

**À BEIRA DO ABISMO E AO ENCONTRO DO ABSURDO:
CONSIDERAÇÕES SOCIOJURÍDICAS SOBRE A NOTA TÉCNICA N.º 11/2019
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

*TO THE BORDER OF THE ABYSS AND TO THE ENCOUNTER OF THE ABSURD:
SOCIO-JURIDICAL CONSIDERATIONS ABOUT TECHNICAL NOTE N.º 11/2019 OF
THE MINISTRY OF HEALTH*

*Ludmila Cerqueira Correia**

*Laércio Martins***

*Maurício Requião****

Resumo: No início do ano de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, através da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, a qual aprofunda o processo de destruição da Reforma Psiquiátrica brasileira e desmonta a Rede de Atenção Psicossocial, desconfigurando a Política Nacional de Saúde Mental, construída a partir dos pressupostos da Luta Antimanicomial. Por meio da revisão de literatura e do acervo legislativo contemporâneo, este artigo analisa a referida Nota Técnica, trazendo à discussão dispositivos da legislação brasileira no âmbito da saúde mental e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Conclui-se que as orientações contidas na Nota Técnica nº 11/2019 restabelecem as práticas manicomiais, violam direitos das pessoas em sofrimento mental e põem fim à Rede de Atenção Psicossocial, aniquilando, assim, a lógica do cuidado em liberdade.

Palavras-chave: Saúde Mental; Nota Técnica nº 11/2019; Dimensão sociojurídica; Reforma Psiquiátrica brasileira; Luta antimanicomial.

Abstract: In early 2019, the Ministry of Health published the Technical Note nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, through the General Coordination of Mental Health, Alcohol and Other Drugs, which deepens the process of destruction of the Brazilian Psychiatric Reform and disassembles the Psychosocial Care Network, disfiguring the Mental Health National Policy, constructed from the assumptions of the Anti-asylum Struggle. Through literature review and the contemporary body of law, this article analyzes the above mentioned Technical Note, bringing to the discussion bringing to the discussion devices of Brazilian legislation in the field of mental health and the International Convention on the

* Professora adjunta no Departamento de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, onde coordena o Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania e integra o Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Direitos Humanos (UFPB). Doutora em Direito, Estado e Constituição pela Universidade de Brasília (2018), com estágio doutoral no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (2015/2016). Mestra em Ciências Jurídicas (área de Direitos Humanos) pela Universidade Federal da Paraíba (2007), com estágio no Departamento de Teoria e História do Direito da Università degli Studi di Firenze (2006/2007). Integra ainda os Grupos de Pesquisa O Direito Achado na Rua (UnB) e Direitos Humanos, Direito à Saúde e Família (UCSal), e o Instituto de Pesquisa Direitos e Movimentos Sociais (IPDMS).

** Doutorando em Direito pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor de Direito do Centro Universitário de Goiatuba – UNICERRADO (GO).

*** Doutor em Direito pela Universidade Federal da Bahia. Professor Adjunto de Direito Civil da Universidade Federal da Bahia e da Faculdade Baiana de Direito.

Rights of Persons with Disabilities. It concludes that the guidelines contained in the Technical Note nº 11/2019 reestablish the manicomial practices, violate the rights of people suffering from mental illness rights and put an end to the Psychosocial Care Network, thus annihilating the logic of care in freedom.

Keywords: Mental Health; Technical Note nº 11/2019; Socio-legal dimension; Brazilian Psychiatric Reform; Anti-asylum Struggle.

1 INTRODUÇÃO

Desde o final de 2016, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira vem sofrendo, por intermédio de portarias e resoluções do Ministério da Saúde (MS), árduas intervenções, as quais têm provocado uma série de retrocessos nas políticas públicas de atenção e cuidado destinadas às pessoas em sofrimento mental¹. A frágil estrutura jurídica de efetivação dos direitos e garantias das pessoas em sofrimento mental – em que pese a existência e vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), bem como da Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) – decorre, sobretudo, das relações de forças presentes no campo político.

Além disso, há que se considerar que a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e seu Protocolo Facultativo, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008, foi internalizada no ordenamento jurídico pátrio com *status* de norma constitucional, seguindo o procedimento do art. 5º, §3º, da Constituição Federal de 1988, culminando na promulgação do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

Nesse sentido, a hermenêutica jurídica adequada para a efetivação dos direitos e garantias das pessoas em sofrimento mental deve corresponder necessariamente à estrita observância das normas supracitadas, além da compatibilidade formal e material com a Constituição Federal de 1988.

A partir dessas premissas jurídicas iniciais, o presente artigo tem como objetivo analisar a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS publicada em 04 de fevereiro de 2019, a qual coloca a Reforma Psiquiátrica brasileira à beira do abismo e ao encontro do absurdo diante das propostas de natureza “técnica” do Ministério da Saúde (MS). Embora tal documento de natureza administrativa assumo o *locus* de instruções de cuidados “científicos” e “neutros”, nota-se que há diversas falácias de *petitio principii* justificadas em circularidades – nelas, para as premissas

¹ DUARTE, Marco José de Oliveira. Política de Saúde Mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. Revista *Libertas*, v.18, n.2 Ago/Dez 2018.

serem admitidas, seria necessário *a priori* ter aceito a conclusão, o que não faz nenhum sentido lógico dentro da estrutura argumentativa². Portanto, tal nota de natureza “técnica” se sustenta pelo absurdo e pela inconstitucionalidade, como se verá a seguir.

2 O FIM DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: À BEIRA DO ABISMO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Se considerarmos que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possui como diretrizes fundamentais para sua configuração o **cuidado territorializado** e a **reinserção social** da pessoa em sofrimento mental, fica evidente que já no início da Nota Técnica nº 11/2019 o que se propõe é outro modelo, diferente da RAPS, que mais se aproxima do modelo asilar. Dito isso, observe o falso argumento apresentado no texto:

A Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017, altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), delineando novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios para o fortalecimento da RAPS, que se esclarecem por meio da presente Nota Técnica, sendo as demais portarias citadas acessórias e complementares.³

Assim, é importante que seja destacado que as novas diretrizes de ações propostas, à época, pelo Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, o médico psiquiatra Quirino Cordeiro Júnior, têm o objetivo não de fortalecer a RAPS, pois tais medidas são contrárias à sua própria essência, mas de configurar outra forma de tratamento na “assistência psiquiátrica”. Portanto, o objetivo não é o fortalecimento da RAPS, mas a criação de outro modelo, que por evidência lógica não deveria ser chamado de RAPS.

Além disso, houve profundas alterações na Política Nacional sobre Drogas brasileira, representando o fim institucional das políticas públicas de redução de danos. A introdução da Nota Técnica nº 11/2019 apresenta a abrangência de pessoas compreendidas dentro das ações em saúde mental pública e afirma que “as abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências

² SGARBI, Adrian. *Introdução à Teoria do Direito*. São Paulo: Marcial Pons, 2013.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019. p. 1.

científicas, atualizadas constantemente”⁴, ao buscar “promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental”⁵.

Como dito acima, o retrocesso profundo nas ações em saúde mental começou no final de 2016, que, segundo Quirino Cordeiro Junior, foi uma época de “construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais”⁶. Todavia, já ficou demonstrado que a Resolução nº 32/2017 (Comissão Intergestores Tripartite do MS), que antecedeu a Portaria nº 3.588/2017-MS, não tinha o objetivo de tornar a Política de Saúde Mental “mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada.”⁷, como apontado na mencionada Nota Técnica.

Com o discurso de estar evoluindo na “reforma do modelo de assistência”, a Nota Técnica nº 11/2019 afirma que o aprimoramento necessário à RAPS está em conformidade com a essência da Lei nº 10.216/2001 (conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica)⁸. Qual é a interpretação objetiva do então Coordenador acerca da essência da Lei da Reforma Psiquiátrica? Nenhuma, pois ele não apresenta sua interpretação no decorrer da Nota.

É possível observar que o desejo pelo fim da RAPS está presente no texto da Nota, ainda que se diga o contrário, pois as ações no campo prático ali apontadas sustentam o modelo manicomial. Há uma aporia nesse discurso institucional que tende ao absurdo das ações manicomialmente apresentadas como “novas” formas institucionalizadas. Para compreender melhor esse percurso, é preciso recordar as Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde em 2018, que provocam um verdadeiro desmonte da RAPS.

Nesse sentido, é possível apontar a Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018, que suspendeu o repasse do 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 RAPS, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018, que informa lista de Estados e Municípios que

⁴ *Ibid.*, p. 3.

⁵ *Ibid.*, p. 3.

⁶ *Ibid.*, p. 3.

⁷ MARTINS, Laércio. Às imagens, as sombras do porvir: 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Revista Diorito*, v.2 Jan/Jun 2018.

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019. p. 3.

receberam recursos referentes à parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a RAPS e não executaram o referido recurso.

As medidas previstas nessas Portarias podem acarretar agravos no quadro de saúde de milhares de pessoas atendidas pelos mencionados dispositivos e serviços de saúde mental, uma vez que muitos deles já podem ter deixado de funcionar desde o mês de janeiro/2019. Nesse caso, com a interrupção desses serviços, o direito fundamental à saúde previsto na Constituição Federal estaria sendo violado. Trata-se de um dos direitos humanos a ser efetuado concretamente pelas ações do Estado, envolvendo e valorizando a sociedade⁹.

Ademais, é possível visualizar a retomada da centralidade do hospital psiquiátrico, uma vez que pode haver o aumento da hospitalização tendo em vista o fechamento dos mencionados serviços de saúde mental territoriais. A publicação de outra Portaria pelo Ministério da Saúde vai nesse sentido, ao aumentar os valores pagos para internações em hospitais psiquiátricos: a Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.

O discurso observado na Nota Técnica nº 11/2019 acerca da máxima acessibilidade às modalidades de tratamento validadas e aplicáveis¹⁰ parece apontar para esse “novo modelo”. Ao partir da hipótese de que tal Nota busca o fim da RAPS, é importante dizer que o deslocamento de recurso financeiro de “R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,5 bilhão” para a “RAPS”, ou seja, o “novo modelo” objetiva outra estrutura assistencial incluindo hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD¹¹.

Portanto, esse “novo modelo”, distinto da RAPS, prevê possibilidades contrárias às diretrizes fundamentais da Rede: a) cuidado territorializado e b) reinserção social da pessoa em sofrimento mental. Fica evidente a tentativa do atual Ministério da Saúde de criar um “novo

⁹ CORREIA, Ludmila Cerqueira. Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. In: CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia (Orgs.). *Dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira*. limites e possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 79-107.

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019. p. 3.

¹¹ *Ibid.*, p. 3.

modelo” tão somente que contenha a RAPS, mas sem atentar para a própria essência da Rede, gerando um paradoxo nas ações em saúde mental que devem primar pela liberdade no cuidado:

O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutivos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui o outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares.¹²

Tal posicionamento, além de contraditório como dito acima, demarca o fim da RAPS, que em sua essência tem natureza substitutiva no cuidado das pessoas em sofrimento mental. É o que se extrai do texto da Lei nº 10.216/2001, que afirma como direito da pessoa em sofrimento mental o tratamento em **serviços comunitários de saúde mental**, o qual terá como finalidade a **reinserção social** dessa pessoa, **vedando a sua internação em instituições com características asilares**¹³. Nesse sentido, resta claro o objetivo de superação do modelo asilar centrado no hospital psiquiátrico.

Ressalte-se a existência de vários relatórios de vistorias e inspeções realizadas seja por organizações de Direitos Humanos, Associações e Conselhos de Classe, seja por instituições dos Sistemas de Saúde e de Justiça e mecanismos independentes (como o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura), que já vem denunciando, há muito tempo, as diversas violações de direitos humanos perpetradas em hospitais psiquiátricos, bem como em Comunidades Terapêuticas. Este é mais um motivo para que não haja investimento público nos hospitais psiquiátricos nem nas Comunidades Terapêuticas, corroborando o que a própria Lei nº 10.216/2001 dispõe sobre a internação, que “só será indicada quando os recursos extrahospitais se mostrarem insuficientes”¹⁴.

Ora, se a premissa de “rede substitutiva” não faz mais parte da presente Política Nacional de Saúde Mental, seria mais honesto intelectualmente dar um conceito distinto a esse “outro modelo” e defini-lo adequadamente às “novas” diretrizes e não usar a ideia da Rede de

¹² *Ibid.*, p. 3-4.

¹³ BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 16 fev. 2019.

¹⁴ *Ibid.*, 2001.

Atenção Psicossocial construída por esforços científicos, sociais e políticos desde a década de 1970, com a mobilização do Movimento da Luta Antimanicomial¹⁵.

Há, portanto, um rompimento tácito que o governo federal realizou com a ideia originária da RAPS. Paradoxalmente, a Nota Técnica nº 11/2019 afirma que “um dos pontos da Nova Política Nacional de Saúde Mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)”, uma vez que se busca com os “novos” dispositivos a institucionalização da pessoa em sofrimento mental.

O atendimento Ambulatorial passou a ser incentivado, sobretudo como alternativa à Atenção Básica e aos CAPS. Ao que parece, funcionaria como uma triagem e serviço de emergência psiquiátrica, “ocupando um vazio assistencial que existia na RAPS”¹⁶. Todavia, tal proposta já existia na RAPS, a partir da multiformidade dos CAPS e dos leitos de saúde mental em Hospital Geral. Sendo assim, resta claro que o que se pretende com esta modalidade é afastar o atendimento ambulatorial das unidades da Atenção Básica. Até a última Portaria sobre a RAPS (2011), estas unidades estavam encarregadas pela produção de cuidados aos transtornos mentais comuns. Para tanto, lançava-se mão das estratégias de matriciamento, discutindo conjuntamente os casos mais graves, formando equipes dos serviços comprometidos com o cuidado e fomentando a lógica da corresponsabilidade do acompanhamento.

A partir da Nota Técnica, o atendimento Ambulatorial apresentado parece pretender acabar com os vários dispositivos envolvidos neste tipo de assistência (o que contradiz o chamado “vazio assistencial”) que vêm sofrendo com o desfinanciamento, a saber: CAPS, NASF e Atenção Básica. Nesse caso, se existe um “vazio assistencial”, como afirma a Nota Técnica, esse foi produzido pelo sucateamento dos serviços que constituem a RAPS, desde o final de 2016, além da vagarosa ampliação da rede existente, inviabilizando o efetivo atendimento da população.

Ademais, apesar de definir a funcionalidade dos CAPS e do Ambulatório apresentando uma distinção, afirma que tais serviços não são concorrentes entre si e atendem necessidades distintas, portanto poderiam conviver dentro desse “novo modelo”, de modo que o Ministério da

¹⁵ CORREIA, Ludmila Cerqueira. *Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira*. 2018. 383 f. Tese (Doutorado em Direito, Estado e Constituição) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019, p. 4.

Saúde não apoiará o fechamento de Ambulatórios, inclusive incentivando a sua permanência com recursos financeiros¹⁷.

Em busca de ampliar leitos psiquiátricos especializados, o médico psiquiatra Quirino Cordeiro Júnior defende essa expansão dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas, inclusive com a revisão do valor pago pelas internações (conforme mencionado acima, com o aumento previsto na Portaria nº 2.434/2018), cabendo ao Hospital Psiquiátrico seguir “os protocolos e padrões modernos vigentes”¹⁸. Porém, em nenhum momento, traz referências ou discorre sobre tais “padrões modernos vigentes”.

Falaciosamente, afirma defender a desinstitucionalização dos “pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos”: “entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos”¹⁹. Está evidente que além de não fechar leitos psiquiátricos e estimular a ampliação destes, seja no âmbito público, seja no privado, a Nota Técnica nº 11/2019 afirma, contraditoriamente, a permanência dos Hospitais Psiquiátricos.

Nesse caso, vale resgatar a Portaria nº 1.727 publicada no final de 2016, que dispõe sobre a homologação do resultado final do PNASH/Psiquiatria 2012/2014. Esse documento aponta a necessidade de descredenciamento do SUS de 27 hospitais psiquiátricos, por não alcançarem “os índices mínimos aferidos pelo PNASH, bem como a efetivação do processo de desinstitucionalização e de substituição do modelo de atenção, com base nas diretrizes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial”²⁰.

Dessa forma, os gestores de saúde relacionados ao nível de gestão do hospital indicado para descredenciamento devem encaminhar ao Ministério da Saúde o planejamento do processo de desinstitucionalização e das altas hospitalares, bem como o plano de expansão da RAPS necessária à garantia do acesso ao tratamento no âmbito territorial e comunitário. Tal orientação prevista nessa Portaria constitui “medida fundamental para o fortalecimento da RAPS e para a

¹⁷ *Ibid.*, p. 4.

¹⁸ *Ibid.*, p. 4.

¹⁹ *Ibid.*, p. 5.

²⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 1.727, de 24 de novembro de 2016*. Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria 2012/2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1727_24_11_2016.html>. Acesso em: 16 fev. 2019.

garantia de direitos das pessoas egressas de internações”²¹. Observa-se, portanto, um verdadeiro descompasso entre o que prevê a referida Portaria e as “novas” diretrizes elencadas na Nota Técnica nº 11/2019.

É um absurdo lógico e um ato desumano pressupor a desinstitucionalização concomitantemente com o aumento de incentivo institucional para a permanência e ampliação de leitos psiquiátricos, uma vez que tais recursos poderiam ser alocados para as necessidades sociais das pessoas em sofrimento mental.

A Nota Técnica nº 11/2019 afirma que o Brasil, no que diz respeito ao número de leitos por habitantes, encontra-se abaixo do padrão estabelecido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em descumprimento às Portarias nº 3.088/2011 e 1.101/2002 do Ministério da Saúde, e aproxima a discussão para o campo dos manicômios judiciários, em uma comprovação do estigma e da representação social da loucura, a partir da ideia de “periculosidade”.

Em que pese a NT nº 11/2019 não se referir diretamente aos Manicômios Judiciários e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, há que se lembrar que o uso discursivo da ideia de crescimento da população carcerária com sofrimento mental proporcionalmente à falta de leitos em hospitais psiquiátricos retoma a política de higienização social nos espaços públicos.

Observa-se que os parâmetros adotados na Nota não estão de acordo com as próprias orientações do Ministério da Saúde ali citadas, como a Portaria nº 3.088/2011, que prevê 1 leito para cada 23 mil habitantes, número que é corroborado pela Portaria GM/MS nº 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015, que revogou a Portaria GM/MS nº 1.101/2002, esta última também citada na Nota Técnica, que indica erroneamente o índice de 0,45 por 1.000 habitantes (o que significaria quase o dobro do índice previsto nos critérios e parâmetros para ações e serviços de saúde no âmbito do SUS referidos na Portaria GM/MS nº 1.631/2015²²).

²¹ CORREIA, Ludmila Cerqueira. *Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira*. 2018. 383 f. Tese (Doutorado em Direito, Estado e Constituição) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. p. 123.

²² BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria GM/MS nº 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015*. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em: 16 fev. 2019.

No que diz respeito às Comunidades Terapêuticas, embora possuam previsão de existência na Rede de Atenção Psicossocial²³, é importante destacar o paradoxo do seu funcionamento e sua participação no campo do cuidado.

Em face do crescimento do número de dependentes de álcool e outras drogas na população indígena e do alto índice de suicídio, buscou-se deslocar recursos financeiros para aplicação em políticas públicas, afirma a Nota Técnica nº 11/2019²⁴, ao tempo em que foram levantados dados que traziam denúncias sobre o funcionamento dos serviços e dispositivos que compõem a RAPS. Todavia, as informações apresentadas na Nota Técnica nº 11/2019 não se sustentam²⁵.

Novamente, o argumento de provisão das melhores práticas clínicas disponíveis aos usuários dos serviços em saúde mental aparece sob a égide da “evidência científica”. De fato, resta claro que a aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica tão somente estaria sendo utilizada com fundamentação exclusiva na redação do seu art. 2º, parágrafo único, inciso I. Tal posicionamento hermenêutico não contempla o sentido e o alcance da norma antimanicomial em benefício do cuidado em liberdade da pessoa em sofrimento mental.

Assim, o que a Nota Técnica nº 11/2019 propõe como “oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais” disponibilizada no SUS é a Eletroconvulsoterapia (ECT). É impressionante e assustador que tal aparelho ainda esteja presente no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo de Saúde, além do Ministério da Saúde passar a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas²⁶. Aqui cabe destacar que a utilização do aparelho de ECT fere frontalmente a Lei nº 10.216/2001, no seu art. 2º, parágrafo único, inciso VIII, que prevê como direito da pessoa em

²³ Importa salientar que as Comunidades Terapêuticas não faziam parte do projeto original da RAPS.

²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019, p. 5.

²⁵ É possível verificar o avanço na promoção da saúde e no cuidado em saúde mental proporcionado pela evidência científica da RAPS como instrumento de reintegração social como, por exemplo, no trabalho de BALLARIN, MIRANDA e FUENTES, 2010.

²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019, p. 6.

sofrimento mental “ser tratada em ambiente terapêutico pelos **meios menos invasivos possíveis**”²⁷.

A Resolução do CONAD 01/2018 apresentou retrocessos profundos, sobretudo no cuidado e na atenção às pessoas em situação de dependência química ao apresentar a opção política da abstinência e o isolamento como paradigma principal de tratamento²⁸. Curiosamente, tais medidas passaram a ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, subordinada ao Ministério da Cidadania, em razão da Medida Provisória nº 870, de 1 de janeiro de 2019. Em outras palavras, o debate acerca da política sobre drogas foi deslocado para o campo da discussão na área da cidadania e da segurança pública, indiretamente²⁹.

Após a edição e publicação da Nota Técnica nº 11, no dia 4 de fevereiro de 2019, o médico psiquiatra Quirino Cordeiro Junior, que subscreveu tal documento, foi exonerado no dia 07 de fevereiro da Coordenação Nacional de Saúde Mental e assumiu a pasta responsável sobre álcool e outras drogas no Ministério da Cidadania, de modo subsequente. Até o presente momento não houve a nomeação de outro nome para o cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental.

Ainda no permanente discurso enganoso de “ampliação da Rede de Atenção Psicossocial”, a Nota Técnica nº 11/2019 afirma que expande e fortalece as ações na rede de cuidado³⁰. Todavia, só reforça a falácia de circularidade de que não cabe mais a ideia de que os Hospitais Psiquiátricos devem abrigar moradores³¹, uma vez que o cuidado em saúde mental nunca deveria ter sido realizado sob a égide da moradia forçada, já que muitas pessoas foram retiradas das ruas, em face da manutenção da ordem social, e colocadas dentro do espaço asilar

²⁷ BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 16 fev. 2019.

²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019, p. 6.

²⁹ Novamente na Nota Técnica nº 11/2019, na página 7, há a utilização do argumento do melhor tratamento em saúde, todavia, desta vez nas discussões sobre a Política de Drogas conforme pode ser verificado: “É importante ressaltar que as mudanças nas Políticas descritas acima foram realizadas em obediência à Lei 10.216/2001, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais. Vale lembrar aqui que é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, de acordo com a Lei, mostrando a necessidade de se ofertar tratamento aos pacientes, de acordo com suas necessidades e complexidade de seu quadro clínico, sem desprezar nenhuma forma de tratamento”.

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019, p. 8.

³¹ *Ibid.*, p. 8.

compulsoriamente³². O discurso da legitimação da exclusão social proposto na atual Nota Técnica é endossado pela prática de boas virtudes:

Assim, as novas ações ocorrem em defesa do SUS, do cidadão e de seu direito a um atendimento efetivo, humanizado e de qualidade em Saúde Mental. O SUS lança diretrizes buscando oferecer uma rede assistencial equilibrada, ofertando tratamento, de acordo com as necessidades dos pacientes. Assim, a política pública passa a se adequar às demandas dos pacientes, e não o contrário³³.

É importante observar que o fim da Rede de Atenção Psicossocial, em razão do “novo modelo de expansão”, que denominaremos de **práticas manicomiais**, resulta de um olhar acrítico das dimensões sociais e políticas da democracia brasileira e da própria participação social na construção da saúde pública.

3 A INCONSTITUCIONALIDADE DA PROPOSTA NA NOTA TÉCNICA Nº 11/2019 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Uma vez apresentado o paradoxo na busca de “ampliação e fortalecimento da RAPS” e evidenciadas as falácias da Nota Técnica nº 11/2019, cumpre demonstrar que tal perspectiva apresentada afronta a Magna Carta de 1988, em que pese a afirmação de que a redação do texto foi realizada “em obediência à Lei 10.216/01”³⁴.

A Constituição Federal de 1988 já possui dispositivos normativos que protegem os direitos das pessoas com deficiência, assegurando as garantias³⁵. Além disso, com *status* de norma constitucional, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e seu Protocolo Facultativo apresentam diretrizes para o cuidado em saúde, de modo que é possível destacar, considerando os demais com igual importância, o art. 1º, que assegura a proteção e promoção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, em respeito à dignidade da pessoa humana e o art. 3º que afirma o respeito à independência da pessoa, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas e a autonomia individual.

³² LOBO, Lilian Ferreira. *Os Infames da História. Pobres, Escravos e Deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

³³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019, p. 8.

³⁴ Conforme pode se verificado nas páginas 3 e 7 da Nota Técnica 11/2019.

³⁵ Art. 7º, XXXI, art. 37, VIII, art.40, §4º, I, art. 201, §1º, art. 203, IV e V, art. 208, III, art. 227, §1º, II e §2º e art. 244, todos da CRFB/88.

Nesse sentido, na alínea “d” do art. 3º da CDPD há novamente o mandamento normativo de respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da dignidade. Em obediência ao mandamento do art. 4º, alíneas de “a” a “i”, o Brasil, enquanto signatário de tal documento já internalizado no ordenamento pátrio com *status* constitucional, deve adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na referida Convenção. Lamentavelmente, a Nota Técnica nº 11/2019 segue na direção contrária à norma constitucional brasileira. Em outras palavras, trata-se de um documento inconstitucional.

Cumpre salientar que o art. 17 da CDPD garante que a pessoa com deficiência tem o direito ao respeito à sua integridade física e mental, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Ora, uma vez dito isso, é notório que as **práticas manicomiais** destacadas na Nota Técnica, além de promover o isolamento social da pessoa, oferecem um “tratamento” incompatível com as melhores práticas de cuidado em liberdade.

A qualidade e padrão dos programas e cuidados em saúde devem conservar o máximo de autonomia e plena capacidade física, intelectual, social e profissional com plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida (art. 25, alínea “a” da CDPD). É dentro desse contexto constitucional que a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) deve ser pensada e aplicada, não de forma isolada como a Nota Técnica assim o fez.

Observe o absurdo proposto pela Nota Técnica nº 11/2019 - a possibilidade de internação psiquiátrica para crianças e adolescentes:

Não há restrições absolutas para o atendimento de pacientes menores de idade nos Serviços da RAPS, sendo aplicável o bom-senso, a ética e o princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente. O melhor interesse do paciente deve sempre prevalecer. Deve-se colocar como exemplo o caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas. Vale ressaltar que não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes³⁶.

Sob o princípio do melhor interesse da pessoa em sofrimento mental, de acordo com o argumento supracitado, poderia ser pensada a internação. Esse posicionamento é problemático

³⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019. p. 24.

e, de fato, pode assumir interesses escusos, distantes da proteção da criança ou adolescente. Sustentar essa possibilidade de argumentação em nome do “princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente” é, no mínimo, má-fé diante das ações e avanços, no âmbito constitucional, e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determina expressamente no seu artigo 12 que: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”³⁷. Com isto, há uma imposição objetiva: a criança ou adolescente não pode ser deixado no Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico ou Comunidade Terapêutica, sendo necessária a permanência integral do pai ou da mãe ou responsáveis. Apesar de afirmar que não há qualquer impedimento legal para a internação de crianças e adolescentes nas mencionadas instituições, a Nota Técnica não apresenta a legislação que fundamenta tal possibilidade de forma a garantir os direitos desse grupo social, conforme previstos no ECA.

Não obstante essas observações jurídicas, há um mandamento constitucional presente no art. 3º, alínea “h” da CDPD que afirma o respeito pelas capacidades em desenvolvimento de crianças com deficiência e respeito pelo seu direito a preservar sua identidade. Corroborando com o argumento de proteção às crianças com deficiência, incluindo aquelas em sofrimento mental, o art. 7º, item 1 da CDPD diz que os Estados partes devem adotar as medidas necessárias para assegurar às crianças com deficiência o pleno desfrute de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, em igualdade de oportunidades com as demais crianças.

Além disso, contra o modelo de **práticas manicomiais** e de internação se faz necessário apontar o art. 7º, item 3 da CDPD que afirma o direito das crianças com deficiência de expressarem livremente sua opinião sobre todos os assuntos que lhes disserem respeito, tenham a sua opinião valorizada de acordo com a idade e maturidade e recebam tratamento adequado à sua deficiência e idade para que possam realizar tal direito. Tal dispositivo corrobora o que já previa a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), no seu artigo 12, alínea 1, no sentido de assegurar à criança “o direito de expressar suas opiniões livremente sobre todos os assuntos relacionados

³⁷ BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 16 fev. 2019.

com a criança, levando-se devidamente em consideração essas opiniões, em função da idade e maturidade da criança.”. Vale lembrar que a CDC foi promulgada pelo Brasil em 1990³⁸.

4 OS PREJUÍZOS À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL

Recentemente, por meio da já aludida Lei nº 13.146/2015, se inaugurou um novo paradigma no status civil das pessoas com deficiência, o que inclui as pessoas em sofrimento mental. Isso se deu com a modificação dos arts. 3º e 4º do Código Civil, para fazer com que estes sujeitos deixassem o rol dos incapazes, onde sempre estiveram na legislação pátria.

Em que pese a necessidade de ajustes legislativos para superar incongruências e garantir a melhor proteção dos interesses de tais sujeitos, a mudança é revolucionária. Isto porque, fazer com que a capacidade seja a regra para as pessoas em sofrimento mental é poderoso modo de inserção social desta parcela da população.

De início, pelo efeito prático patrimonial mais direto, de permitir que realizem negócios jurídicos de modo válido. Isso possibilita a realização de contratos, testamentos, bem como do casamento, para citar apenas alguns dos relevantes atos que perpassam a vida dos sujeitos e que, por terem conteúdo patrimonial, antes dificilmente poderiam ser praticados validamente por uma pessoa em sofrimento mental.

Porém, considerando a vivência no sistema capitalista, há que se entender que a devolução da capacidade vai para além dos aspectos patrimoniais, alcançando também aqueles existenciais³⁹. De um lado, porque a decretação da incapacidade, ainda que direcionada para aspectos patrimoniais, acaba por alcançar também os existenciais do sujeito. Aquele que, nesta sociedade, não pode gerir seu dinheiro, acaba não podendo gerir também a sua vida. De outro, porque a possibilidade de limitação da capacidade, por determinação expressa da Lei nº 13.146/2015, não deve mais estar relacionada com os aspectos existenciais⁴⁰.

Dentre os aspectos existenciais, se encontra o direito de tomar decisões sobre a sua própria saúde e tratamento médico, que impactam diretamente no desenvolvimento de diversos

³⁸ BRASIL. *Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990*. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm>. Acesso em: 16 fev. 2019.

³⁹ REQUIÃO, Maurício. *Estatuto da pessoa com deficiência, incapacidades e interdição*. 2. ed. Florianópolis: Tirant Lo Blanch, 2018. p. 28.

⁴⁰ Assim dispõe o art. 85 da Lei nº 13.146/2015: “A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.”

direitos da personalidade. É neste ponto que aqui aprofundaremos, por dialogar de modo mais direto com as mudanças propostas pela Nota Técnica nº 11/2019.

Como já dito anteriormente, ao pretender reinserir a estrutura manicomial na RAPS, em verdade, a Nota Técnica a está desestruturando e transformando em algo contrário à finalidade para a qual se construiu. É necessário ter atenção histórica neste ponto, pois o fundamento da Luta Antimanicomial, que em última instância resultou na criação da RAPS e no afastamento do sistema de internação como padrão de tratamento, se deveu, em muito, à constatação das violações à dignidade e aos direitos da personalidade dos sujeitos em sofrimento mental. Talvez o maior impacto sequer seja exatamente jurídico, mas sim social, já que a internação é fator que reforça o estigma⁴¹ com o qual já sofrem as pessoas com transtornos mentais dos mais diversos.

Sem perder esse fator de vista, se fará a seguir análise da Nota Técnica no que toca a ser ela promotora ou prejudicial da realização dos direitos da personalidade, notadamente de dois deles: o direito ao corpo e o direito à privacidade.

4.1 CORPOS DÓCEIS, CORPOS ÚTEIS

A Nota Técnica nº 11/2019 restabelece possibilidades de violação ao direito ao corpo por mais de um caminho. Por um lado, porque aparelha e estabelece de modo mais amplo a possibilidade de internação do sujeito contra a sua vontade. Os manicômios, em tempos não muito distantes, foram meio de exclusão dos indesejados. O confinamento do corpo daquele que não se amolda de forma desejável ao pretendido pelos que ocupam instâncias de poder, somado ao estigma decorrente de tal ato, tem sido modo eficaz de silenciar e oprimir, bastante recorrente nas instituições totais, sejam elas manicômios ou prisões⁴².

Os registros históricos, seja como relatados na França, por Foucault⁴³, ou por Arbex⁴⁴, no Brasil, mostram internações por causas das mais absurdas, como tristeza, ou desobediência, sobretudo em relação às mulheres, muitas delas internadas pelos maridos ou porque quando

⁴¹ GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p.7. De acordo com o autor, o estigma se caracteriza como 'a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena'.

⁴² GOFFMAN, Ervin. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

⁴³ FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na idade clássica*. 9.ed. São Paulo: Perspectiva, 2012, *passim*.

⁴⁴ ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração, 2013. p. 25.

meninas ficaram grávidas dos patrões, dentre outras situações de opressão. Internações estas que ocorriam não de modo episódico, mas sim como verdadeiro modo de afastamento de tais pessoas, em definitivo, do corpo social.

Este confinamento nas instituições totais acaba por gerar também a submissão do corpo a outros tratamentos desumanos. No Hospital Colônia de Barbacena-MG, que de modo algum se tratava de uma realidade isolada⁴⁵, os registros são abundantes⁴⁶. Pessoas cujos leitos eram palha cobrindo o chão para que um maior número de internos pudesse ser armazenado⁴⁷. Venda de cadáveres para faculdades de medicina, e de crânios, a partir de corpos derretidos num tanque de ácido no próprio pátio da instituição, para faculdades de odontologia⁴⁸ e eletrochoques.

A Eletroconvulsoterapia (ECT), popularmente conhecida como eletrochoque, era utilizada não apenas como tratamento, mas sobretudo como modo de punição. O relato a seguir, trazido por Arbex, ilustra o quadro de descaso de como já foi utilizada a “terapia” proposta pela Nota Técnica nº 11/2019, inclusive em crianças e adolescentes:

A colega Maria do Carmo, que também era da cozinha, foi a primeira a tentar. Cortou um pedaço de cobertor, encheu a boca do paciente, que a esta altura já estava amarrado na cama, molhou a testa dele e começou o procedimento. Contou mentalmente um, dois, três e aproximou os eletrodos das têmporas de sua cobaia, sem nenhum tipo de anestesia. Ligou a engenhoca na voltagem 110 e, após nova contagem, 120 de carga. O coração da jovem vítima não resistiu. O paciente morreu ali mesmo, de parada cardíaca, na frente de todos. Estarrecidas, as candidatas se mantiveram em silêncio. Algumas lágrimas teimaram em cair naqueles rostos assustados, mas ninguém ousou falar. Imediatamente, os atendentes do hospital embrulharam o coitado num lençol, como se aquele não fosse um cadáver. Simplesmente fizeram o pacote, colocaram no chão, e o corpo

⁴⁵ Veja-se, por exemplo, o relato relativamente recente feito por Marcelo Veras, informando que no ano 2000 o Hospital Juliano Moreira realizou ‘90 mil atendimentos ambulatoriais, 15 mil atendimentos emergenciais, além de manter um hospital com 200 leitos, permanentemente superlotado’, ou ainda quando informa que o visitante que eventualmente fosse ao hospital se deparava com ‘fezes, urina, gritos e mãos que seguravam seus braços, como se fossem uma boia que evitaria o afogamento de um naufrago’. VERAS, Marcelo. *A loucura entre nós: uma experiência lacaniana no país da Saúde Mental*. 2. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014. p.172; p.163-164.

Na mesma linha, a narrativa de Noemi Murekian, que informa que mesmo após o implemento da Lei 10.216/2001, ‘práticas médicas violentas tais como o eletrochoque forçoso, a dopagem forçosa, a reclusão e o confinamento solitário continuam sendo realizadas, junto às violentas práticas tradicionais/religiosas, nos próprios lares das pessoas como nas instituições, causando um trauma que não é reconhecido como tal em nossas comunidades, visto que é feito em nome do tratamento terapêutico’. MUREKIAN, Noemi Graciela. Representações sociais, estigma e processos de reforma psiquiátrica: uma revisão teórica de documentos e pesquisas na interface psicossocial e política. In: *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, vol.6, n.3, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2019. p. 149.

⁴⁶ ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração, 2013.

⁴⁷ *Ibid*, p. 27.

⁴⁸ *Ibid*, p. 76-78.

ainda quente ficou à espera de quem o recolhesse para o necrotério. “Menos um”, pensou o guarda enquanto fazia o serviço.⁴⁹

A Nota Técnica não indica as condições de uso ou quadros clínicos para o qual tal “tratamento” seria utilizado, não introduz qualquer rotina de procedimento. Em outras palavras, abre as portas para a ressurreição da barbárie. Além disso, ao financiar a compra do equipamento de aplicação de ECT, o Ministério da Saúde acaba optando por um meio invasivo, contrariando, assim, os preceitos da Lei nº 10.2016/2001, como já explicitado acima.

Ademais, ao reinserir a possibilidade de internação como algo rotineiro, a Nota Técnica acaba retirando do sujeito o seu direito de escolha quanto ao modo de tratamento da própria saúde, inclusive no que toca à citada Eletroconvulsoterapia, já que o histórico de internações nos hospitais psiquiátricos demonstra que o sujeito internado costuma ter menos poder de escolha quanto aos mecanismos de tratamento, ficando submetido de modo ainda mais submisso ao poder-saber médico.

4.2 O FIM DA VIDA PRIVADA

A privacidade é direito que se encontra garantido não apenas no Código Civil, art. 21, como direito da personalidade, mas também na Constituição Federal, art. 5º, XXX, enquanto direito fundamental. Este direito à privacidade se manifesta das formas mais diversas, passando por questões tais quais, mas não apenas, o direito de estar só, de não ter sua vida íntima devassada, de poder guardar informações sobre si do escrutínio alheio. A retomada do modelo de internação se coloca, de uma só vez, como apta a violar a privacidade em todas as dimensões acima narradas.

O hospital psiquiátrico, como modelo de instituição total, tem a constante violação da privacidade como um de seus pressupostos⁵⁰. De início, é subtraído do sujeito o direito de estar só, já que, no mais das vezes, será forçado a um convívio integralmente coletivo, sem espaço para momentos de privacidade. Para uma demonstração histórica, recorre-se mais uma vez ao quadro que foi encontrado no Hospital Colônia⁵¹. O manicômio, cumprindo o papel de verdadeiro

⁴⁹ ARBEX, op. cit., p. 37-38.

⁵⁰ GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2013. p. 31.

⁵¹ Conforme se verifica na obra do cineasta Helvécio Raton **Em nome da razão**, um documentário sobre os porões da loucura, ao apresentar a realidade do Hospital Colônia de Barbacena (MG). Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=PeXjSSs4q2k>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

depósito humano, levava os sujeitos a serem amontoados em quartos coletivos, a conviver no pátio em espaços coletivos e a eventualmente se submeter ao atendimento médico de modo individualizado, sem que, portanto, em momento algum lhes fosse dado o direito de estar sozinho.

E que não se diga que isso ocorre com objetivo terapêutico, já que nos termos da Lei nº 13.146/2015, qualquer tratamento dado à pessoa com deficiência ou sofrimento mental deve ser realizado no sentido de promoção da sua autonomia, o que se dá, decerto, também pela promoção de espaços em que o sujeito possa estar sozinho, para exercício da sua individualidade e consequente desenvolvimento enquanto pessoa.

Ademais, a instituição total também tende à devassa da vida íntima nos aspectos mais pessoais, já que o controle pressupõe a extração do máximo de informações sobre o sujeito a ser controlado. A pessoa em sofrimento mental internada passa a ter dados sobre si coletados, na maioria das vezes, independentemente de qualquer autorização específica neste sentido.

Esta devassa da privacidade chega inclusive a dialogar com a própria violação do corpo, quando se pensa, por exemplo, na retirada de sangue, ou demais exames, para reduzir e escrutinar a pessoa a dados técnicos, sem que seja colhido o devido consentimento informado. Não se trata, aqui, de desconhecer a necessidade de exames para o devido tratamento, mas sim de se posicionar contrariamente ao modo como estes, historicamente, são realizados na pessoa internada por apresentar transtornos mentais de qualquer natureza.

Destaque-se ainda que a queixa quanto à violação da privacidade é algo comum nas pessoas internadas, não apenas por questão de saúde mental, mas pelas causas mais diversas⁵². Naquelas, entretanto, a violação se mostra agravada, vez que carregam consigo mais um fator de vulnerabilidade.

É, portanto, numa análise jurídica, de todo prejudicial ao desenvolvimento da pessoa e à realização dos seus direitos da personalidade o retorno das instituições totais como meio regular de tratamento, sejam eles chamados de hospitais psiquiátricos ou manicômios ou outra denominação. A realização da pessoa humana passa pela promoção da sua dignidade e autonomia, fatores para os quais as previsões da Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde trabalham de modo diametralmente contrário.

⁵² PUPULIM, Jussara Simone Lenzi. *Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física*: construção e validação de um instrumento de medida. 2009. 222 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. p. 17.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstrado, o **modelo de práticas manicomiais** inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desde a Resolução nº 32/2017 e as Portarias que se seguiram, conforme consta na página introdutória da Nota Técnica nº 11/2019, é contrário à própria essência da RAPS, que prevê o cuidado em liberdade e, portanto, territorial, inserido no campo social. Em outras palavras, não há lógica em uma rede de cuidado fundamentada no cuidado em liberdade ter **práticas manicomiais**. Há que se dizer: o que está posto/proposto não é a RAPS, mas um modelo manicomial.

Assim, o que está nítido desde então é o fim da RAPS, sob a égide de “melhor prática de cuidado” e em razão da “evidência científica”. Curiosamente, em nenhum momento da Nota Técnica nº 11/2019, destacou-se a importância da construção social da Reforma Psiquiátrica brasileira e os avanços durante mais de 30 (trinta) anos da história da saúde pública mental brasileira, desde a abertura democrática, a partir do Movimento da Luta Antimanicomial.

Nesse caso, registre-se que a Nota Técnica afirma que as ações propostas “foram construídas conjuntamente entre os gestores do SUS e cerca de 70 entidades, todas conhecedoras da realidade da saúde mental no país.”⁵³ Ocorre que a Nota Técnica nem menciona quais foram essas “70 entidades”. Ora, a Política Nacional de Saúde Mental também ficou conhecida pela grande influência da participação social na sua formulação, com as contribuições dos diversos segmentos e coletivos que compõem o Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil. Porém, desde 2017 nem mesmo as entidades da sociedade civil que compõem o Conselho Nacional de Saúde (CNS) têm sido consultadas para debater as mudanças impostas pelo Ministério da Saúde na área da saúde mental.

Portanto, há quase três anos a participação social tem sido reiteradamente negada pelos órgãos do Governo Federal nessa seara, o que tem prejudicado sobremaneira a implementação adequada da RAPS. Esse estado de coisas tem mobilizado os movimentos e coletivos da luta antimanicomial, além de organizações que atuam na área da saúde coletiva, que já se manifestaram publicamente sobre o conteúdo dessa Nota Técnica.

⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019. p. 1.

Em um segundo momento, e por fim, ficou evidente o absurdo legislativo de tais documentos de natureza administrativa expedidos pelo Ministério da Saúde, sobretudo, pela sua natureza inconstitucional. À luz dessa consideração, aqui foram apresentados alguns argumentos sociojurídicos que demonstram que a situação atual no campo da saúde mental está à beira do abismo.

REFERÊNCIAS

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração, 2013.

BRASIL. *Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

Acesso em: 16 fev. 2019.

_____. *Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990*. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm>. Acesso em: 16 fev. 2019.

_____. *Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e seu Protocolo Facultativo 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: 16 fev. 2019.

_____. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 16 fev. 2019.

_____. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 16 fev. 2019.

_____. *Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>. Acesso em: 16 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria GM/MS nº 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015*. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em: 16 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 1.727, de 24 de novembro de 2016*. Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria 2012/2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1727_24_11_2016.html>. Acesso em: 16 fev. 2019.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; MIRANDA, Iara Monteiro Smeke de; FUENTES, Ana Carolina de Ramos Castelhana. Centro de Atenção Psicossocial: Panorama das Publicações de 1997 a 2008. *Revista de Psicologia, Ciência e Profissão*, 2010. p.726-737.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. *Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira*. 2018. 383 f. Tese (Doutorado em Direito, Estado e Constituição) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

_____. Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. In: CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia (Orgs.). *Dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 79-107.

DUARTE, Marco José de Oliveira. *Política de Saúde Mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência*. Revista *Libertas*, v.18, n.2 Ago/Dez 2018.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na idade clássica*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

_____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2013.

LOBO, Lilian Ferreira. *Os Infames da História. Pobres, Escravos e Deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MARTINS, Laércio. *Às imagens, as sombras do porvir: 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira*. *Revista Diorito*, v.2 Jan/Jun 2018.

MUREKIAN, Noemi Graciela. Representações sociais, estigma e processos de reforma psiquiátrica: uma revisão teórica de documentos e pesquisas na interface psicossocial e política. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, vol.6, n.3, 2012. Disponível em:<<http://www.tempusactas.unb.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

PUPULIM, Jussara Simone Lenzi. *Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida*. 2009. 222 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. p. 17.

RATTON, Helvécio. *Em nome da razão*. Disponível em:
<<https://www.youtube.com/watch?v=PeXjSSs4q2k>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

REQUIÃO, Maurício. *Estatuto da pessoa com deficiência, incapacidades e interdição*. 2. ed. Florianópolis: Tirant Lo Blanch, 2018.

SGARBI, Adrian. *Introdução à Teoria do Direito*. São Paulo: Marcial Pons, 2013.

VERAS, Marcelo. *A loucura entre nós: uma experiência lacaniana no país da Saúde Mental*. 2. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014.

Recebido em: 27/02/2019

Aprovado em: 11/03/2019

Editor:
Dr. Leonardo da Rocha de Souza