do Direito Internacional dos direitos humanos. (SARLET, 2009b)

Em razão do Estado Democrático de Direito estar pautado em valores como a cidadania, a dignidade da pessoa humana e o pluralismo político, impõe aos poderes públicos o desenvolvimento de políticas voltadas para a manutenção e incremento das atividades econômicas, sociais e culturais. Há de ser um Estado que, em nome da democracia, favoreça a participação das minorias, propicie a inclusão social e a prática dos direitos sociais.

Os direitos de prestação – passam a ser direitos subjetivos – daquelas pessoas que são beneficiados pelos programas sociais, e, portanto, perfectibiliza-se assim, o princípio do não retrocesso social que, uma vez instituídos, são garantias e direitos (BÜHRING, 2015). Restando, assim, ao Estado, a observância do dever de proteção prospectiva e não retrocedente dos direitos fundamentais. A existência da proibição do retrocesso social visa, justamente, evitar situações de deterioração das conquistas promovidas no âmbito social (MARTIN; FERREIRA, 2021).

> No tocante a relação do Estado Democrático de Direito com o princípio do não retrocesso social, decorre de um comprometimento da Constituição, como guia condutor da sociedade e do Estado, em assegurar, pelos Poderes constituídos, não só os direitos fundamentais de defesa, como os econômicos, sociais e

> culturais; em fornecer diretivas aos Poderes públicos para o atendimento da vontade soberana do povo, expressa no seu texto, ora ao Legislativo para conformar a legislação infraconstitucional com as normas constitucionais; ora ao Executivo para a execução material dos programas, das metas estabelecidas pela própria Constituição e pelas normas concretizadoras do seu texto; ora ao Judiciário para que assuma uma posição ativa, de corresponsabilidade, para fazer cumprir as normas-programa da Lei Maior, suprindo a inércia ou a ação retrocedente, ou insuficiente e de forma desarrazoada, do legislador e do administrador. (SOARES, 2010)

A constituição brasileira prevê que a saúde é um direito fundamental social[22] e que, para a sua implementação, devem ser promovidas políticas públicas.

> Os direitos sociais, por serem direitos fundamentais, têm como característica cumulativamente, ou seja, dentro de uma ideia de patrimônio político-jurídico, os direitos sociais reconhecidos por um estado passam a constituir um verdadeiro patrimônio dos indivíduos, que não pode ser suprimido. Fala-se, então, que o estágio de concretização dos direitos sociais não pode retroceder, reconhecendo se a existência do princípio da proibição do retrocesso, também conhecido por proibição da não reversibilidade dos direitos fundamentais sociais. Atribui-se às normas constitucionais, portanto, o sentido normas-programas, a serem cumpridos após sua implementação, sempre prestigiando o sentido de conquistas sucessivas, a serem abordadas pelo legislador e também pelo estado. (BREGA FILHO, 2013)

A garantia do direito à saúde não é algo consensual, muito menos é consensual o entendimento do conceito de saúde e qual deve ser a atuação do Estado para garanti-la. Em contextos de fortalecimento de valores liberais e individualistas, os direitos sociais estão sempre ameaçados (BISPO JÚNIOR; MORAIS, 2019).

Como já sustentado, o direito à saúde envolve, naturalmente, o direito à saúde-mental. Neste sentido também o bem-estar é atingido com o auxílio de ações públicas voltadas a possibilitar e a cuidar da saúde psicológica das pessoas. É nessa dicção o artigo[23] 3º, parágrafo único, da Lei nº 8.080/1990, aduzindo ao bem-estar "mental" como relativo às ações concernentes à saúde.

Tanto a cidadania (art. 1º, inciso II, da Constituição Federal) quanto a dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III, da Constituição Federal) são fundamentos da República Federativa do Brasil, o que ressalta a sua relevância no Estado brasileiro. Lidar com o vetor da saúde psicológica repercute na cidadania e na dignidade da pessoa humana

---

[22] Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

[23] Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

como engrenagens da complexidade da vida, em que a ausência da primeira acarreta inexoravelmente malefícios nas duas últimas (BRAUNER; CABRAL JÚNIOR, 2017).

> Mas qual é a experiência da loucura na atualidade? De quais matérias e acontecimentos é constituída? A loucura, na sua versão doença mental, desamarra-se das camisas de força dos hospitais psiquiátricos para novos dispositivos terapêuticos. Procedimentos manicomiais de tratamento e de cura ampliam-se em inúmeros serviços públicos. No ambiente privado, reservam-se o direito ao sigilo silencioso. No ambiente público, restam os direitos sociais adquiridos. (FONSECA; JAEGER, 2015)

Nesta perspectiva de alcance do ambiente público, de direitos sociais adquiridos é que se discute o retrocesso social, eis que o princípio da proibição de retrocesso deverá sempre ser encarado como aliado da dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil, previsto no artigo 1º, III da Constituição Federal, não restando dúvidas quanto a irreversibilidade dos direitos sociais (BREGA FILHO, 2013).

Cabe ao Estado ter uma conduta positiva em relação à dignidade da pessoa humana, o que significa alcançar também os direitos fundamentais, praticando ações no sentido de densificar, dar concretude, com prestações normativas e materiais, às normas de direitos sociais (SOARES, 2010). Neste sentido, SUS, ao propor a universalidade e equidade como princípios, torna-se a política pública com maior importância no desempenho de garantia de justiça social frente às desigualdades (SANTOS; ROSA, 2020).

Sendo assim, os direitos sociais funcionam como uma maneira de erradicar as desigualdades sociais e, consequentemente, garantir a dignidade da pessoa humana, que são objetivos presentes na Constituição da República. E, para além da concretização dos objetivos estabelecidos pelo texto constitucional, estabelece a preocupação com a preservação dos avanços conquistados e impedimentos de que retrocessos fossem causados (MARTIN; FERREIRA, 2021). Portanto, os avanços sociais alcançados (experimentados) pelos indivíduos, e a coletividade de modo geral, não poderão retroceder. Não é mais possível, nem plausível, retroceder ao grau de realização já alcançado anteriormente pela sociedade (BÜHRING, 2015).

> O princípio da vedação ao retrocesso social encontra assento constitucional no instituto do direito adquirido social e, igualmente, nos dispositivos constitucionais que assinalam no sentido da progressiva ampliação dos direitos fundamentais da sociedade (art. 5.º, § 2.º, e art. 7.º, caput), visando à paulatina redução das desigualdades regionais e sociais e à construção de uma sociedade marcada pela solidariedade e pela justiça social (art. 3.º, I e III, e art. 170, caput e VII e VIII), além de se fundar na própria concepção de Estado Democrático e Social de Direito e suas diretrizes e valores essencialmente voltados ao plano social e, também, estribar-se nos tratados internacionais. (SPARAPANI, 2013)

Consoante já discutido, muito embora avanços e conquistas tenham se operado no campo da saúde mental e uso de substâncias, atualmente tais progressos estão ameaçados.

O cenário é de apreensão para os que lutam em prol de políticas de saúde mental. No momento, o risco de sofrermos um retrocesso nas conquistas e avanços nesse campo no Brasil mostra-se eminente e alarmante (DENADAI; BERNARDES, 2018). Em 2019, o cenário constitui-se em imagem quase invertida do período anterior. Valores democráticos já não são tão apreciados por grandes parcelas da sociedade brasileira. Observam-se posturas de valorização do autoritarismo e da necessidade de restrição aos direitos (BISPO JÚNIOR; MORAIS, 2019).

A rede de serviços disponível para o campo de álcool e drogas, contemplando ações intersetoriais se ampliou. No entanto, mesmo com a ampliação do modelo psicossocial e o crescimento do número de CAPS, houve retrocessos dentro da política de saúde mental, álcool e outras drogas (CAPUTO; et al, 2020). Do ponto de vista da saúde mental, assistimos à substituição do modelo de tutela para o modelo de controle (ALMEIDA; ÁVILA, 2013).

As mudanças atuais representam um retrocesso tenaz no que diz respeito às conquistas relativas à descriminalização, à não culpabilização do indivíduo, de forma exclusiva, e a um modelo de atenção mais amplo e democrático, que tinha por base a lógica da redução de danos (FARIAS, 2019).

> o retrocesso da política de saúde mental, álcool e outras drogas é estrutural. Essa tendência se coloca articulada com o crescimento do conservadorismo, do moralismo e das crises, em particular, da sanitária que implicam a violação de direitos, principalmente, daqueles que ainda lutam, nesse país, por cidadania, trabalho e dignidade humana. (CAPUTO, et al; 2020)

Ao olharmos para a corrente conservadora que ainda domina amplos setores da sociedade e que se refletem nos modos de se fazer a gestão na saúde, como as recentes ações para internação compulsória dos dependentes químicos, temos a sensação de que estamos muito distantes de ver implantada os princípios que fomentaram a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil (YASUI, 2015).

Conquistas políticas, ainda em francas disputas com regimes concentrados em modelos biomédicos, perseveraram. Em nome da prevenção, dos riscos, dos estados potenciais de adoecimento, do crescente aumento de distúrbios mentais somos tentados a reforçar políticas relacionadas às classificações diagnósticas, relacionando condutas a estados de anormalidades que não podem ser corrigidas (FONSECA; JAEGER, 2015).

As tendências à remanicomialização da nova política de saúde mental e drogas, colocando em risco o cuidado integral contínuo e em liberdade, o orçamento público para o setor e as relações, condições e processos de trabalho. O atual contexto, com perspectivas ultraconservadoras, no âmbito da gestão pública, impõe a prevalência do saber-poder médico, a expansão da indústria farmacêutica e a centralidade nos hospitais psiquiátricos (CAPUTO et al, 2020).

O princípio da proibição do retrocesso impede, em tema de direitos fundamentais de caráter social, que sejam desconstituídas as conquistas já alcançadas pela população. Logo, o redirecionamento proposto representa um grande retrocesso, que retoma um investimento muito significativo em dispositivos antirreformistas conquistados.

Nos anos 2018 e 2019, acirram-se as articulações com setores conservadores, ampliando a contrarreforma na política de saúde mental (CAPUTO; et al, 2020). Denota-se que a partir da Resolução CONAD nº 1/2018, a Política brasileira sobre drogas dá uma verdadeira guinada rumo à tendência predominantemente proibicionista. Segundo o Ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra, "a política de drogas que está em vigência hoje tem causado danos à sociedade" (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Observa-se, dessa maneira, o crescimento das Comunidades Terapêuticas, os hospitais psiquiátricos e hospitais-dia de cunho privado são retomados e ampliam-se de forma sistemática na sociedade. Uma política marcada fortemente pelo retorno da lógica manicomial, do proibicionismo, da violência e do moralismo, com ausência de debates com foco na cidadania, sem interseccionar com os marcadores sociais de desigualdades e de diferenças, como a questão de gênero, de raça e de classe social (CAPUTO; *et al*, 2020). São por meio dessas estratégias punitivistas e de controle social que observamos a reatualização de práticas e estratégias manicomiais (PASSOS, 2018).

Esse "novo" desenho ameaça garantias de proteção e de dignidade asseguradas pela legislação brasileira às pessoas com transtorno mental, pois incentiva a manutenção de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, cujo modelo de funcionamento está baseado em propostas higienistas que restringem a vontade e os direitos dos usuários, excluindo-os do convívio com a família, violando frontalmente um conjunto de princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, pela Portaria 3.088/2011, pela Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (2009) e pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015) (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

> Assim, vale frisar que a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência é um marco na inclusão social das pessoas com deficiência, já que é um documento que trata da proteção integral a essas pessoas e a seus direitos. [...]

> Assim, os direitos abarcados pela Convenção devem ser considerados como piso mínimo para garantir a dignidade da pessoa com deficiência e, além de serem cláusulas pétreas, não podem ser abolidos ou restringidos também em razão do princípio da vedação do retrocesso social (característico dos direitos fundamentais). (SEGALLA; BOTELHO, 2015)

Importante também pensar que são atendidos nos CAPS, majoritariamente, negros (pretos e pardos) e que os retrocessos não podem ser pensados de forma isolada, pois atingem diretamente essa população atendida, que também enfrenta ações truculentas e de violação. Nesse sentido, é a população negra e pobre que sofrerá com o retorno do modelo manicomial, dado que compõe a maioria da população brasileira (PASSOS, 2018).

Percebe-se um verdadeiro sucateamento de uma política pública de direitos, pautada em uma rede ampla de serviços abertos, comunitários, territorializados, de valorização da subjetividade e diversidade e, acima de tudo, de reconhecimento da cidadania de um segmento até então silenciado, o que convoca a sociedade civil para reforçar a luta por ampliação e garantia do cuidado em liberdade e pautado nos direitos humanos (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Como agravante, as políticas de austeridade fiscal influenciam o Brasil a diminuir os investimentos na proteção social e a reduzir a atuação do Estado no desenvolvimento das políticas públicas (BISPO JÚNIOR; MORAIS, 2019). Nesse sentido, um dos maiores desafios para a saúde mental, em particular, para os princípios da Reforma, são as tendências à privatização da saúde, visto o estímulo à precarização dos serviços sociais e a busca de soluções no setor privado (CAPUTO; *et al*, 2020).

A discussão de direitos humanos não diz respeito a códigos ou tratados, mas, principalmente, a concepções de humanos, que, aliás, estão sendo utilizadas para pautar debates nacionais. É preciso pensar que algumas questões viabilizam processos de “não humanização” que fazem que alguns humanos sejam entendidos como menos humanos. É preciso pensar que algumas questões viabilizam processos de “não humanização” que fazem que alguns humanos sejam entendidos como menos humanos (BICALHO; CASTILHO, 2013).

Assim também, não se pode simplesmente negligenciar a relevância do reconhecimento de uma proibição de retrocesso como categoria jurídico-constitucional, ainda mais quando a expressiva maioria das reformas não dispensa mudanças no plano das políticas públicas e da legislação. Com efeito, dentre os diversos efeitos perversos da crise e da globalização econômica (embora não se possa imputar à globalização todas as

mazelas vivenciadas na esfera social e econômica), situa-se a disseminação de políticas de flexibilização e até mesmo supressão de garantias, incremento da exclusão social e das desigualdades, entre outros aspectos que poderiam ser mencionados (SARLET, 2009b).

Como sustentado anteriormente, no âmbito internacional, o Brasil foi signatário da Declaração Universal de Direitos Humanos, do Protocolo de São Salvador[24] e do Pacto de San José da Costa Rica, que reconhecem os direitos sociais como direitos humanos fundamentais. Portanto, todos os direitos fundamentais que fizeram parte do patrimônio jurídico de determinada nação, como resultado do progresso da humanidade em sua evolução social, agregados às relações sociais por meio do Direito, acharão acolhida no direito adquirido social e, por conseguinte, no princípio da vedação ao retrocesso social.

Disso decorre maior proteção à totalidade dos direitos fundamentais conquistados pelo povo, precisamente porque o resguardo a tais direitos requer não só a manutenção do nível alcançado, como, de igual maneira, o seu adensamento. Reafirmando a tarefa imposta ao Estado de investir a maior quantidade possível de recursos disponíveis, até atingir, progressivamente – ou seja, sem retrocessos –, a integral efetividade dos direitos econômicos, sociais e culturais. Referida tarefa representa um dever que, se descumprido, acarreta violações aos direitos sociais, podendo resultar na responsabilização do Estado perante o sistema internacional de proteção aos direitos humanos (SPARAPANI, 2013).

Neste sentido, o redirecionamento das Políticas Públicas em Saúde Mental, claramente violam a dignidade da pessoa humana, eis que, não é possível falar-se em

---

[24] Artigo 10 - Direito à Saúde - 1. Toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. 2. A fim de tomar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir esse direito: a) assistência primária a saúde, entendendo-se como tal à assistência médica essencial ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; b) extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; c) total imunização contra as principais doenças infecciosas; d) prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; e) educação da população com referência à prevenção e ao tratamento dos problemas da saúde; e f) satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.
Artigo 18 - Proteção de Deficientes - Toda pessoa afetada pela diminuição de suas capacidades físicas e mentais tem direito a receber atenção especial, a fim de alcançar o máximo desenvolvimento de sua personalidade. Os Estados-Partes comprometem-se a adotar as medidas necessárias para esse fim e, especialmente, a: a) executar programas específicos destinados a proporcionar aos deficientes os recursos e o ambiente necessário para alcançar esse objetivo, inclusive programas de trabalho adequados a suas possibilidades e que deverão ser livremente aceitos por eles ou, quando for o caso, por seus representantes legais; b) proporcionar formação especial aos familiares dos deficientes, a fim de ajudá-los a resolver os problemas de convivência e a convertê-los em elementos atuantes do desenvolvimento físico, mental e emocional dos deficientes; c) incluir, de maneira prioritária, em seus planos de desenvolvimento urbano a consideração de soluções para os requisitos específicos decorrentes das necessidades desse grupo; d) promover a formação de organizações sociais nas quais os deficientes possam desenvolver uma vida plena.

dignidade em ambientes asilares, voltados para a imposição de práticas religiosas, que não respeitam a diversidade, a autonomia individual, integridade física.

Verifica-se, também, que o princípio da confiança e proibição do arbítrio e da razoabilidade, estão sendo violados. Isso porque, o princípio da proteção da confiança associado aos princípios da segurança jurídica e do mínimo existencial devem garantir a continuidade do serviço prestado. Mas não qualquer serviço. Um serviço respaldado nos valores da dignidade humana, norteado, inclusive pela previsão constitucional acerca das reduções das desigualdades sociais e regionais.

Ainda, pontua-se que as modificações foram arbitrárias e desarrazoadas, sem a devida participação dos atores sociais interessados (usuários do serviço, familiares e/ou comunidade científica). Destacando-se a rapidez com que as alterações foram implementadas, contrariando o direito adquirido social e configurando-se em patente retrocesso social.

4.2 Compartilhando o espaço semântico de "redundância" e/ou "refugo humano"

Por todo exposto até aqui, evidencia-se que as pessoas em sofrimento psíquico e que fazem uso de substâncias psicoativas são merecedores de um "não lugar" na sociedade. São vistas como óbices à produtividade e ao pleno desenvolvimento social. A elas são destinadas as instituições segregacionistas que visam retirar o desconforto de sua presença e da presença do sofrimento psíquico da sociedade.

Bauman utiliza o *homo sacer*, de Agamben (2010), para definir este sujeito excluído. *"*O *homo sacer* é a principal categoria de refugo humano estabelecido no curso da moderna produção de domínio soberanos ordeiros (obedientes à lei e por ela governados)*"*. Se trata do "homem nu", da pessoa que não detém direitos (ou que o direito não é aplicado a ela). Para Bauman (2005) só passamos a enxergar os "*dejetos humanos*" quando eles aparecem à nossa porta devido à falha de nosso sistema de defesa. Até isso acontecer, nós os tratamos com indiferença, o que lhes assegura o status de "problema angustiante mais guardado nos nossos dias".

Um exemplo brasileiro está na Cracolândia: lá não há sujeitos planejados pela ordem. São todos refugos, sujeira que precisa ser limpa. Lugar dos abandonados e pobres, onde lixo e sujeira se acumulam. Lugar onde homens e mulheres, invisíveis à cidade, dividem com o lixo um mesmo território. O lixo que cerca os homens e serve de espelho para sua condição não é, contudo, uma escolha individual. É negligência pública, é

hipocrisia social, que vê, nos corpos, sujeira e degradação, sem enxergar, ou melhor, ignorando a responsabilidade que cabe a todos e ao poder público na produção e tratamento adequado dos resíduos diários (SILVA, 2013). Sendo que "Eles só nos preocupam quando as defesas elementares da rotina se rompem, e as precauções falham – quando o isolamento confortável, deveriam proteger, está em perigo" (BAUMAN, 2005).

Aqui cabe a reprodução da questão introdutória do livro de Bauman (2005): As coisas são descartadas por sua feiúra, ou são feias por terem sido destinadas ao lixo?

As pessoas que transitam em espaços tal qual a Cracolândia, que tanto incomodam quem os vê: já foram belos? Ou sempre foram feios? Ou, por estarem no lixo é que são feios?

> A produção de "refugo humano", ou, mais propriamente, de seres humanos refugados (os "excessivos" e "redundantes", ou seja, os que não puderam ou não quiseram ser reconhecidos ou obter permissão para ficar), é um produto inevitável da modernização, e um acompanhante inseparável da modernidade. É um inescapável efeito colateral da construção da ordem (cada ordem define algumas parcelas da população como "deslocadas", "inaptas" ou "indesejáveis") e do progresso econômico (que não pode ocorrer sem degradar e desvalorizar os modos anteriormente efetivos de "ganhar a vida" e que, portanto, não consegue senão privar seus praticantes dos meios de subsistência) (BAUMAN, 2005).

Como já explicitado no decorrer do trabalho, a loucura, o sofrimento psíquico e o uso de substâncias são expressões da humanidade que não são aceitas socialmente, produzindo uma série de pessoas indesejáveis e consideradas inaptas para o sistema socioeconômico. Assim coadunam a proposta de Bauman acerca do refugo humano. Inda mais se consideramos os avanços que vinham se operando nas políticas públicas de cuidado em saúde mental, agasalhadas pelos direitos humanos.

> O fato de os loucos terem sido envolvidos na grande proscrição da ociosidade não é indiferente. Desde o começo eles terão seu lugar ao lado dos pobres, bons ou maus, e dos ociosos, voluntários ou não. Como estes, serão submetidos às regras do trabalho obrigatório; e mais de uma vez aconteceu de retirarem eles sua singular figura dessa coação uniforme. Nos ateliês em que eram confundidos com os outros, distinguiram-se por si sós através de sua incapacidade para o trabalho e incapacidade de seguir os ritmos da vida coletiva. (FOUCAULT, 1978)

Neste sentido, verifica-se que a exclusão se fundamenta na lógica de classes, a partir de um raciocínio que coloca em um mesmo lugar os iguais, os equivalentes entre si, estruturando-se numa relação de dependência segundo o critério que define o que está dentro e o que está fora (SCARCELLI, 2002).

A modernidade é uma condição da produção compulsiva e viciosa de projetos. Onde há projetos, há refugo. Nenhuma casa está realmente concluída antes de os dejetos indesejados tenham sido varridos do local da construção (BAUMAN, 2005).

Assim, como poderia o Estado brasileiro iniciar uma nova empreitada governamental, em 2019, sem eliminar os indesejados que insistiram e lutaram para perpetrar os espaços públicos em anos anteriores? Não fazia parte do projeto de governo que o sofrimento psíquico e o uso de substâncias circulassem livremente na sociedade.

Quando se trata de projetar as formas do convívio humano, o refugo são seres humanos. Alguns não se ajustam à forma projetada nem podem ser ajustados a ela, exercendo o (Estado) soberano o direito de excluir (BAUMAN, 2005). Se, na figura de doença mental, foi reconhecido ao louco o estatuto social de enfermo, com direito à assistência e ao tratamento, sob a proteção do Estado, foi com base nesse mesmo discurso de enfermidade mental que se autorizou também a exclusão social dos doentes mentais e a destituição de seus demais direitos sociais, isto é, da sua condição de cidadania plena (BARRETO, 2009).

> Entre o ser humano privado de razão e o Estado dotado de poder – não apenas a força física do guardião, mas a força científica do tratante - só existe a linha divisória dos direitos humanos e a disposição do Estado de cumprir o encargo de garante que lhe atribui a Constituição. A Sentença se referiu a alguns aspectos desta questão ao mencionar o "desequilíbrio intrínseco de poder entre uma pessoa internada e as pessoas que detêm a autoridade (que) se multiplica muitas vezes nas instituições psiquiátricas" (CIDH, 2006).

A intenção de exclusão, a destituição de direitos e a negação do exercício da cidadania restam configuradas no redirecionamento das políticas públicas em saúde mental no Brasil, a partir de 2019, simbolicamente representado pela reintegração dos hospitais psiquiátricos e integração da Comunidades Terapêuticas à Rede de Assistência Psicossocial e pela desestruturação da política de redução de danos.

> Na versão atual, o *homo saucer* não é definido por um conjunto de leis positivas nem portador dos direitos humanos que precedem as normas jurídicas. Pela capacidade que o soberano tem de se recusar a outorga de leis positivas e de negar a posse de quaisquer direitos de origem alternativa (incluindo os "direitos humanos)". Afirmando, assim, sua prerrogativa essencial de soberania básica: o direito de excluir (BAUMAN, 2005).

Na prática a lógica da classe utilizada como possibilidade de reunir pessoas cria outro grupo de pessoas que são deixadas de fora por não se encaixarem no critério estabelecido: o grupo dos sem critério, dos sem-categoria, dos excluídos (SCARCELLI, 2002). A lei limita sua preocupação com o marginalizado/excluído para mantê-lo fora do domínio governado pela norma que ela circunscreveu. A lei atua sobre essa preocupação

proclamando que o excluído não é assunto seu. Não há lei para ele. A condição de excluído consiste na ausência de uma lei que se aplique a ela (BAUMAN, 2005).

> Apesar de a exclusão se apoiar na lógica da classe, classificar é necessário por ser condição de pensamento, sendo assim, o problema colocado não reside em agrupar as coisas por classe, mas no uso político das visões decorrentes desse raciocínio que cria preconceitos, separa, aliena. Indo para o âmbito de políticas públicas, vale ressaltar que, ao considerar essa dialética, muitas vezes os discursos e a proposição de práticas inclusivas podem resultar exatamente no seu oposto, que é a prática excludente. (SCARCELLI, 2002)

A Psiquiatria alongada no social passa a ser incorporada por intermédio de arranjos heterogêneos e multifacetados. O usuário que passa a fazer parte de uma rede humanizada de saúde, ao exercer seus direitos de cidadania, recebe a dupla inscrição. De um lado, os direitos de acesso à saúde finalmente adquiridos a partir de lutas e de rupturas com os poderes estatais, de outro prepararam, "uma tácita, porém crescente inscrição de suas vidas na ordem estatal, oferecendo assim uma nova e mais temível instância ao poder soberano do qual desejaria libertar-se" (AGAMBEN, 2010).

Da mesma forma, ao utilizarmos palavras como controle social, sofrimento psíquico, humanização dos tratamentos, incapacidade laboral, saúde mental, desestigmatização da doença de forma generalizada, corremos o risco de nos inscrevermos cada vez mais no maniqueísmo da ordem estatal dos poderes intercalados de soberania, de normalização disciplinar e segurança e de controle. Por intermédio de uma rede de cuidados estatais, somos capazes de alcançar os mais íntimos espaços para dominar, controlar e decidir questões sobre a vida das pessoas (FONSECA; JAEGER, 2015).

Desta feita é importante refletir que se o movimento da Reforma Psiquiátrica rompeu o processo de totalização dos espaços asilares, esta saída possibilitou a agregação de novos arranjos da loucura, mais humanizada, menos estigmatizada, ampliando espaços para atendimento do sofrimento psíquico.

Contudo, apesar das intenções de promover saúde e autonomia, tais usuários muitas vezes permanecem convencidos de que nenhum outro lugar será melhor que o serviço substitutivo. Destitui-se e é destituído dos lugares sociais por suas diferenças, classificadas em anormalidades. Desvios normatizados em classificações psiquiátricas conduzem aos serviços especializados. E a vida mostra-se cada vez mais constrangida na gestão estratégica do controle e da organização estatal.

> O refugo é o segredo sombrio e vergonhoso de toda produção. De preferência permaneceria como segredo. Por isso, os coletores de lixo são os heróis não decantados da modernidade. Dia após dia, eles reavivam a linha de fronteira entre normalidade e patologia, saúde e doença, desejável e repulsivo, aceito e rejeitado, o como deve ser e como não deveria ser, o dentro e fora do universo humano (BAUMAN, 2005).

E há ainda mais um aspecto relevante, o fato das pessoas “redundantes” serem consideradas também um problema financeiro (BAUMAN, 2005), pois não bastasse quase nulidade de consumo dos produtos do capitalismo pelas pessoas acometidas de transtornos mentais, a elas são destinados recursos públicos. Recursos produzidos e angariados pelos “normais”. Afinal, a emergência das políticas sociais não exclui o Estado e as classes e, portanto, não desconsideram os componentes econômicos e políticos intrínsecos às contradições estruturais do capitalismo (LOBATO, 2006).

Os sujeitos que não produzem, não consomem ou representam perigo a arquitetura da desigualdade do capitalismo são alvo de uma ‘violência discreta’, que os deixa morrer silenciosamente a partir de uma agenda de austeridade radical e exclusão. Atingindo todos os trabalhadores, essa agenda é especialmente cruel com aqueles que vivem às margens, onde vulnerabilidade e precariedade ganham força (AGOSTINI; CASTRO, 2019). Afinal, os consumidores são os principais ativos da sociedade de consumo, enquanto os consumidores falhos são seus passivos mais irritantes e custosos. São baixas colaterais do progresso econômico (BAUMAN, 2005).

A rigidez dos processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde, modos de cuidar centrados na doença; trabalhadores destituídos da capacidade de decidir e usuários que só são escutados, impacientemente, em suas queixas: tudo isso contribuiu para uma naturalização do cotidiano produtor de indiferença ao sofrimento do outro, uma máquina de reprodução de relações de assujeitamento, heteronomias, subjetividades servis e tristes. Neste cenário, instituir como política de saúde a internação compulsória/cárcere dos usuários de crack é retroceder a medidas arcaicas e ineficazes. É insistir no erro histórico que a Reforma Psiquiátrica tanto investiu para mudar (YASUI, 2015).

Bauman (2005) afirma que a geração das pessoas nascidas na década de 70 experimenta um novo tipo de mal-estar, diferente das gerações anteriores, as quais seriam aflições “especificamente líquido-moderno” que os fazem sentir-se irritados, perturbados, aflitos. O autor aponta que uma causas mais comuns é o desemprego e a baixa expectativa de trabalho em um mercado que exige aumentar os lucros e cortar os custos com mão-de-obra. Ocasionando a falta de um planejamento futuro, em uma sociedade que classificava o emprego como uma chave para a solução dos problemas e uma identidade pessoal socialmente aceitável, da sobrevivência individual e coletiva, da ordem social e da reprodução sistêmica.

A produção do refugo humano na modernidade está vinculada à construção da ordem e ao progresso econômico (BAUMAN, 2005), sendo que ultrapassada a capacidade laboral, o proletário é condenado às ruas e à miséria, assumindo a posição de indesejável social. Como tal, deve ser afastado do convívio comunitário e é justamente a esse papel que se presta a lógica psiquiátrica predatória. Nas ruas e nas periferias, a figura do homem pobre vilipendia as perspectivas do crescimento urbano e perturba o ambiente paisagístico. Ademais, sua sobrevivência apartada dos desejos capitalistas e do poder de consumo passa a ser verificado como perturbação da mente e do espírito – cria-se o homem "louco" que, ou sofre pela incompatibilidade social ou sofre em razão dos danos causados pelo sistema (SILVA; CARVALHO; 2020).

> Essa definição pode ser considerada típico-ideal, pois não inclui as contradições inerentes à política social no capitalismo. No entanto, tem sido a partir do público em oposição ao privado e do direito em oposição ao favor que se tem travado o debate sobre a possibilidade das políticas sociais na atualidade. E essas políticas não residem, como pode parecer, no plano estritamente ideológico, mas se referem aos problemas vividos pela sociedade contemporânea, no que diz respeito à nova ordem social que se delineia para o futuro. Com o fim das ideias socialistas tradicionais e o avanço das chamadas políticas neoliberais, esse embate é, na realidade, uma reprodução, em nova roupagem, do dilema histórico entre liberalismo e bem-estar, ou proteção social. (LOBATO, 2006)

Para o atual direcionamento das políticas públicas em saúde mental, as pessoas em sofrimento psíquico contribuem com o sistema econômico das Comunidades Terapêuticas, da indústria farmacêutica pela medicalização e controle dos impulsos da loucura e da prevalência do saber médico. Interessados nos ganhos financeiros que a exclusão destas pessoas dos espaços sociais culmina, a exemplo da internação compulsória.

Neste aspecto, o Estado lava as mãos à vulnerabilidade e à incerteza provenientes da lógica (ou ilogicidade) do mercado livre, agora redefinida como assunto privado, questões que os indivíduos devem tratar e enfrentar com os recursos de suas posses particulares (BAUMAN, 2005). Volta-se a pregar, através da justificativa da racionalidade econômica, o princípio básico da doutrina liberal, o individualismo, em que o Estado deve fornecer o mínimo, ficando o resto para o mercado (LOBATO, 2006).

Vale destacar que, conforme apontam Santos e Pedro (2020), o princípio do SUS de equidade e a universalidade das ações não obedecem ao ímpeto universalizante neoliberal. O universal do SUS é garantir saúde a todos. O universal neoliberal consiste em enquadrar todos no 'Um', aquele que pode ter saúde, descartando os que não conseguem alcançar tal condição. A despeito dessa distribuição, o SUS, ao propor a universalidade e equidade como princípios, torna-se a política pública com maior

importância no desempenho de garantia de justiça social frente às desigualdades. Efetivando a pluralidade de um Estado Democrático.

De outro ponto, para as pessoas em sofrimento psíquico, especialmente com envolvimento com substâncias psicoativas, reserva-se mais uma opção de lixo – as prisões. O encarceramento desta população é evidenciado dia a dia e fazem parte atualmente da política pública de "enfrentamento ao mal" que as drogas causam à segurança pública albergado pelo mote da "luta contra as drogas".

> O espaço ordenado é governado pela norma, que é uma norma exatamente à medida em que proíbe e exclui. A lei se trona lei quando exclui do domínio do permitido os atos que seriam autorrealizados se não fosse a presença da lei – e de atores que teriam autorização de viver no estado de anarquia (BAUMAN, 2005).

Construir novas prisões, aumentar o número de delitos puníveis com a perda da liberdade, a política de "tolerância zero" e o estabelecimento de sentenças mais duras e mais longas podem ser medidas mais bem compreendidas como esforços para reconstruir a deficiente e vacilante indústria de remoção do lixo – sobre uma nova base, mais antenada com as novas condições do mundo globalizado (BAUMAN, 2005).

Assim, os indesejáveis, os refugos, considerados contraventores da lei e da ordem imposta, criminosos por serem usuários de substâncias, ganham seu lugar de forma definitiva em um depósito de lixo que "as pessoas de bem" atualmente no Brasil costumam relacionar a um desnecessário gasto do dinheiro público, respaldado pelo discurso do então Presidente da República de que "bandido bom é bandido morto".

Esta colocação se faz importante ao considerarmos que as políticas públicas, para serem colocadas na agenda pública, dependem dos atores sociais nela envolvidos. Assim, quando se percebe que a base do Governo[25] eleito em 2018 e seus eleitores são proibicionistas e fortemente relacionados a religiosidade (que por sua vez relaciona-se às Comunidades Terapêuticas), ganha sentido a facilidade com que as modificações no plano nacional sobre drogas foram implementadas. Evidenciando-se que algumas

---

[25] Interessante constatar que o então presidente da República, Sr. Jair Messias Bolsonaro, vetou integralmente o projeto de lei que propunha a inscrição do nome da psiquiatra Nise da Silveira no Livro dos Heróis e Heroínas da Pátria. Em suas razões para o voto, asseverou que "a envergadura dos feitos da médica Nise Magalhães da Silveira e o impacto destes no desenvolvimento da nação, a despeito de sua contribuição para a área da terapia ocupacional" e que se deve priorizar o reconhecimento a personalidades da história do país em âmbito nacional, "desde que a homenagem não seja inspirada por ideais dissonantes das projeções do Estado democrático". Formada pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1926 (única mulher numa turma de 158 alunos) Nise da Silveira dedicou-se à psiquiatria sem nunca aceitar as formas agressivas de tratamento da época, tais como a internação, os eletrochoques, a insulinoterapia e a lobotomia. A psiquiatra recebeu condecorações, títulos e prêmios em diferentes áreas do conhecimento: saúde, educação, arte e literatura. Seu trabalho e seus princípios inspiraram a criação de Museus, Centros Culturais e instituições terapêuticas no Brasil e no exterior. Por meio de seu trabalho introduziu a psicologia junguiana no Brasil. O veto foi derrubado pelo Congresso Nacional, sendo sancionada a Lei nº 14.401 de 2022.

conceções foram estendidas para atender a determinados públicos, o que reforça a ligação entre justiça e vingança, destruindo a humanidade ao excluir a pessoa que, em tese, merece punição.

> De forma explícita, o principal e talvez único propósito das prisões não é ser apenas um depósito de lixo qualquer, mas o depósito final, definitivo. Uma vez rejeitado, sempre rejeitado. Para um ex-presidiário retornar a sociedade é quase impossível, mas é quase certo retornar à prisão. Em suma, as prisões, como tantas outras instituições sociais, passaram da tarefa de reciclagem para a de depósito de lixo (BAUMAN, 2005).

A princípio, as liberdades básicas como direito ao voto, à liberdade de expressão, à liberdade de consciência e pensamento, a integridade física e à segurança, a liberdade de ir e vir que, não podem sofrer limitações e violações. Contudo são rotineiras as transgressões perpetradas pelo poder estatal configurado em regime autoritário e repressivo no âmbito do uso de substâncias psicoativas. Muito embora o uso de substâncias, que está no campo individual, não deveria ter uma intervenção do Estado.

Ocorre, assim, a passagem do modelo de comunidade includente do "Estado social" para um Estado excludente, "penal", voltado para a "justiça criminal" ou o "controle do crime". As instituições do "Estado de bem-estar" são desmanteladas aos poucos e ficam defasadas, pois, enquanto a produção de refugo humano prossegue inquebrantável e atinge novos ápices, o planeta passa rapidamente a precisar de locais de despejo e de ferramentas para reciclagem do lixo (BAUMAN, 2005).

Em vista disso, a atual configuração das políticas públicas em saúde metal no Brasil e aquelas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, caminham em direção ao processo de limpeza, de retirada desses refugos da prática e vivência social.

> Ser "redundante" significa ser extranumerário, desnecessário, sem uso – quaisquer que sejam os usos e necessidades responsáveis pelo estabelecimento dos padrões de utilidade e de indispensabilidade. Os outros não necessitam de você. Podem passar muito bem, e até melhor sem você. Não há uma razão auto-evidente para você existir nem qualquer justificativa óbvia para que você reivindique o direito à existência. Ser declarado redundante significa ter sido dispensado pelo fato de ser dispensável. O destino do refugo é o depósito de dejetos, o monte de lixo (BAUMAN, 2005).

Mesmo que na contramão dos direitos humanos, a política pública implementada a partir de 2019, não se compadece das necessidades e liberdades individuas. Todo o processo incorpora o interesse de segregação e exclusão dos indesejados e não produtivos, coadunando ao exposto por Bauman (2005) de que todo refugo, incluindo as pessoas refugadas, tende a ser empilhado de maneira indiscriminada nos mesmos depósitos. O ato de destinar ao lixo põe fim às diferenças, individualidades, idiossincrasias.

Note-se que, a segregação e poder do Estado perante as vulnerabilidades dessas pessoas, já faziam parte do mote encampado pelo manifesto de Bauru ao posicionar-se:

> O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (MANIFESTO DE BAURU, 1987)

Por este motivo, o redirecionamento da política pública não implica em um compromisso com a saúde mental. Pouco relevante se destinadas aos hospitais psiquiátricos, às prisões ou para as comunidades terapêuticas e se, para este processo, seja necessário o uso da força do Estado, como nas internações compulsórias. Assim, conforme pontua Bauman (2005) a estratégia subjacente e o efeito inevitável desse processo são a divisão dos resultados materiais da ação em “aquilo que importa” e “aquilo que não importa”, no “produto útil” e no “refugo”. Salientando que, para qualquer um que tenha sido excluído e marcado como refugo, não existem trilhas óbvias para retornar ao quadro dos integrantes.

O sofrimento psíquico e uso de substâncias é estigmatizado, mesmo quando os cuidados são efetuados em ambientes extra-hospitalares. Acentuado, pois, quando se trata da população carcerária ou daqueles que tenham passado por hospitais psiquiátricos.

Não há por que continuar com a produção da cronicidade em saúde mental, senão sob a forma de violação dos direitos humanos. Nada no conhecimento e nas práticas em saúde justifica a preservação de sua figura, a assertiva de sua verdade. A experiência da loucura não pode ser dissociada de suas condições de existência, de sua adesão à vida nas cidades e nas ruas, de seu reconhecimento no campo do direito e, por último, de sua expressão como modo de vida (ALMEIDA; ÁVILA, 2013).

Assim, em sendo o sofrimento o psíquico algo inerente a própria humanidade, a negação de sua existência e o controle exercido pelo Estado, no sentido de excluí-lo, desvirtuam da proposta insculpida nos tratados e convenções internacionais de direitos humanos, pois não condizente com a dignidade humana e consideradas práticas discriminatórias. Note-se que a discriminação das pessoas portadoras de deficiência (inclusive a mental e intelectual), implica em qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Também a restrição baseada em deficiência, antecedente de deficiência, consequência de deficiência anterior ou percepção de deficiência presente ou passada, que tenha o efeito ou propósito de impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício por parte das pessoas

portadoras de deficiência de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais (ONU 1991, 2009; OEA 1999).

Portanto, os padrões de prestação do serviço de saúde mental, incluindo os decorrentes do uso de substâncias psicoativas, adotados entre os anos de 2019 e 2021 no Brasil, fomentando investimentos em práticas segregacionistas, excludentes e que impedem o pleno exercício da cidadania por parte das pessoas em sofrimento psíquico ou usuárias de substâncias, materializam o refugo humano brasileiro, para os quais, apenas o “lixo”, os muros e a invisibilidade são destinados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa de especialização *stricto sensu* em Ciência Jurídica da Universidade Estadual do Norte do Paraná apresenta como proposta a investigação crítica da problemática social da exclusão, elegendo como área de concentração "Teorias da Justiça: Justiça e Exclusão". Dentro da área de concentração, esta dissertação está alocada na linha de pesquisa "Função Política do Direito e Teorias da Constituição" que tem por objetivo albergar pesquisas que tenham por objeto a investigação de fundamentos teóricos e implicações práticas dos elementos principais que compõem os paradoxos e as tensões entre direito e política, com o objetivo de fornecer à comunidade científica um repertório analítico e conceitual para os dilemas do Estado Democrático de Direito (UENP, 2021).

E, coadunando aos propósitos do programa, as reflexões trazidas nesta dissertação, apresentam o necessário olhar que o direito e a política, juntamente com outras áreas do conhecimento, devem prestar às pessoas em sofrimento psíquico inclusive provenientes do uso de substâncias psicoativas, eis que se apresentam como uma população vulnerável ao poder do Estado.

A problemática da pesquisa teve por escopo investigar se o redirecionamento das Políticas Públicas em saúde mental no Brasil, no período compreendido entre 2019 e 2021, caracteriza violação ao princípio da proibição do retrocesso social, apontando violações aos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico advindas destas mudanças, gerando, nos termos propostos por Bauman, refugos humanos.

O trabalho científico argumenta acerca da saúde mental relacionados a um objetivo político democraticamente definido. Isto porque, uma das possibilidades de se pensar as interfaces entre saúde mental e direitos humanos é o campo de aplicação jurídica, em que leis, portarias e resoluções que produzem eixos normativos das políticas públicas.

A saúde, na perspectiva do Estado Democrático brasileiro, é elencada como um direito fundamental social, protegido por normas de direito interno e tratados e convenções internacionais. A proteção da dignidade da pessoa humana, pressuposto de um Estado humanista de direitos, é consubstanciada, dentre outros, no direito à saúde. Justamente por isso, o Sistema Único de Saúde, ao prever acesso universal, igualitário e gratuito é considerado uma das mais relevantes conquistas da redemocratização do país.

Durante o processo de redemocratização, impulsionada pela reforma sanitária que deu origem ao Sistema Único de Saúde, outra luta ganha força: a reforma psiquiátrica

brasileira. Devido a diversas denúncias por violações aos direitos humanos, os trabalhadores em saúde mental lançam o Manifesto de Bauru, ansiando profundas mudanças na forma de tratar a “loucura” nos serviços brasileiros. Os manicômios e a exclusão das pessoas acometidas por transtornos metais não coadunavam ao Estado Democrático de Direito.

Nas últimas três décadas, o Brasil vinha colocando na sua agenda iniciativas de implemento a partir de normativas legais e serviços de atenção às pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com assistência ofertada em serviços abertos, que respeitam a complexidade dos sujeitos e seu sofrimento, com vias a um tratamento humanizado e que, dentre outras questões, combate o estigma e exclusão histórica vivenciadas por esse grupo.

Em um rápido resgate histórico, verificou-se que em âmbito nacional, desde o Manifesto de Bauru e atendendo ao disposto na sentença do caso Ximenes Lopes pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, o Estado brasileiro, dentre outras providências, aprovou em 2001, da Lei nº 10.216 conhecida como “Lei de Reforma Psiquiátrica”; implementou programas relacionados com os serviços de saúde, criou a partir de 2002 o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos; implementou em 2004 do Programa de Reestruturação Hospitalar do Sistema Único de Saúde; implementou o “Programa de Volta para Casa”; instituiu em 2011 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; adotou a política de redução de danos com relação ao uso e abuso de substâncias psicoativas; em 2015 sancionou a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) além de ratificar importantes convenções e tratados internacionais pertinentes, que implicaram em significativos avanços no reconhecimento da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

Contudo, os dados apontados no decorrer do trabalho, demostram que apesar do sofrimento psíquico acometer bilhões de pessoas em todo o mundo, a saúde mental é uma das áreas dentro dos programas de saúde mais negligenciada. Os estigmas que cercam as “dores da alma” ainda são frequentes, impactando na busca por atendimento e a consolidação de serviços. Mesmo havendo evidências de que qualquer ser humano está sujeito a vivenciar algum tipo de experiência envolvendo sofrimento psíquico este é associado, muitas vezes, a fraqueza, a falta de ocupação e de espiritualidade, o que acarreta a progressão do sofrimento.

Pode-se apontar, também, as dificuldades encontradas nesta área do conhecimento, afinal, a mente e comportamento humano, as emoções e o psiquismo são campos ainda em expansão, cujos primeiros marcos teóricos da Psicologia enquanto ciência, datam do início do século XX. Em contrapartida, e um ponto positivo, é que atualmente o sofrimento psíquico não se encontra vinculado apenas ao saber médico, sendo o sofrimento psíquico considerado multifatorial que deve ser abordado por diversas áreas do conhecimento e práticas sociais diversas.

Os estigmas que cercam o sofrimento psíquico foram avolumados em decorrência dos tratamentos destinados às pessoas a partir do afastamento social e comunitário, por meio de internação manicomial caracterizados pelo abandono, isolamento e atos de violência, reforçadores dos estigmas sociais. Em todas as referências relacionadas aos hospitais psiquiátricos pesquisadas, uma evidência é clara: a violação de direitos humanos, apresentando verdadeiro conflito entre o direito à vida e à saúde, o direito à liberdade e autonomia da vontade garantidos na legislação nacional e internacional.

E, justamente por isso, inserir novamente na Política de Pública de cuidado e atenção à saúde mental métodos já superados cientificamente e socialmente são inaceitáveis. Não condiz com os avanços galgados em mais de 30 anos desde a luta antimanicomial. Não condiz com os direitos humanos.

Dentre as principais alterações ocorridas, são apontadas a integração dos Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas à Rede de Assistência Psicossocial, com destinação de vultoso recurso público a estas instituições, a destinação de recursos para eletroconvulsoterapia, a autorização para internação psiquiátrica de criança e adolescentes. Tais aspectos, disfarçados pela nomenclatura “Nova Saúde Mental”, remontam situações do Estado de Exceção e emergem na contramão das conquistas sociais democráticas alcançadas e substanciam a violação dos Direitos Humanos.

Anteriormente a política pública estava pautada pela coletivização de direitos, na direção da universalidade da atenção; na “Nova Saúde Metal” tem-se um projeto privatista, que procura impor a lógica do mercado na implementação das políticas sociais para atender aos pobres, transformando direitos em mercadorias.

Constata-se, portanto, que o redirecionamento ocorrido nos anos pesquisados, reflete a formação da agenda que é fortemente afetada pelos atores políticos, pois as coalizões de defesa que, a partir de crenças e valores compartilhados entre os membros que a compõem, concentram esforços para a inserção de determinadas questões na agenda.

Neste sentido, observou-se que interesses econômicos que beneficiam as comunidades Terapêuticas e o interesse psiquiátrico, se apresentaram como determinantes para as mudanças ocorridas, eis que influenciadas e influenciando o poder político destes setores, determinando sua alocação na agenda da Política Publica em Saúde mental e sobre drogas.

Além disso, administradas, em âmbito nacional, por grupos políticos vinculados as políticas de austeridade do neoliberalismo, do lucro e do capitalismo global e da onda de políticas nacionais mínimas, refletem mudanças no campo político e jurídico com impacto na forma de desmantelamento da rede de atenção psicossocial. Ocorrendo a passagem do modelo de comunidade includente do "Estado social" para um Estado excludente.

Para além do saber médico, não se pode perder de vista a vinculação da sanidade mental com a produtividade exigida pelo mundo do trabalho e "utilidade social" das pessoas.

Contudo, não se trata de uma intervenção mínima do Estado, ao contrário, o Estado permanece intervindo na vida privada das pessoas, como na política proibicionista que cerca o uso de substâncias psicoativas, configurado por uma lógica conservadora e moralista.

Para a nova política pública de saúde mental as pessoas em sofrimento psíquico e que fazem uso de substâncias psicoativas são merecedores de um "não lugar" na sociedade. São todos refugos, indesejáveis e consideradas inaptas para o sistema socioeconômico. E, nas palavras de Bauman (2005) por não se ajustam à forma projetada nem poder ser ajustados a ela, exerce o (Estado) soberano o direito de excluir, destituindo-os de seus demais direitos.

A elas são destinadas as instituições segregacionistas que visam retirar o desconforto de sua presença e da presença do sofrimento psíquico da sociedade. Estas instituições, na atual política são representadas pelos hospitais psiquiátricos, as comunidades terapêuticas e as prisões. Os indesejáveis, o refugo, os redundantes, ganham seu lugar de forma definitiva em um depósito de lixo.

Convém salientar que o depósito de lixo continua sendo gerido pelo Estado, pois este não renuncia ao seu poder soberano.

Por todo o exposto, ao enfrentar o problema de pesquisa proposto, investigando o redirecionamento no modelo assistencial em saúde mental e sobre drogas ocorrido no triênio 2019 e 2021, infere-se que ocorreu violação ao princípio da proibição do

retrocesso social. Isto porque, a existência da proibição do retrocesso social, visa evitar situações de deterioração das conquistas promovidas no âmbito social.

Com o devido respaldo constitucional no instituto do direito adquirido social, a partir do estudo realizado, conclui-se que os avanços sociais alcançados não poderiam retroceder. Ao contrário, os dispositivos constitucionais assinalam no sentido da progressiva ampliação dos direitos fundamentais da sociedade.

Considera-se, portanto, necessário investir e ampliar o espaço de reflexão, valorizando e fortalecendo a prática do trabalho em Rede, preconizando o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, priorizando iniciativas que visam garantir o cuidado integral, centrado nos territórios, em consonância com o Princípio basilar da Dignidade da Pessoa humana.

Por fim, consigna-se que a pesquisa que se apresenta abre novas questões a serem problematizadas em estudos futuros, como a possibilidade de provocação judicial para declarar a violação ao princípio da proibição do retrocesso social e a avaliação da política pública implementada, averiguando as consequências práticas e a longo prazo das modificações realizadas.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. Trad. Henrique Burigo, 2.reimp. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

AGOSTINI, Rafael; CASTRO, Adriana Miranda de. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal?. **In: Saúde em Debate**, v. 43, n. Saúde debate, 2019 43(spe8), 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tKVjyyPy8rRHP8nqGhZGYhF/?lang=pt#. Acesso em: 26 jan. 2022

ALMEIDA, Bruno Vasconcelos de; ÁVILA, Luiz Augusto Lima de. Saúde mental e Diretos Humanos. In: CASTRO et al. org. **Políticas públicas em saúde mental: abordagens e desafios**. EdUEMG. Belo Horizonte: 2013.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **In: Espaço temático: Saúde mental no Brasil: Avanços e retrocessos.** Cad. Saúde Pública: 2019

ALVES, Ygor Delgado; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. **Necropolítica, drogas e ações governamentais na cracolândia.** Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.60, pp. 204-23, Dez. 2021.

AMADO, Guilherme. Documento do ministério da saúde lista portarias para revogaço da saúde mental. Época. 2020, dezembro. Disponível em: https://oglobo.globo.com/epoca/guilherme-amado/documento-do-ministerio-da-saude-lista-portarias-para-revogaco-da-saude-mental-1-24785623. Acesso em: 03 jan. 2023.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2018, v. 23, n. 6] , pp. 2067-2074. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 23 set. 2022

BAEZ, Narciso Leandro Xavier; BRISKE, Suéllen Pabla. **O papel da Corte Interamericana na proteção dos direitos humanos fundamentais no Brasil**. Joaçaba, 2011. Disponível em https://periodicos.unoesc.edu.br/seminarionacionaldedimensoes/article/download/958/535. Acesso em 05 jan. 2023

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTOS, Ruben Araújo de. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: BAPTISTA E MATTOS, org. **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro, FAPERJ. 2011. pp. 52-81

BATISTA, Pedro Victor Modesto. Comunidade terapêutica na política pública de saúde mental: tensões e divergências. **In: Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, e1679108345, 2020. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/8345/7475/118538. Acesso em: 19 out. 2022.

BARRETO. Suely Maia Galvão. O processo de inclusão social dos portadores de transtornos mentais: discursos e práticas de um CAPS. 172 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de; CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer de. Em nome da proteção do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido? In: **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. - Brasília: CFP, 2013

BISPO JÚNIOR, José Patrício; MORAIS, Marciglei Brito. Democracy and Health: reflections and challenges before the 16th Brazilian National Health Conference. **In: Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 54, p. 16, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001713. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/166065. Acesso em: 26 oct. 2022.

BOTELHO, Marcos César. A pessoa com deficiência no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista da AGU** v.9 nº 26. 2010. Disponível em: file:///C:/Users/Dell/Downloads/194-4449-1-PB.pdf. Acesso em: 07 mar. 2023

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Dia Nacional de Luta Antimanicomial é comemorado no País**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/18_mai_luta_antimanicomial.html. Acesso em: 14 ago. 2022

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 03 mar. 2022

BRASIL. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 02 jun. 2022

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 28 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em 03 set. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo

Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 23 dez. 2022

BRASIL. **Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 23 nov. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 9.674 de 02 de janeiro de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=9674&ano=2019&ato=873QzYq5keZpWT23d. Acesso em: 27 oct. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 07 mai. 2022

BRASIL. **Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015**. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 26 dez. 2022

BRASIL. **Lei nº 14.401 de 08 de julho de 2022**. Inscreve o nome de Nise Magalhães da Silveira no Livro dos Heróis e Heroínas da Pátria. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14401.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.401%2C%20DE%208%20DE%20JULHO%20DE%202022&text=Inscreve%20o%20nome%20de%20Nise,Art. Acesso em: 19 fev. 2023

BRASIL. **Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,transtornos%20mentais%20egressos%20de%20interna%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 14 ago. 2022

BRASIL. Ministério da Justiça. **12º Ciclo – INFOPEN** – Nacional. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional – SISDEPEN. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios-e-manuais/relatorios/relatorios-analiticos/br/brasil-junho-2022.pdf. Acesso em 04 jan. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**.

Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em 08 nov. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Dados da rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, setembro 2021.

BRASIL. **Nota Técnica nº 11/2019 -CGMAD/DAPES/SAS/ MS**, de 4 de fevereiro de 2019. Referente às mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Presidência da República. Disponível em: https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf Acesso em 28 ago. 2020

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; CABRAL JÚNIOR, Luciano Roberto Gulart. Direito Fundamental à saúde psicológica: Vulnerabilidade, consentimento e cidadania sob o prisma jurídico-bioético. **In: Revista da AJURIS** – Porto Alegre, v. 44, n. 142, Junho, 2017.

BREGA FILHO, Vladimir. Proibição do retrocesso social: o estado da arte em Portugal e no Brasil**. Argumenta Journal Law**, Jacarezinho - PR, n. 19, p. 103-124, mar. 2014. ISSN 2317-3882. Disponível em: https://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/409. Acesso em: 25 set. 2022.

BRITO, Emanuele Seicent de; LEITE, Renata Antunes de Figueiredo; VENTURA, Carla Aparecida Arena. **Produção Científica Sobre Direitos Humanos Dos Portadores De Transtornos Mentais** (1989-2008). BJFS 2012, 1, 84-92.

BÜHRING, Marcia Andrea. Direito Social: proibição de retrocesso e dever de progressão. **In: Direito & Justiça.** v. 41, n. 1, p. 56-73, jan.-jun. 2015. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/18175 Acesso em: 20 dez. 2022

CAPUTO Lara Rodrigues; TOMAZ, Marciléa; B. BEDIM, Vanisse; DUARTE, Marco J. de Oliveira. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão**.** Argum., Vitória, v. 12, n. 2, p. 91-106, maio/ago. 2020. ISSN 2176-9575.
Carla Aparecida Arena. Produção Científica sobre Direitos Humanos dos Portadores de Transtornos Mentais (1989-2008). **In: Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics** 1(3):84-92 (2012). Disponível em: www.ipebj.com.br/forensicjournal. Acesso em: 02 jan. 2023

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso 12.237. Relatório de Mérito nº 43/03, Damião Ximenes Lopes v. Brasil, 2003**. Disponível em: https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/corte/Caso12237port.doc Acesso em: 20 dez. 2022

CORREIA, Ludmila Cerqueira; SOUSA JUNIOR, José Geraldo de. O Movimento Antimanicomial como sujeito coletivo de Direito. **Rev. Direito Práx**., Rio de Janeiro, Vol. 11, 03. XX, 2020, p. 1624-1653.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Sentença do Caso Damião Ximenes Lopes vs Brasil.** 2006. Disponível em:

https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf Acesso em: 20 dez. 2022

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **In: Trab. educ. saúde** vol.18 no.3 Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300509#B48. Acesso em: 30 ago. 2022

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia** [on line]. 2011, 63(2), 114-121[fecha de Consulta 23 de Octubre de 2022]. ISSN: 0100-8692. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229019298010

DENADAI, Mirian Cátia Vieira Basílio; BERNARDES, Franciani. Política de saúde mental: Retrocessos à vista? In: **Argum**., Vitória, v. 10, n. 3, p. 5-9, set./dez. 2018. ISSN 2176-9575

FARIAS, Lara Lisboa. **Estado, Nova Direita e Contrarreforma: uma análise sobre Estado, nova direita e contrarreforma: uma análise sobre os atuais parâmetros da Política de Drogas no Brasil.** 130 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

FONSECA, Tania Mara Galli; JAEGER, Regina Longaray. A Psiquiatrização da Vida: Arranjos da Loucura, Hoje. **In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Aspectos punitivos do tratamento nas comunidades terapêuticas: o uso de drogas como dano social. **In: Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 11, n. 1, p. 73-88, abr. 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 set. 2022.

FORTUNATO, Beatriz; BOTELHO, Marcos César. **Descompasso na saúde pública: o acesso à justiça e a judicialização versos o direito à saúde na Constituição de 1988.** Prisma Juridico. 2021. pp. 153-172. 10.5585/prismaj.v20n1.13837. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/352419937_Descompasso_na_saude_publica_o_acesso_a_justica_e_a_judicializacao_versos_o_direito_a_saude_na_Constituicao_de_1988 Acesso em: 06 mar 2023

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. Título do original em francês Histoire de la Folie à l'Âge Classique. Éditions Gallimard, 1972. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. Coleção Estudos Dirigida por J. Guinsburg. EDITORA PERSPECTIVA S. A. São Paulo. 1978

FRANÇA, Pedro. **Após 20 anos, reforma psiquiátrica ainda divide opiniões.** Agência Senado: 2021. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes. Acesso em 30 set. 2022.

GABLE, Shelly L; HAIDT, Jonathan. **What (and Why) Is Positive Psychology?** Review of General Psychology Copyright 2005 by the Educational Publishing Foundation 2005, Vol. 9, No. 2, 103–110 1089-2680/05/$12.00 DOI: 10.1037/1089-2680.9.2.103.

GARNICA SIMINI, Danilo. A proteção das pessoas com deficiência no Sistema Interamericano de Direitos Humanos. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos, Bauru**, v. 10, n. 1, p. 141–161, 2022. DOI: 10.5016/ridh.v10i1.72. Disponível em: https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/72. Acesso em: 06 jan. 2023.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **In: O Social em Questão** - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019. pg 111 – 138

KARAM, Maria Lucia. Direitos humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano**. In: Conselho Federal de Psicologia Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. CFP. Brasília: 2013

LOBATO, Lenaura. Algumas considerações sobre a representação de interesses no processo de formulação de Políticas Públicas**. In: Políticas públicas**. Org. Enrique Saravia e Elisabete Ferrarezi. Brasília: ENAP, 2006. 2 v. ISBN 85-256-0052-0 (Obra compl.) Disponível em: http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1253 Acesso em 02 fev. 2022

LOBOSQUE, Ana Marta.; SILVA, C.R. Saúde mental: marcos conceituais e campos de prática. CRP 04, 2013.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. **O movimento antimanicomial no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016. Acesso em: 06 set. 2020

MÂNICA, Fernando Borges. Saúde: um direito fundamental social individual. **In: Revista Brasileira de Direito da Saúde.** v. 1. Brasília: CMB, 2012, p. 21-34. Disponível em: http://fernandomanica.com.br/artigos/. Acesso em: 23 dez. 2022

MANIFESTO DE BAURU. **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental**. Bauru, dezembro de 1987. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf. Acesso em: 05 set. 2020

MARTIN, Crystopher William dos Santos; FERREIRA, Rafael Alem Mello. Uma analise do princípio da proibição do retrocesso social no ordenamento jurídico brasileiro: fundamentos e aplicação frente à autonomia legislativa**. In: Revista Vianna Sapiens**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 19, 2021.Disponível em: https://www.viannasapiens.com.br/revista/article/view/672. Acesso em: 25 set. 2022.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 17.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

NABUCO, Edvaldo. A Luta Antimanicomial como instrumento de denúncia à violação dos Direitos Humanos. **In. Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?** Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia – RJ [org.] Rio de Janeiro: 2007. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2018-out-12/direitos-fundamentais-direitos-fundamentais-aos-30-anos-constituicao-federal. Acesso em: 05 set. 2022

NASCIMENTO, Larissa Alves do; LEÃO, Adriana. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **In: História, Ciências, Saúde** - Manguinhos vol.26 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2019. Dsiponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/sNMq8fztJLGCfvsQ47ckrSn/?format=pdf&lang=pt Acesso em 04 mai. 2022

NETTO, P. R. (2020, dezembro 12). **Mais de 120 organizações pedem inquérito contra ‘‘revogaço’’ da saúde mental.** UOL. https:// noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agenciaestado/2020/12/12/mais-de-120-organizacoespedem-inquerito-contra-revogaco-dasaudemental Acesso em 20 ago. 2022

NUNES, Mônica de Oliveira; LIMA JÚNIOR, João Mendes de; PORTUGAL, Clarice Moreira; TORRENTÉ, Maurice de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc. saúde coletiva** 24 (12) 25 Nov 2019Dez 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019. Acesso em: 05 set. 2022

OLIVEIRA, Carolina Bessa Ferreira de; SILVA TORRES, Eli Narciso da; TORRES, Osmar. Vidas negras: um panorama sobre os dados de encarceramento e homicídios de jovens negros no Brasil. **In: Trama Interdisciplinar**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 86-106, jan./abr. 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5935/2177-5672/trama.v9n1p86-106. Acesso em: 09 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental**. Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU nº A / 46 / 49 – 17/12/1991). Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/11. Acesso em: 20 dez. 2022

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: < https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 09 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Americana de Direitos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”)**, 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 09 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência.** 1999. Disponível em: http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/a-65.htm. Acesso em: 22 dez. 2022

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Protocolo adicional à convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, sociais e Culturais.** Assembleia-Geral da Organização dos Estados Americanos, em São Salvador, em 17 de novembro de 1988. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm. Acesso em: 22 dez. 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Genebra: WHO; 2005. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Livro-de-recursos-da-OMS-sobre-sa%C3%BAde-mental-direitos-humanos-e-legisla%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 07 jan. 2023

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf. Acesso em 20 dez. 2022

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS, 2019). **Dia Mundial da Saúde Mental: uma oportunidade para dar o pontapé inicial em uma grande escala de investimentos.** Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6263:dia-mundial-da-saude-mental-uma-oportunidade-para-dar-o-pontape-inicial-em-uma-grande-escala-de-investimentos&Itemid=839 Acesso em: 03 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1990. **Declaração de Caracas**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 07 set. 2022

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS, 2020). **Álcool**. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/alcool. Acesso em: 02 out. 2022.

PARADA, Eugenio Lahera. Política y Políticas Públicas. **In: Políticas públicas**. Org. Enrique Saravia e Elisabete Ferrarezi. Brasília: ENAP, 2006. 2 v. ISBN 85-256-0052-0 (Obra compl.) Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1255/1/cppv1_0103_lahera.pdf Acesso em: 03 mai. 2022

PASSOS, Rachel Gouveia. Holocausto ou Navio Negreiro?: inquietações para a reforma psiquiátrica brasileira**. Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. Doi 10.18315/argumentum.v10i3.21483. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483 Acesso em: 11 ago. 2022.

PAULA, Patrícia Pinto de. Políticas Públicas atuais de saúde mental e os serviços substitutivos em BH. **In: Psicologia Social e Políticas de Existência: fronteiras e conflitos**. XV Encontro Nacional da ABRAPSO Maceió: 2009. Disponível em http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/284.%20pol%CDticas%20p%DAblicas%20atuais%20de%20sa%DAde%20mental.pdf Acesso em 06 jun. 2022

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. Caderno de Direito Constitucional. 2006. Disponível em http://www.trf4.jus.br/trf4/upload/arquivos/emagis_atividades/ccp5_flavia_piovesan.pdf. Acesso em 14 ago. 2021.

PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **In: História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out.-dez. 2013, p.1515-1529. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/WmBG9DzdL4CPnT7VHxCmDkw/abstract/?lang=pt Acesso em 12 nov. 2021

RAEDER, Savio Túlio Oselier. CICLO DE POLÍTICAS: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas Em Políticas Públicas, 2014.** 7(13), 121–146. Disponível em: https://revista.uemg.br/index.php/revistappp/article/view/856 Acesso em 18 ago. 2021

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**. 3. ed. rev. atua. UFSC. Florianópolis: 2014.

SANTOS, Lucas Gabriel de Matos; PEDRO, Rosa. Máscara e homem negro: entre o contágio e racismo em um regime necropolítico. **Psicologia & Sociedade** [online]. 2020, v. 32 Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240337. Acesso em: 13 ago. 2022

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuário de drogas no Brasil.** IPEA. S.d. Disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9444/1/Comunidades.pdf Acesso em 07 ago. 2022

SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2006. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1254/1/cppv1_0101_saravia.pdf. Acesso em 09 ago. 2021

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARLET, Ingo Wolgang. **A eficácia dos direitos fundamentais. Uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 10ª ed., Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2009a.

SARLET, Ingo Wolgang. Notas sobre a assim designada proibição de retrocesso social no constitucionalismo Latino-Americano**. Revista do Tribunal Superior do Trabalho**. Porto Alegre: 2009b.

SCARCELLI, Ianni Régia. **Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental.** Tese de doutoramento. USP - São Paulo: s.n., 2002. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-01072019-170653/pt-br.php Acesso em: 01 de set. 2021

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SEGALLA, Juliana Izar Soares da Fonseca; BOTELHO, Marcos César Botelho. A Definição Jurídica de Pessoa e o Conceito de Pessoa com Deficiência: A Importância do Reconhecimento e Valorização da Diversidade. In. TAVRES *et a* org. **I Encontro de Internacionalização do CONPEDI.** Barcelona : Ediciones Laborum, 2015. V. 1. pp. 125-165. Disponível em: https://observalei.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/05/CONPEDI-BARCELONA.pdf#page=125

SILVA, Mônica Eulália da. Histórico da saúde mental no Brasil até o governo atual. In: CASTRO *et al* org. **Políticas públicas em saúde mental: abordagens e desafios** EdUEMG. Belo Horizonte: 2013. pp. 18-63. Disponível em: https://editora.uemg.br/images/livros-pdf/catalogo-2013/2013_POLITICAS_PUBLICAS_EM_SAUDE_MENTAL_ABORDAGENS_E_DESAFIOS.pdf. Acesso em: 08 set. 2021

SILVA, Pedro Henrique Moreira da. CARVALHO, Valdênia Geralda de. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: Interpretando as Intercessões Históricas e Filosóficas da Ordem Psiquiátrica. **In. Direitos Humanos e Democracia**. Editora Unijuí . Ano 8. nº 16. Jul./Dez. 2020. Disponível em: https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia/article/view/8424/6576. Acesso em 03 jan. 2023

SILVA, Rosimeire. Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In: **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. - Brasília: CFP, 2013.

SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado da. Em busca de uma clínica da redução de danos num CAPSAD**. In: Políticas públicas em saúde mental**: **abordagens e desafios.** Carmem Lúcia Freitas de Castro, Cynthia Rúbia Braga Gontijo, Bruno Vasconcelos de Almeida (org.). EdUEMG. Belo Horizonte: 2013.

SIQUEIRA, Dênis Roberto da Silva. Construindo a descriminalização**... In: Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas** / org. por Loiva Maria De Boni Santos. – Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

SIQUEIRA, Julio Homem de; FABRIZ, Daury Cesar. Las Políticas Públicas como mecanismo de protección de derechos. In: TRAMONTINA et al org. **Direitos Fundamentais e Políticas Públicas**. – Joaçaba: Editora Unoesc, 2020.

SOALHEIRO, Nina Isabel. **Da experiência subjetiva a prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos**. Rio de Janeiro; s.n; 2003. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=383941&indexSearch=ID. Acesso em: 02 set. 2020

SOARES, Dilmanoel de Araújo. **Direitos sociais e o princípio da proibição de retrocesso social.** Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), 2010. Disponível em: http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/190963 Acesso em: 02 set. 2020

SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sergio Resendel. Reduzindo Danos e Ampliando a Clínica: Desafios para a Garantia do Acesso Universal e os Confrontos com a Internação Compulsória. **In: Revista Polis E Psique.** 2015**.** Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40319. Acesso em 01 nov. 2022

SPARAPANI, Priscilia. **O princípio da vedação ao retrocesso social e sua aplicação ao regime jurídico dos servidores públicos**. Tese de doutoramento. Universidade Católica, São Paulo. Disponível em: https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/6120/1/Priscilia%20Sparapani.pdf. Acesso em: 23 dez. 2022

SUBIRATS, Joan. Definición del problema. Relevância pública y formacion de la agenda de actuación de los poderes públicos. In: Org. SARAVIA e FERRAREZI org. **Políticas públicas.**. Brasília: ENAP, 2006. 2 v. ISBN 85-256-0052-0 (Obra compl.)

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 7.ed. São Paula: Saraiva, 2009.

VENTURA, CAA. Saúde mental e vulnerabilidade: desafios e potencialidades na utilização do referencial dos direitos humanos. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**a. Editorial out.-dez. 2017;13(4):174-175 DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i4p174-175 http://www.revistas.usp.br/smad. Acesso em: 05 mar. 2023.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M., CHAVES, S.C.L., ESPERIDIÃO, M.A., BARROS, S.G., and SOUZA, J.C. Análise sócio-histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In: TEIXEIRA, C.F., comp. **Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 15-40. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788523220211.0002. Acesso em 29 abr. 2022

YASUI, Silvio**.** Entre o cárcere e a liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar. **In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

ANEXO A - MANIFESTO DE BAURU

Manifesto de Bauru

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

Contra a mercantilização da doença!

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.