

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS  
MISSÕES  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CÂMPUS DE ERECHIM  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL**

**GABRIELLE MAGNAN**

**O MANICÔMIO EM NÓS: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

**ERECHIM – RS**

**2018**

**GABRIELLE MAGNAN**

**O MANICÔMIO EM NÓS: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA  
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

**Monografia apresentada para obtenção do  
título de Especialista em Psicologia Clínica e  
Saúde Mental, do Departamento de Ciências  
Humanas da Universidade Regional  
Integrada do Alto Uruguai e das Missões –  
Câmpus de Erechim**

**Orientador: Prof. Ms. Felipe Biasus**

**ERECHIM – RS**

**2018**

**GABRIELLE MAGNAN**

**O MANICÔMIO EM NÓS: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA  
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

**Monografia apresentada para obtenção do  
título de Especialista em Psicologia Clínica e  
Saúde Mental, do Departamento de Ciências  
Humanas da Universidade Regional  
Integrada do Alto Uruguai e das Missões –  
Câmpus de Erechim**

**Erechim, 27 de novembro de 2018.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Psic. Prof. Ms. Felipe Biasus**

**Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Erechim**

---

**Enf. Prof. Ms. Samuel Salvi Romero**

**Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Erechim**

---

**Cirurgião-Dentista Prof. Ms. Antônio Augusto Iponema Costa**

**Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Erechim**

Dedico este trabalho a todos aqueles que, em algum momento de suas vidas, tiveram sua morte civil e social decretadas por um laudo profissional.

A todas as vítimas de uma psiquiatria criminosa e de uma sociedade segregadora.

Aos sujeitos que, ainda hoje, permanecem silenciados, sem o direito de poder narrar a própria história.

## RESUMO

O presente estudo, de cunho exploratório e método hermenêutico, objetivou realizar uma análise a respeito do conceito de lógica manicomial, investigando se, de alguma forma, as ações ofertadas pelos serviços abertos de saúde mental no Brasil ainda reproduzem esta forma de cuidado, mesmo após todas as conquistas obtidas na área nas últimas décadas. Para tanto, descreveram-se os avanços e retrocessos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com vistas a identificar, na atualidade, quais são as práticas assistenciais que ainda replicam este modelo, obsoleto e ineficaz, assinalando os possíveis desafios para a sua superação. A metodologia utilizada foi o levantamento bibliográfico, nas bases de dados Lilacs, Scielo e Portal de Periódicos Capes, de artigos publicados em língua portuguesa, nos últimos 5 (cinco) anos. Por meio da compilação dos dados obtidos, como resultados, verificou-se que o 'circuito especial' onde o sujeito em sofrimento psíquico pode transitar aumentou nos últimos anos, porém, sua reinserção social, de fato, ainda não foi possível, pois sua liberdade se mantém reduzida aos poucos locais que o 'aceitam'. Isso se deve, especialmente, aos (des)interesses políticos e econômicos, (des)interesse e forma de atuação de profissionais e gestores, assim como pelas dificuldades na consolidação das Redes de Atenção à Saúde, especialmente a Psicossocial, fatores que contribuem, sobremaneira, para manter vivo 'o manicômio em nós', que teima em aniquilar existências e produzir relações sociais que não suportam a diferença.

**Palavras-chaves:** Saúde mental. Serviços de Saúde Mental. Políticas Públicas de Saúde.

## ABSTRACT

This exploratory and hermeneutical study aimed to analyze the concept of asylum logic, investigating whether, in any way, the actions offered by the open mental health services in Brazil still reproduce this form of care, even after achievements in the area in recent decades. In order to do so, we describe the advances and setbacks of the Antimanicomial Struggle and the Brazilian Psychiatric Reform, in order to identify, at present, which assistance practices still replicate this obsolete and ineffective model, pointing out the possible challenges for overcoming it. The methodology used was the bibliographical survey, in the databases Lilacs, Scielo and Portal de Periodical Capes, of articles published in Portuguese, in the last 5 (five) years. Through the compilation of the obtained data, as results, it was verified that the 'special circuit' where the subject in psychic suffering can transit increased in the last years, however, its social reinsertion, in fact, has not yet been possible, because its freedom it remains reduced to the few places that 'accept' it. This is due, in particular, to the political and economic (dis)interests, (dis)interest and manner of action of professionals and managers, as well as the difficulties in consolidating the Care Networks, especially Psychosocial, which contribute, alive 'the insane asylum in us', which insists on annihilating existences and producing social relations that do not support difference.

**Key-words:** Mental Health. Mental Health Services. Public Health Policy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>9</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Lógica Manicomial .....</b>	<b>11</b>
3.1.1 Manicômio: a instituição da loucura .....	11
3.1.2 E no Brasil... de modo diferente ao que a canção de Cazuza nos diz, o tempo, no manicômio, para!.....	14
<b>3.2 Da Luta antimanicomial à consolidação da Reforma Psiquiátrica: trajetória brasileira “Por uma sociedade sem manicômios!” .....</b>	<b>22</b>
3.2.1 O protagonismo social e a Luta Antimanicomial .....	22
3.2.2 Do manicômio ao território: a Reforma Psiquiátrica e a possibilidade de viver/existir/ser em liberdade .....	25
3.2.2.1 A dimensão jurídico-política e o controle social .....	29
3.2.2.1.1 Primeiras legislações .....	30
3.2.2.1.2 Anos 70: da denúncia ao início de um movimento .....	31
3.2.2.1.3 Anos 80: a década da consolidação de direitos .....	31
3.2.2.1.4 Anos 90: os avanços nas legislações estaduais e municipais .....	33
3.2.2.1.5 Anos 2000: promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	34
<b>3.3 Serviços abertos de saúde mental: há tanta vida lá fora! .....</b>	<b>36</b>
3.3.1 Conceituação e modalidades assistenciais .....	36
3.3.2 Tecendo os fios da saúde mental: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) .....	40
3.3.2.1 Retrocesso: eu vejo o futuro repetir o passado... ..	42
<b>3.4 O real cuidado nos serviços abertos: um museu de grandes novidades? .....</b>	<b>44</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>54</b>
<b>5 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o modelo de cuidado asilar e de lógica manicomial ganhou força no país, especialmente no período da ditadura militar. Na época, de maneira geral, ocorreram diversas transformações no âmbito da saúde pública em decorrência do desinvestimento no setor por parte do governo federal (SOUZA; PONTES, 2017).

No tocante à saúde mental, houve o fortalecimento do modelo manicomial privado por meio de convênios entre governo e hospitais, conforme apontam Wadi, Olinto e Casagrande (2015). Medidas como fechamento dos leitos públicos e apoio a estabelecimentos particulares desencadearam uma onda privatista, denominada pelos estudiosos de “indústria da loucura”, que utilizava a doença mental como um objeto precioso de lucro (SCHEFFER; SILVA, 2014).

A privatização da saúde, o cuidado degradante dispensado aos pacientes, somados às precárias condições de trabalho dos profissionais, fizeram emergir movimentos de resistência com vistas à ruptura desta realidade (SCHEFFER; SILVA, 2014). Denúncias sobre o abuso frequente do poder médico e violações de direitos dos indivíduos internados nos hospitais psiquiátricos e manicômios judiciais geraram revolta na sociedade e tornaram-se a mola propulsora de tais reivindicações (GARCIA et al., 2017).

Em meio a este contexto, surgiu a Reforma Psiquiátrica Brasileira, no final da década de 1980, como um movimento de luta por melhorias nas condições de saúde e de vida das pessoas em sofrimento psíquico, especialmente em relação à conquista e exercício da cidadania por meio de formas mais humanas e acolhedoras de se pensar e promover saúde (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014).

Considerando este processo histórico brasileiro, o presente estudo objetivou realizar uma análise a respeito do conceito de lógica manicomial, com o intuito de investigar se, de alguma forma, as ações ofertadas pelos serviços abertos de saúde mental no Brasil ainda reproduzem esta forma de cuidado, mesmo após todas as conquistas obtidas em decorrência da Reforma Psiquiátrica nas últimas décadas.

A escolha pela temática se deu em função da vivência de trabalho da autora, que ocupa um cargo de gestão na Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Enquanto profissional de referência regional da Política de Saúde Mental, por meio do contato diário com profissionais, gestores e serviços de 62 (sessenta e dois) municípios da área de abrangência da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, tornou-se usual a constatação de que o cuidado asilar/manicomial ainda está presente nas rotinas e concepções dos serviços e profissionais, possivelmente por diversos fatores, tais como: (des)interesses políticos e econômicos,



(des)interesse e forma de atuação dos gestores/profissionais e dificuldades na consolidação das Redes de Atenção à Saúde, especialmente a Psicossocial – RAPS.

Outro fator que motivou a escolha da temática relaciona-se a seguinte indagação: seria esta uma realidade local, regional – em função de ainda existir um hospital psiquiátrico na região, com 80 (oitenta) leitos; além de 10 (dez) instituições asilares privadas que abrigam cerca de 350 pessoas em caráter fechado, sendo, uma delas, exclusiva para adolescentes –, ou a reprodução do modelo manicomial também está presente nos demais estados e regiões?

Como resultados, compilaram-se as principais ideias dos autores no que se refere ao conceito de lógica manicomial e como a sua prática se desenvolveu nos manicômios brasileiros. A partir disso, narrou-se a trajetória da Luta Antimanicomial à consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, assim como os recentes e indigestos retrocessos. Conceituaram-se os serviços abertos de saúde mental, assim como os dispositivos e modalidades terapêuticas que compõem a Rede de Atenção Psicossocial atualmente e, por fim, elencaram-se os principais desafios para a superação deste modelo, assim como os atuais impasses enfrentados para que a proposta da Reforma Psiquiátrica se efetive, em todas as suas dimensões.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo classifica-se como exploratório, pois se utiliza fundamentalmente de levantamento bibliográfico. Esta metodologia, geralmente, é encontrada na literatura com diferentes denominações, tais como: Estado da Arte, Estado do Conhecimento, mapeamento, tendências, panorama, entre outras, tendo como foco central a busca do conhecimento acumulado em um determinado campo de estudos, delimitado no tempo e no espaço geográfico (PILLÃO, 2009).

Para Ferreira (2002), os estudos sobre o Estado da Arte têm como desafio mapear e discutir, em diferentes campos do conhecimento, certa produção acadêmica, descrevendo quais aspectos e dimensões vêm sendo destacadas em diferentes épocas e lugares, bem como de que forma e em quais condições elas têm sido produzidas.

Conforme Freitas e Pires (2015), é comum que as revisões bibliográficas façam parte dos estudos acadêmicos, de forma resumida ou introdutória, mas, em alguns casos, este mapeamento torna-se a metodologia e o foco, exclusivamente. Para os autores, em função do caráter tão abrangente, torna-se imprescindível a delimitação de datas para início e fim de coleta de dados, de modo que se possa acompanhar o movimento do conhecimento do tema selecionado, sem, com isso, ignorar a sua infinitude.

Considerando estes fatores, para atender a metodologia proposta, os materiais pesquisados para este estudo foram os escritos em língua portuguesa, incluindo apenas os artigos publicados nos últimos 5 (cinco) anos. As bases de dados acessadas foram: Scielo, Lilacs e Portal de Periódico Capes, contemplando os seguintes descritores de busca: “lógica manicomial”, “luta antimanicomial”, “reforma psiquiátrica” e “serviços abertos de saúde mental”.

Como resultado preliminar, obteve-se um total de 695 itens. Porém, cabe observar que há repetições de aparição de alguns materiais entre as bases de dados – entre a própria base e em relação às demais –, o que levou a um total de 300 itens, após excluídas as referidas repetições e os artigos em línguas estrangeiras. Para atender à metodologia proposta, desses 300, ainda foram descartadas monografias, dissertações e teses, que totalizaram 43, ou seja, como número final, avaliaram-se 257 artigos em língua portuguesa.

Ressalta-se que cerca de 82% destes artigos foram obtidos por meio do descritor “Reforma Psiquiátrica”, o que, por conseguinte, resultou na eliminação de grande parte deste material devido à repetição das informações, assim como por não se relacionarem à temática específica: reprodução da lógica manicomial nos serviços abertos de saúde mental.

Após a leitura e análise dos 257 resumos, foram selecionados 56 artigos, aos quais se procedeu a leitura sistemática, com fichamento de cada obra, ressaltando os principais pontos abordados. Para a elaboração dos resultados e discussão, utilizou-se o método hermenêutico, cotejando as principais ideias dos autores estudados relativas à temática pesquisada.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Lógica Manicomial

#### 3.1.1 Manicômio: a instituição da loucura

*“Sequelas não acabam com o tempo. Amenizam”.*  
*Poema das 4 horas de espera para ser eletrocutado*  
(Austregésilo Carrano)

Falar em lógica manicomial, necessariamente, requer lembrar o que foram, e ainda são, os hospitais psiquiátricos ou manicômios. Estes locais, historicamente, são símbolo de exclusão daquelas pessoas consideradas inaptas ao convívio social e que em algum momento de suas vidas foram etiquetadas como “loucas”, estando apoiados no saber médico, que ascendeu no século XVIII e tornou natural o tratamento desumano aos seres socialmente indesejados (IGNATOWSKI, 2018).

Segundo o autor, entre o final do século XVIII e meados do século XX, com o advento da psicopatologia como disciplina científica, os manicômios se disseminaram pelo mundo ao passo que a compreensão da loucura foi convertida em questão médica, contribuindo, sobremaneira, para o aumento do poder psiquiátrico na medida em que, aos olhos da sociedade, o psiquiatra tornou-se o profissional capaz de estabelecer uma diferenciação entre indivíduos “normais” e “anormais”, com rigor científico. Assim, a psiquiatria colocou sob o manto da aceitabilidade e da respeitabilidade os interesses morais, econômicos e políticos hegemônicos da época, excluindo os seres indesejáveis, os psiquicamente desviantes, cuja autonomia poderia e deveria ser cassada.

Guimarães (2017) corrobora com o exposto, afirmando que, na tradição médica, a crise dos sujeitos em sofrimento psíquico tornou-se o momento decisivo para o diagnóstico absoluto e para a intervenção fundamental da prática manicomial: internar o “doente mental”, o que, por consequência, promovia o sequestro do sujeito de seu convívio sociofamiliar por meio de internações de longa permanência em manicômios, locais que se tornavam suas residências e palco de graves violações de Direitos Humanos. A justificativa era de que a psiquiatria, em nome da proteção, auxiliaria a sociedade que se sentia ameaçada pela suposta periculosidade da loucura.

Ainda, sabe-se que os autores da psiquiatria clássica lançavam um olhar ora moral, ora biologicista sobre a loucura, classificando-a como uma doença e sugerindo que a única forma de tratamento para estes casos seria a internação hospitalar, por meio do isolamento (MARTINS, 2017), ou seja, a institucionalização se dava não só em nome da proteção da sociedade, mas, também, como uma alternativa terapêutica aos “loucos” e “alienados”. Sendo assim, de acordo com Cézár e Coelho (2017), há dois pontos fundamentais relacionados ao isolamento: primeiro, a permanência no manicômio como a possibilidade de criação de um lugar de exame, tornando possível conhecer a objetividade da loucura; e, segundo, a institucionalização como uma medida terapêutica, uma vez que acreditava-se que o manicômio estava organizado para afastar as causas e agravantes da alienação.

Desta forma, o isolamento passou a ser defendido como terapêutico, justificado pela necessidade de garantir a segurança dos loucos e de suas famílias, assim como se tornou a maneira de libertá-los das influências externas. Ainda, era entendido como algo necessário para submeter os alienados ao regime médico e impor-lhes novos hábitos morais e intelectuais (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014).

Martinhago e Oliveira (2015), por sua vez, também relatam que uma das principais funções do hospital psiquiátrico era a de afastar o louco de todas as influências externas e observar a doença pura, em sua natureza, desenvolvimento e características, uma vez que, sem a intervenção institucional, a loucura ficaria aprisionada e obstruída. Portanto, a hospitalização, com a ajuda do poder dos psiquiatras, faria a doença emergir em sua latência, tornando-a observável, cognoscível e tratável.

Não obstante, a história conta que o objetivo terapêutico do isolamento parece não ter sido alcançado. Pelo contrário, os relatos denunciam uma realidade perversa, criminosa e cronificante, revelada pelos mais diversos autores estudados.

Historicamente, as pessoas foram meramente institucionalizadas e isoladas da sociedade, sem acesso a terapêuticas eficazes, mesmo quando os alienistas – médicos dedicados ao cuidado dos doentes mentais – eram reformadores e bem-intencionados. Mesmo eles, sequer minimamente, conseguiram amenizar as aterrorizantes condições existentes nos asilos para loucos, não promovendo tratamentos efetivos, nem cuidado humano e digno (DEL’OLMO; CERVI, 2017).

Com o passar do tempo, o manicômio tornou-se a instituição onde a sociedade depositou estes sujeitos, por não saber ou por não desejar conviver com a loucura, conforme apontam Martinhago e Oliveira (2015). Para os autores, ao afastar estas pessoas do meio social, com a anuência da psiquiatria e da ciência, reificou-se a loucura, pois, uma vez diagnosticado, o sujeito

não teria legitimada mais nenhuma forma de manifestação, sendo, todas as suas formas de expressões, atribuídas à doença. Assim, desacreditado e, porque não, desumanizado, ficou fadado a sofrer os mais diversos níveis de violência institucional, a começar pelo desrespeito total aos seus hábitos e suas maneiras de pensar e agir. Para Filippon, Kantorski e Saeki (2015), a loucura pode, então, ser entendida como uma produção social, assim como o seu território – o louco; e o seu lugar – o hospício. É a instituição da loucura.

No modelo hospitalocêntrico, na lógica manicomial, os loucos tinham seus desejos vetados, contidos e até embotados pela violência com a qual eram tratados (JUNQUEIRA; CARNIEL; MANTOVANI, 2015). Vigilância, tratamento moral, punição, custódia e interdição: o sujeito visto como doente e centro do problema. Pouca ou nenhuma consideração pela sua existência enquanto subjetividade desejante, ao passo em que a cura era almejada dentro da lógica biomédica, sintomatológica e higienista (SHIMOGUIRI; ROSA, 2017). Conflitos psíquicos ou sociais eram considerados doença.

Quanto às poucas terapêuticas adotadas, a maioria violava, em muitos aspectos, os Direitos Humanos, não raro sendo utilizadas como castigo e coerção (AZEVEDO et al., 2014). Como resultado, geravam a vivência da exclusão, ausência de valor social e estigmas relacionados à incapacidade, estranheza, incomunicabilidade e periculosidade (KINKER; IMBRIZI, 2015).

O manicômio, então, poderia ser visto como um lugar que, no seu objetivo de tratar a doença mental, ao mesmo tempo alimentava a necessidade de sua reprodução, transmitindo-a nas formas de expressão, codificação e tratamento. Um lugar que propagava um modo de pensar e agir contagioso e crônico: a cultura manicomial, que garantia aceitação naturalizada daquele espaço de violência, onde as vidas eram limitadas à doença e à instituição e, os técnicos, eram protegidos da angústia do inusitado, pois, ali, a lógica já estava pronta (FONSECA; JAEGER, 2016). As circunstâncias em que o doente se encontrava eram, desta forma, produzidas pela sociedade que o rejeitava e pela psiquiatria que o geria (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

No manicômio, havia o isolamento real no plano físico, por meio de muros, portões, grades, entre outros, além do caráter fechado da rotina da instituição, mais estritamente relacionado às sanções, normas e regras que submetiam e determinavam a conduta do sujeito (FURTADO et al., 2017). Ainda, o doente perdia os vínculos com as pessoas que lhe estavam próximas, perdendo, também, sua individualidade, pois era afastado dos objetos que tinham ligação com algum sentimento do “eu” ao passo que era designado a viver com coisas estranhas a si (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

Estes locais, para Furtado et al (2017) caracterizavam-se por proporcionarem rupturas com a vida, especialmente pelo fato de todos os aspectos da existência do doente serem desenvolvidos no mesmo lugar e sob uma única autoridade, assim como em função de cada atividade cotidiana ser realizada sob o acompanhamento imediato de um grupo de pessoas, que também eram tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer tudo em conjunto. Estas atividades, rigidamente controladas, sequenciadas e com horários fixos, faziam parte de um plano racional único que, supostamente, devia atender aos objetivos da instituição. O isolamento e controle também eram evidenciados na medida em que os doentes estabeleciam relações interpessoais apenas entre si e com a equipe de trabalhadores, perdendo os demais vínculos afetivos e sociais.

Estas práticas e lógicas manicomiais, que vêm sendo descritas no estudo, desfavoreciam a apreensão da subjetividade e reforçavam a criação de dependência por parte dos sujeitos em sofrimento psíquico (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015). O doente, submetido a uma vivência institucionalizada, tinha seu mundo restrito aos muros e grades do hospital psiquiátrico e via seu tempo tornar-se estático (SOUZA; PONTES, 2017). O manicômio virava sua moradia; o ócio, seu trabalho e o abandono, seu lazer (DUARTE; PASSOS; GOMES, 2015).

Portanto, observa-se como esta forma de cuidado, durante muito tempo, negligenciou os sujeitos e os submeteu a uma realidade perversa e cronificante, seja por meio do isolamento físico, ou, ainda, pelas tantas outras formas de segregação, violência e descaso com as suas subjetividades.

3.1.2 E no Brasil... de modo diferente ao que a canção de Cazuza nos diz, o tempo, no manicômio, para!

*“Ainda hoje, anos depois, a espera é por demais agonizante.  
Horas, minutos, segundos são eternidades martirizantes. [...] Esta espera, oh Deus! É como nunca pagar o pecado original.  
É ser condenado à morte várias vezes.  
Quem disse que se morre só uma vez?”*

*Poema das 4 horas de espera para ser eletrocutado*

(Austregésilo Carrano)

A dura realidade sobre a lógica manicomial, descrita até então, também foi vivida no Brasil e relatada pelos autores estudados. Segundo Rameh-de-Albuquerque et al (2017), desde meados do século XIX, os manicômios, ou instituições carcerárias e asilares, foram o tratamento em saúde mental disponibilizado aos loucos, alienados e doentes mentais brasileiros.

Pode-se observar que em diferentes momentos da história, as nomenclaturas utilizadas também foram sendo modificadas: loucura, alienação, doença mental, psicopatia, sofrimento psíquico, dentre outros, sendo alguns dos termos utilizados para descrever os sujeitos socialmente excluídos e marginalizados (DEL'OLMO; CERVI, 2017).

Nas primeiras instituições psiquiátricas brasileiras, tais como as Santas Casas, o exercício da filantropia e das práticas religiosas, aliadas às terapêuticas advindas da psiquiatria a uma presença tênue – ou mesmo ausência – do Estado, representaram marcas comuns do processo de constituição, existência e atuação destes locais (WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015). Foi apenas por volta de 1830 que os médicos higienistas solicitaram ao Império Colonial Português a abertura de um hospício, voltado ao internamento das pessoas consideradas alienadas. Assim, em 1841, foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, no Rio de Janeiro, chamado de Hospício Dom Pedro II que, mais tarde, foi rebatizado como Hospital Nacional dos Alienados. O local era destinado a abrigar os sujeitos que ameaçavam a “ordem e progresso” e a construção de uma ilusória e homogênea identidade nacional (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE et al., 2017).

Muito tempo depois, nas décadas de 1940 e 1950, ocorreu o fenômeno de crescimento dos hospitais psiquiátricos no país. Em 1941, havia 62 hospitais, sendo 23 públicos e 39 privados. Com a expansão, na década de 60, dos leitos psiquiátricos hospitalares disponíveis, 70% eram privados, o que denunciava uma verdadeira indústria da loucura no país (SANTOS; CARDOSO, 2015).

Nos anos 80, conforme Goulart (2015), a estrutura assistencial psiquiátrica, especialmente a rede hospitalar privada, era uma verdadeira rede de desumanidade, que deixava em uma situação absolutamente sórdida os brasileiros institucionalizados e, ainda pior: era sustentada por recursos da Previdência Social. A autora segue relatando que essa rede operava com um modelo assistencial precário, apoiada no uso indiscriminado de psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais, sem projeto clínico ou terapêutico real. Com isso, os resultados palpáveis eram: superlotação dos hospitais psiquiátricos, iatrogenia e altos índices de mortalidade e segregação.

Neste modo de cuidado asilar, característico da lógica manicomial, de acordo com Severo, L'Abbate e Campos (2014), os processos de trabalho incluíam recursos multiprofissionais, mas não ultrapassavam a fragmentação de tarefas e supervalorização do saber médico. A organização da instituição era em forma de pirâmide, com poder em sentido verticalizado e a decisão e coordenação concentradas no ápice.



Portanto, as formas de cuidado da época eram hierarquizadas, com prescrições tutelares, tratamentos morais, supermedicalização e processos de trabalho centrados no médico. Os profissionais de saúde eram transformados em vigilantes e guardiões de corpos dóceis (PAULON, 2017), ao passo que os trabalhadores de enfermagem realizavam, basicamente, cuidados de higiene, alimentação e administração de medicação. Muito comum, por esses profissionais, era o uso da agressividade, pois a falta de preparo e ausência de estímulo no trabalho gerava, em suas relações com os alienados, atos violentos, lutas e até mesmo morte (GUIMARÃES et al., 2015).

Kinker (2017, p. 190), em sua experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico – em uma cidade do interior nordestino, ano de 2005 – a partir de uma intervenção decretada pela Justiça Federal a pedido do Ministério da Saúde, descreveu o trecho a seguir, que corrobora com a realidade relatada pelos autores supracitados:

Os seguranças, com suas chaves e portas, tinham como tarefa direcionar o fluxo dos pacientes entre as enfermarias e o banho de sol no pátio. Eram como que pastores de ovelhas, conduzindo seu rebanho para que a máquina da instituição pudesse girar como um fim em si mesmo. De certa forma, eram também vítimas do próprio controle que exerciam, uma vez que se mantinham empobrecidos e aprisionados pela tarefa, objetivados como os internos pela instituição. Palavras? Diálogos? Estes eram desnecessários para a realização da tarefa.

As medicações também seguiam padronizadas. As prescrições eram iguais para todos e os comprimidos eram distribuídos como rações em uma bandeja: um comprimido de cada cor para cada integrante de uma longa fila. A contenção mecânica no leito era comum e obedecia à função de manter a máquina em funcionamento sem nenhuma perturbação.

Maftum et al (2017) aprofundam esta questão, descrevendo que os cuidados de enfermagem eram executados por agentes de nível médio, presididos por um profissional de nível superior que, por sua vez, atuava sob ordem médica. No tocante ao serviço público, durante o regime asilar hospitalar, os autores afirmam que a maioria dos profissionais era admitida ao trabalho com a mesma conotação da admissão de um paciente: por castigo, ausência de opção de escolha ou por se mostrarem como um problema para outras instituições.

Um caso emblemático que retrata a realidade manicomial nua e crua é o de Damião Ximenes Lopes, que foi o primeiro caso brasileiro a ser julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), da Organização dos Estados Americanos (OEA), no ano de 1999:

Damião Ximenes Lopes tinha 30 anos quando, em outubro de 1999, foi internado por sua mãe na única clínica psiquiátrica do município de Sequência, no Ceará. O rapaz apresentava um intenso quadro de sofrimento mental, razão pela qual foi levado por sua mãe, Albertina Viana Lopes, à citada instituição para ter cuidados médicos. A clínica, chamada Casa de Repouso Guararapes, era credenciada pelo Sistema Único

de Saúde (SUS). Quatro dias depois, sua mãe foi visitá-lo e o porteiro da Casa de Repouso não quis deixá-la entrar. Mesmo frente ao impedimento colocado pelo funcionário, ela conseguiu entrar e chamar por Damião. O relatório da Comissão Interamericana de Direitos Humanos refere que:

Ele [Damião] veio até ela [mãe] caído e com as mãos amarradas atrás, sangrando pelo nariz, com a cabeça toda inchada e com os olhos quase fechados, vindo a cair a seus pés, todo sujo, machucado e com cheiro de excrementos e urina. Que ele caiu a seus pés dizendo: polícia, polícia, polícia, e que ela não sabia o que fazer e que pedia que o desamarrassem. Que ele estava cheio de manchas roxas pelo corpo e com a cabeça tão inchada que nem parecia ele.

Diante disso, Albertina procurou ajuda entre os profissionais para providenciarem cuidados ao seu filho. Desse modo, auxiliares de enfermagem deram banho em Damião, enquanto ela conversava com o único médico que estava na instituição. Sem realizar nenhum tipo de exame, ele receitou alguns remédios a Damião e se retirou da Casa de Repouso. A mãe deixou a instituição consternada e quando chegou a sua casa, situada no município de Varjota, recebeu o recado de que haviam telefonado da Casa de Repouso para falar com ela. Algumas horas depois, conseguiu retornar à instituição, quando então soube que seu filho havia morrido. A família pediu que fosse realizada uma necropsia, ao contrário do médico da Casa de Repouso, Francisco Ivo de Vasconcelos, que não havia ordenado a realização do exame. No mesmo dia, trasladaram o corpo de Damião para o Instituto Médico Legal Dr. Walter Porto, onde a necropsia foi feita pelo mesmo médico da Casa de Repouso que concluiu por “morte real de causa indeterminada”.

[...]

Entretanto, o relatório de nova necropsia identificou sinais e marcas no corpo de Damião que sinalizaram para a prática de tortura (DEL’OLMO; CERVI, 2017, p. 206 - 208).

O caso Damião foi apenas um dos milhares ocorridos na história e revela que, por meio da contenção hospitalocêntrica, foi segregada imensa quantidade de pessoas, loucos, toxicodependentes, a juventude, adultos tristes e crianças sem família (DEL’OLMO; CERVI, 2017). A homossexualidade, o uso de drogas ilícitas, a perda precoce da virgindade das meninas e outros tantos comportamentos, considerados desviantes da moral social e dos interesses político-econômicos vigentes, décadas após décadas, seguiam ensejando o asilamento (IGNATOWSKI, 2018).

No Rio Grande do Sul, o Hospital Psiquiátrico São Pedro, na época, afirmava que cumpria outras funções – sociais e não propriamente hospitalares – servindo de abrigo, albergue ou asilo de velhos, menores abandonados, mendigos, desempregados, isto é, local de destino dos sem família, sem lar, sem-terra e sem trabalho. Ainda, servia de casa correcional ou prisão para alcoolistas, toxicômanos, brigadores, desordeiros, desadaptados ou todos os que, de alguma forma, perturbavam a ordem pública e desrespeitavam as normas familiares e sociais. Também era usado como recurso de internação para pessoas com problemas clínicos e neurológicos ou como meio para conseguir bons rendimentos eleitorais pelo uso clientelístico das internações (ASSMANN; SILVA, 2015). Da mesma forma, as demais instituições asilares do país seguiam com esta mesma “função social”.

Pode-se dizer que esta realidade, cruel e alarmante, até certa medida, era respaldada não só técnica e social, mas legalmente. Enquanto legislação, o que havia na época, até 2001, era o Decreto n° 2.559, de 1934, em que os doentes mentais eram tratados como sujeitos desprovidos de direitos. As internações se processavam de forma automática e arbitrária, transformando-se em verdadeiras autorizações de sequestro e condenações a encarceramento, possivelmente perpétuo (GOULART, 2015).

Os artigos 9°, 10° e 11° do referido Decreto ilustram bem esta situação:

Art. 9° Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata [doente mental] em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10° O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, perturbar ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11° A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

a) Por ordem judicial ou requisição de autoridade policial;

b) A pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até quarto grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por alguns interessados, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões que determinantes da sua solicitação (FIGUEIREDO, 1988, p. 131 apud GOULART, 2015, p. 198).

Sendo assim, não era difícil compreender o fenômeno de superlotação dos manicômios brasileiros, uma vez que, praticamente, qualquer um poderia internar qualquer pessoa, devido à indefinição legal do que seja um comportamento doentio e que justifique a privação de liberdade (GOULART, 2015).

A superlotação, associada ao tratamento desumano e degradante, tinham por consequências altas taxas de mortalidade (BOTTI; TORRÉZIO, 2014). O exemplo nacional emblemático da violência institucional praticada contra os chamados loucos foi o Hospital Colônia, em Barbacena, no estado de Minas Gerais, instituído no ano de 1900. Autores estimam que nesse hospício, entre os anos de 1903 e 1980, morreram mais de 60.000 (sessenta mil) pessoas, vítimas de toda sorte de doenças, assassinadas ou deixadas para morrer de frio, sede, fome e maus-tratos, sem a atenção adequada (BOTTI; TORRÉZIO, 2014; DEL'OLMO; CERVI, 2017; IGNATOWSKI, 2018).

Fragmentos do livro da jornalista Daniela Arbex, Holocausto Brasileiro (2013 apud DEL'OLMO; CERVI, 2017; IGNATOWSKI, 2018), denunciam que o Colônia era o retrato da vida humana em total abandono: um depósito de pessoas rejeitadas, sujas e amontoadas. O local chegou a ser comparado a um campo de concentração nazista pelo psiquiatra italiano Franco

Basaglia, em sua visita à instituição, em 1979. Em uma coletiva de imprensa, Basaglia afirmou que em lugar nenhum do mundo havia presenciado uma tragédia daquela magnitude.

Sobre as condições dos que viviam no Hospital Colônia, 70% não tinham diagnóstico de doença mental: eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava ou se tornava incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus padrões, ou esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante. Eram filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento. Homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos 33 eram crianças (ARBEX, 2013).

Lá, os tratamentos de eletrochoque eram aplicados, inclusive, pelos cozinheiros, o que causava a morte dos pacientes. Testemunhos dos que trabalhavam no local revelam que os cadáveres dos pacientes eram comercializados às instituições de ensino ou, quando não mais fosse possível, os corpos eram derretidos com soda, no pátio, na frente dos outros pacientes (ARBEX, 2013).

De maneira muito parecida, e não menos impactante, Silvio Yasui, ao relatar a experiência que vivenciou nos anos 80, no Hospital Psiquiátrico Juquery, em São Paulo, descreve as seguintes cenas:

Uma centena de mulheres caminha sob sol escaldante. Urubus são cuidados como aves de estimação. Muitas estão nuas e suas pernas sujas de sangue e sujeira. Uma, disputa os restos de comida com um dos urubus. Neste lugar, duas pacientes morreram por insolação. Seus corpos só foram descobertos no início da noite, quando sentiram falta na contagem. Que subjetividade pode haver? O que houver será prova da resistência do humano a situações de extrema violência. Podemos chamá-los de “os sobreviventes”.

[...]

Conheço uma paciente idosa, miúda, marcas do tempo em seu rosto de traços orientais. Sua idade era próxima aos 65 anos, embora aparentasse muito mais. Ela apenas falava japonês e tive dificuldade de compreender o que falava no meu pouco domínio da língua (coisas simples como bom dia, boa tarde, como vai). Olhando seu prontuário, descobri que havia sido internada no ano de 1938, aos 17 anos e nunca mais saiu. Mais de quarenta anos vivendo sem visitas e sem nenhum outro contato além do Juquery. Entre dezenas de páginas, havia poucas observações relevantes. Nenhuma referência à busca de contato com a família, a tentativas de localização. Nada. Apenas as prescrições de medicamentos e sessões de ECT. Um registro alguns anos após a sua entrada chamou a minha atenção: “paciente não fala português e limita-se a desenhar garranchos e linhas desconexas nas folhas de papel”. Este gesto continuou ao longo dos anos. Na verdade era uma frase escrita em hiragana, que é um tipo de escrita japonesa um pouco mais sofisticada, o que revelava que, provavelmente, a paciente havia avançado nos seus estudos no Japão. Fiquei surpreso ao descobrir a tradução da frase repetidamente escrita: “socorro, por favor, me ajude!”. Logo buscamos alguém que soubesse falar bem o japonês para conversar com ela. Em vão. Após os mais de quarenta anos, mesmo um falante não conseguia mais compreender o que ela dizia. E continua repetindo, mecanicamente o mesmo gesto, desenhando a mesma frase que ficou sem escuta por décadas (Emerich; Yasui, 2016, p. 210 – 211).

Os doentes mentais, sob o crivo de um olhar médico e que geralmente não se sustentava em um esforço diagnóstico consistente, perdiam seus direitos civis e eram convertidos ao status de problema de segurança pública, devido à fantasiosa periculosidade que lhes era atribuída. Sendo assim, lugar de doido era mesmo o hospício, as colônias, os hospitais psiquiátricos, os manicômios, enfim, todas as estruturas que preconizavam o tratamento por meio do isolamento (GOULART, 2015).

Poderia, talvez, ser atenuante a possibilidade – mesmo que eventual – de que os aparatos psiquiátricos fossem mesmo terapêuticos. Infelizmente, afirma Goulart (2015), não era assim. Os estabelecimentos asilares públicos, com centenas de internos, ofereciam serviços de má qualidade e mal se sustentavam, em função do permanente quadro de carência de incentivos financeiros advindos do erário a um serviço cada vez mais oneroso, na medida em que não cessava de expandir-se. Já os estabelecimentos privados administravam os incentivos financeiros advindos da Previdência Social e, em menor escala, da sua clientela pagante. Estes, por sua vez, operavam com a perspectiva da geração de lucro, que se traduzia em péssimas condições de hotelaria e desassistência em decorrência da ausência de pessoal e outras tantas questões, tornando-se verdadeiras máquinas de ganhar dinheiro.

Cardoso, Oliveira e Piani (2016), ao entrevistarem pacientes que foram atendidos em um hospital psiquiátrico já desativado, descrevem os relatos de extrema violência e tratamento desumano, aos moldes da lógica asilar/manicomial, através de expressões como: ‘lá parece o inferno’; ‘a comida parece que não era nem pra humanos, parece para animais’; ‘se alguém entrar meio louco, sai louco e meio’; ‘lá podia gritar com toda força que ninguém atendia a gente’; ‘eu cheguei a apanhar lá porque eles, eles não sabem o que estão fazendo lá’, denotando os muros manicomial e amarras simbólicas da exclusão e da negação de direitos básicos.

Kinker (2017, p. 190), em seu testemunho, também descreve alguns detalhes da rotina vivenciada pelos pacientes, os quais motivaram a interdição do local:

Além de despojados da condição de sujeitos, os pacientes também estavam desprovidos: de colchões (em algumas enfermarias, não havia sequer camas), de água nos banheiros, de iluminação nos quartos, de banheiros nos pátios, de roupas nos corpos, de sabonetes para o banho, de comida decente. Estavam “possuídos” por fome, sarna e piolhos. Sua higiene era precária, só tomavam banhos coletivos de mangueira, comiam arroz e carne com osso no almoço, sopa de macarrão com osso no jantar. Os funcionários diziam, com naturalidade, que os banhos coletivos com creolina eram prática comum para tentar derrotar a sarna, já que não existiam remédios próprios para lidar com isso.

A falta de colchões devia-se a uma ação intencional da administração, atribuída ao fato de os internos não saberem usar civilizadamente tais insumos. Afinal, era comum a luta por pedaços de espuma para evitar o contato do corpo com o chão frio ou para usá-los como absorventes ou como papel higiênico, uma vez que nenhum desses itens era oferecido no local.

O mesmo ocorria com relação à falta de lâmpadas. Segundo os profissionais que lá trabalhavam, os internos não sabiam conviver com as lâmpadas, pois arrancavam-nas dos bocais, correndo o risco de se cortarem. Assim, como estavam mesmo deixados de lado, o correto seria deixá-los no escuro, em vez de acompanhá-los de perto e entender o motivo dessa atitude. Seria esse ato uma forma de protesto com relação à situação de abandono e de falta de liberdade?

Como em outros manicômios, o cheiro de urina e fezes dominava os espaços. No pátio, onde os internos tomavam o banho de sol, não havia banheiros. Existia um cubículo de cimento, onde eles costumavam urinar e defecar, como se fosse um grande vaso a céu aberto, compartilhado com o restante do ambiente. Também era comum a presença de corpos nus, estendidos no chão, trêmulos, cobertos de moscas.

[...]

O hospital era uma máquina que construía uma mercadoria abjeta, aquela que ninguém queria possuir (a não ser os empresários dos hospitais privados).

Assim, fica claro como a institucionalização massacrava a individualidade e singularidade do sujeito, por meio de seus dispositivos disciplinares, práticas de dominação cristalizadas e poder sempre favorável ao discurso médico. As normatizações da vida cotidiana impediam que os 'doentes' se responsabilizasse pelos cuidados de si, restringindo novas formas de experiência e reinvenção. O pouco de vida que restava ali era usado pelos pacientes para dar um sentido melhor à reclusão: fazendo amizades entre si e, em alguns casos, tendo relacionamentos amorosos (FRANCO; STRALEN, 2015).

O asilamento, comprovadamente, resultava em subjetividades anuladas, empobrecidas, sombrias. Era bizarro e atingia, também, os profissionais que se adaptavam a ele: empobrecidos, viam a vida como simples objeto de intervenção: nutrir, limpar e manter em uma condição de nulidade os doentes mentais. Pela vivência institucional, eram levados a depositar a responsabilidade central na situação e no doente (KINKER, 2017). “Por que a vida é muito simples: recebo de volta aquilo que dou”, dizia o mural da cantina do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz (EMERICH; YUSAI, 2016).

Portanto, conclui-se que o manicômio e a lógica manicomial decretavam a morte civil/social dos sujeitos ali depositados, privando-os de sua liberdade e esvaçando sua singularidade das mais diversas formas. Eram impedidos de viver, com a anuência da sociedade e apoio do poder médico, jurídico e do Estado. Era-lhes negado o direito de existir. Fingia-se que a exclusão era um auxílio, uma ajuda, um tratamento. Curar o quê? A quem? A que custo? Eram injustiçados, irreparavelmente esvaçados de sentido e legitimação. Eram condenados a aguardar a alta celestial, não antes de padecer, e muito, no inferno criado pelos seres “humanos”.

### **3.2 Da Luta Antimanicomial à consolidação da Reforma Psiquiátrica: trajetória brasileira “Por uma sociedade sem manicômios!”**

#### 3.2.1 O protagonismo social e a Luta Antimanicomial

*“Vem, vamos embora  
Que esperar não é saber  
Quem sabe faz a hora  
Não espera acontecer”  
Pra não dizer que não falei das flores  
(Geraldo Vandré)*

O modelo de cuidado asilar e de lógica manicomial, assim como descrito na seção anterior, ganhou força no país especialmente no período da ditadura militar. Nesta época, de maneira geral, ocorreram diversas transformações no âmbito da saúde pública em decorrência do desinvestimento no setor por parte do governo federal (SOUZA; PONTES, 2017).

No tocante à saúde mental, houve o fortalecimento do modelo manicomial privado por meio de convênios entre governo e hospitais, conforme apontam Wadi, Olinto e Casagrande (2015). Medidas como fechamento dos leitos públicos e apoio a estabelecimentos particulares desencadearam uma onda privatista denominada pelos estudiosos de “indústria da loucura”, que utilizava a doença mental como um objeto precioso de lucro (SCHEFFER; SILVA, 2014). Segundo César e Coelho (2017), muitos donos de hospitais privados enriqueceram nesta época, ao passo em que grande parte deles se tratava de políticos que dispunham de muita influência nas decisões e direções da política de saúde do país.

Goulart (2015) também chama a atenção para a situação, afirmando que a crise não foi só no setor Saúde, mas também na Previdência, que já não suportava mais, concretamente, os custos de um sistema que ela mesma incentivava. Esta crise revelou-se como corrupção, desassistência e violência resultantes das privatizações, em um processo de transferência de responsabilidade assistencial ao setor privado que, por sua vez, se mostrava resistente à fiscalização e descomprometido com a clientela acolhida. Já a assistência pública, alicerçada na prática da segregação por meio de enormes estruturas asilares, agonizava pela falta de recurso e deficiência de corpo técnico.

A privatização da saúde, o cuidado degradante dispensado aos pacientes, somadas às precárias condições de trabalho dos profissionais, fez emergir movimentos de resistência com vistas à ruptura desta realidade (SCHEFFER; SILVA, 2014). Denúncias sobre o abuso



frequente do poder médico e violações de direitos dos indivíduos internados nos hospitais psiquiátricos e manicômios judiciais geraram revolta na sociedade e tornaram-se a mola propulsora das reivindicações dos movimentos de Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica (GARCIA et al., 2017).

Cabe ressaltar que, dentre os autores estudados, não há consenso a respeito das definições e terminologias, especialmente no que se refere à Luta Antimanicomial e à Reforma Psiquiátrica. A maior parte dos artigos traz as expressões como sinônimas, não distinguindo uma da outra. Porém, optou-se por utilizar o entendimento de Paulo Amarante, notório psiquiatra e um dos pioneiros de todo o processo histórico brasileiro.

Segundo ele, o termo Reforma Psiquiátrica veio a ser utilizado somente na virada dos anos 1980 para 1990. Inicialmente, todo o movimento de mudança era denominado de Luta Antimanicomial e teve seu surgimento nos anos 1970 (AMARANTE; NUNES, 2018). Os autores destacam que uma das situações propulsoras foi quando profissionais recém-formados se depararam com aquele cenário de descaso e violência, exemplificado por meio do caso dos acadêmicos baianos e da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS), que teve grande repercussão após manifestações de entidades expressivas no cenário nacional, como OAB, CNBB, dentre outras.

O episódio mencionado diz respeito à mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS) em relação às condições absolutamente precárias dos locais. Na época, eles encaminharam uma carta ao MS contendo denúncias e reivindicações, a qual foi responsável pela demissão de 260 profissionais e desencadeou um processo de novas denúncias, manifestações e matérias na imprensa durante meses (AMARANTE; NUNES, 2018). Os trabalhadores que efetivaram a denúncia e, por isso, foram demitidos, somaram-se a outros, de diferentes estados do país e, assim, reunidos em torno da luta pela mudança de paradigmas, deram origem ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (IGNATOWSKI, 2018).

Inicialmente, o movimento teve um caráter mais trabalhista, com reivindicações relacionadas às condições de trabalho, para depois tomar um formato mais amplo e de impacto político (GOULART, 2015). Aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços eram algumas das pautas prioritárias (DEL'OLMO; CERVI, 2017).

As principais críticas ao modelo asilar diziam respeito ao caráter fechado e autoritário da instituição, às condições precárias, desumanas e violentas vivenciadas na assistência



psiquiátrica, fatos que ocasionaram greves nos setores públicos, manifestações da imprensa e de movimentos sociais (BOTTI; TORRÉZIO, 2014; CÉZAR; COELHO, 2017). Os envolvidos chegaram à conclusão de que seria necessário mudar esta cultura e ter novas respostas à crise psíquica, mais consistentes do ponto de vista clínico e fora dos muros dos hospitais. Era essencial abrir espaço para que a loucura se expressasse e para que se enfrentassem os interesses econômicos envolvidos, mudando também, radicalmente, a prática ambulatorial e suas filas de espera (GOULART, 2015).

Foi graças ao MTSM e aos atores sociais que novas propostas foram surgindo e o pensamento crítico ao saber psiquiátrico foi se consolidando (ASSMANN; SILVA, 2015). Este movimento era composto, fundamentalmente, por médicos, psiquiatras e psicólogos que trabalhavam no serviço público, mas também envolvia cidadãos com sofrimento mental, familiares de pessoas em sofrimento psíquico, interessados pelo Movimento Popular em Saúde (MOP), militantes partidários e lideranças ligadas à Igreja Católica (GOULART, 2015).

Anos depois, um pouco mais organizados, iniciaram uma luta tendo as seguintes pautas: extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos; regionalização do atendimento e das ações em saúde mental; controle das internações nos hospitais e serviços, privados e públicos; expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental; e humanização social dentro dos asilos, privados e públicos (SCHEFFER; SILVA, 2014).

Esse movimento ganhou ainda mais força quando, internacionalmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a magnitude dos problemas relacionados ao modelo asilar e admitiu a impossibilidade deste cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Neste sentido, apoiou a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade (DEL'OLMO; CERVI, 2017).

Diante de todas essas reivindicações e contando, cada vez mais, com o apoio de outros atores sociais, constituem-se como o Movimento de Luta Antimanicomial que, por meio de seu coletivo, passou a organizar núcleos nas capitais e em praticamente todas as grandes cidades do país (AMARANTE; NUNES, 2018). Como *slogan*, ou lema, tinham: “por uma sociedade sem manicômios!”, referindo-se não apenas aos hospitais psiquiátricos, mas também como metáfora a todas as práticas de discriminação e segregação aos sujeitos em sofrimento psíquico (GOULART, 2015).

Outro elemento decisivo para a sua ampliação foi a criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, o famoso 18 de Maio. A data foi construída para despertar o pensamento crítico da sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em

sofrimento psíquico. Pode-se considerar que o objetivo teve êxito na medida em que, desde 1987, ano de sua criação, são realizadas atividades políticas, científicas, culturais e sociais, não só neste dia, mas durante todo o mês, que passou a ser considerado o Mês da Luta Antimanicomial. Por fim, a denominação de “mentaleiros” (em alusão ao *heavy metal*) passou a ser amplamente utilizada para caracterizar o “barulho” causado por estes atores sociais em suas reivindicações e processos históricos (AMARANTE; NUNES, 2018).

Por fim, a criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (Asbrame) e da Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (Renila) foram elementos importantes no cenário de participação social, sendo a forma como o movimento se organiza até os dias de hoje, por meio de encontros regulares, locais e nacionais (GOULART, 2015).

Cabe lembrar que as reorientações técnicas almeçadas na época não diziam respeito apenas à saúde mental, mas à Política de Saúde de maneira geral. Por isso, a Luta Antimanicomial andava de mãos dadas com a Reforma Sanitária. Assim, pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, propriamente dita, é contemporânea à Reforma Sanitária, que foi o processo social que deu sustentação à primeira até que esta se firmasse como um movimento independente (SCHEFFER; SILVA, 2014).

Como ideais, a Reforma Sanitária lutava pela criação do SUS, gratuito e universal, rompendo com todos os princípios que ordenavam a política de saúde até então. Buscava um reordenamento ideológico e institucional: ideológico, devido a completa alteração dos princípios fundantes da política de saúde; e institucional, em função da criação de um novo sistema, o sistema único. Assim, culminou na promulgação da Constituição Federal, momento em que seus ideais foram instituídos e garantidos legalmente (MENICUCCI, 2014).

Portanto, para Scheffer e Silva (2014), o movimento de Luta Antimanicomial visou à desconstrução do estigma da loucura na sociedade, envolvendo trabalhadores, usuários e familiares e buscando sua autonomia na sociedade civil. Já o movimento da Reforma Psiquiátrica, o qual será melhor descrito a seguir, contou com articulações mais institucionais, no campo universitário, dos trabalhadores e, em especial, da gestão estatal. Na verdade, os dois movimentos passaram a coexistir e articularem-se entre si.

### 3.2.2 Do manicômio ao território: a Reforma Psiquiátrica e a possibilidade de viver/existir/ser em liberdade

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiu em decorrência de intensos debates frente aos movimentos de redemocratização e de lutas pelos direitos humanos e civis da população.

Nascida no âmbito da Reforma Sanitária e afirmando-se como de caráter democrático e social, ao final da década de 1980, buscou melhorias nas condições de saúde e de vida das pessoas que se encontravam em sofrimento psíquico no que tange à conquista e exercício da cidadania, por meio de formas mais humanas e acolhedoras de se pensar e promover saúde (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014).

A proposta da RP era abandonar um lugar zero de trocas sociais – o manicômio – e passar a um lugar múltiplo e diverso, que é o território (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014). Por isso, é considerada um movimento histórico, de caráter político, social e econômico influenciada pela ideologia de grupos sociais, tendo como proposta central a desinstitucionalização, com consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam (VIEIRA; MARCOLAN, 2016).

Sabe-se que este processo histórico também foi inspirado em outros movimentos similares que vinham ocorrendo pelo mundo. No Brasil, a principal influência foi a Psiquiatria Democrática italiana, especialmente Franco Basaglia (IGNATOWSKI, 2018; SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014). Este psiquiatra defendia que a obsoleta lógica manicomial só seria transformada se estivesse amparada pela mobilização de atores sociais, assim como a superação desta realidade só seria possível por meio da implantação de uma rede extra-hospitalar, que colocasse a doença entre aspas, evidenciando o papel ativo dos sujeitos em sofrimento psíquico (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2017).

A Psiquiatria Democrática traçou um modelo de assistência em saúde mental inserido no território e constituído por diversos dispositivos de cuidado, que buscava não somente o fechamento do manicômio, mas, também, uma luta pelo resgate da cidadania do “louco” (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014). Um modelo de cuidado que fosse contra a violência das instituições psiquiátricas tradicionais, oferecendo assistência de maneira mais inclusiva e permitindo maior sociabilidade das pessoas em tratamento (IGNATOWSKI, 2018).

Devido a toda essa influência, a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve a intenção de desconstruir o modelo manicomial, asilar e privatizante, não apenas questionando-o como aparato terapêutico, mas afrontando o discurso médico que lhe dava sustentação e operava como vetor de exclusão, reconhecendo seus efeitos culturais, sociais e políticos (GOULART, 2015).

Para César e Coelho (2017 apud AMARANTE, 2008), pensar o movimento da Reforma por essa via requer considerá-lo como um processo social complexo, composto, pelo menos, por quatro dimensões interdependentes: a teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual diz respeito à produção dos conhecimentos que fundamentam o saber médico-psiquiátrico, incluindo a revisão do próprio conceito de ciência como produtora de verdades. Rever os conceitos de alienação/psicopatia/doença mental – e, conseqüentemente, o isolamento como modo exclusivo de tratamento –; assim como o entendimento de degeneração e normalidade/anormalidade – que são construídos na tentativa de legitimar a base orgânica do sofrimento psíquico –, pode ser considerado o início deste processo de mudança (CÉZAR; COELHO, 2017 apud AMARANTE, 2008).

Com relação a este aspecto, Goulart (2015) relata que houve algumas mudanças terminológicas, especialmente no tocante ao termo louco/psicopata/doente mental, que passou a ser tratado como pessoa com/em sofrimento mental/psíquico, expressando todo o esforço de distinção entre o sujeito, sua existência e a doença. Assim, o sujeito tornou-se o foco central e a doença ficou “em segundo plano”.

Já a dimensão técnico-assistencial requer uma modificação que vise uma nova estrutura de atendimento, com novos serviços e abordagens. Diz respeito ao modo de organização e funcionamento destes dispositivos, que devem fazer uma transição do modelo asilar para o de atenção psicossocial (CÉZAR; COELHO, 2017 apud AMARANTE, 2008).

Quanto a essa questão, Guimarães et al (2015) definem que o entendimento de modo/atenção psicossocial da época passou a centrar sua ação não mais na doença, mas na pessoa e nas suas potencialidades. Assim, não se almejava mais a “cura”, mas se atuava com vistas à reabilitação. Os instrumentos para alcance desta meta deixaram de ser os meios coercitivos e passaram a ser os que propiciam valorização do sujeito em sofrimento psíquico, por meio de acolhimento e escuta ativa.

Para tanto, os autores chamam atenção à necessidade de uma equipe multiprofissional, que deve atuar de maneira interdisciplinar e nos mais diversos dispositivos de saúde, impedindo a hegemonia de um único saber e de uma prática absoluta. Também apontam para a importância do aperfeiçoamento por parte destes profissionais, uma vez que a complexidade das questões de saúde mental não mais permite que um trabalhador isolado dê conta de sua totalidade. Por fim, dar ênfase ao sujeito em sofrimento e não mais à doença implica trabalhar com necessidades, desejos, inserção social e conflitos familiares. Deste modo, a família precisa estar incluída no processo terapêutico, recebendo orientações e informações quanto aos sintomas, formas de tratamento e abordagens terapêuticas, favorecendo a compreensão acerca da complexidade do quadro e criando/compartilhando estratégias de cuidado junto aos profissionais (GUIMARÃES et al., 2015).

Já a dimensão jurídico-política é considerada um grande desafio na medida em que objetiva que a loucura deixe de ser sinônimo de periculosidade e incapacidade e passe a ser compreendida como sofrimento na sua relação com o social. Para tanto, é fundamental que haja uma revisão da legislação, passando a legitimar a inclusão de novos sujeitos de direito e novos direitos aos sujeitos em sofrimento mental (CÉZAR; COELHO, 2017 apud AMARANTE, 2008).

Botti e Torrèzio (2014), da mesma forma, apontam que incluir o conceito de cidadania e de direitos sociais e humanos, em oposição à periculosidade, alienação e imputabilidade é o objetivo central desta dimensão da Reforma. Oportunamente, os avanços já alcançados relativos a este aspecto serão descritos na seção a seguir.

Por fim, a dimensão sociocultural se configura como estratégica na transformação social da loucura e do lugar que ela ocupa na sociedade. Para Perrone (2014), abordar a experiência da loucura e sua presença e produção no espaço social é um dos pontos fundamentais deste processo, pois somente por meio de uma mudança no imaginário social é que poderão ser modificadas as relações historicamente estabelecidas entre loucura e sociedade.

Para tanto, conforme já descrito, foi instituído o mês da Luta Antimanicomial, maio, destinado ao desenvolvimento de ações junto à comunidade, que tem por objetivo repensar e estreitar os laços entre a loucura e a sociedade. Da mesma forma, de maneira sistemática, são realizadas feiras, exposições, caminhadas, festivais e encontros com este fim.

Diante do exposto e, considerando os preceitos e dimensões da proposta, pode ser entendido como o objetivo principal da Reforma Psiquiátrica a desinstitucionalização, conceito oriundo da psiquiatria democrática italiana. Por mais que ao longo do tempo ele tenha provocado controvérsias, há certo consenso quanto a sua definição e abrangência.

Para Franco e Stralen (2015), a desinstitucionalização fundamenta-se, acima de tudo, no entendimento de que o hospital psiquiátrico não pode ser considerado um espaço adequado de habitar, propondo a construção de outros locais e novos espaços de viver para as pessoas em sofrimento psíquico. Visa reabilitar o sujeito em suas condições concretas de vida, não mais o excluindo em espaços de violência e morte social, mas, sim, permitindo que ele viva em liberdade, em meio a serviços abertos de saúde mental (PERRONE, 2014).

Existem três interpretações e/ou três processos envolvidos nesse conceito: primeiro, desinstitucionalização entendida como desospitalização; segundo, como redução de leitos psiquiátricos e redirecionamento aos serviços descentralizados e comunitários; e, terceiro, como desconstrução de práticas e da própria psiquiatria (FRANCO; STRALEN, 2015; MAFTUM et al., 2017). Portanto, desinstitucionalizar vai muito além de apenas atender o

sujeito fora do ambiente hospitalar, desospitalizando-o. Busca a eliminação da realidade e da cultura institucional e suas consequências, dentro e fora dos hospitais (PERRONE, 2014). Percebe-se, com isso, que esse conceito opera em níveis institucionais e de funcionamento dos serviços.

Diante do exposto, conclui-se que a Reforma Psiquiátrica não buscou apenas a extinção dos manicômios, mas, sim, algo muito mais amplo, pois reconheceu que as relações entre as pessoas podem continuar a ser excludentes e manicomialis, mesmo fora dos hospitais (BOTTI; TORRÉZIO, 2014). Pela complexidade da situação, esta mudança requer que as modalidades de cuidado sejam flexíveis e, permanentemente, envolvidas em processos avaliativos, para que se evitem novas formas de institucionalização, mesmo em meio aberto (SALLES; MIRANDA, 2016).

Esta luta pode ser vista enquanto disputa simbólica, onde está em jogo o reconhecimento do “louco” como sujeito social e a compreensão de que seu lugar, às margens da sociedade, é resultado de uma construção histórica que foi influenciada por fatores políticos, econômicos e sociais, porém, de forma alguma, deve ser aceita como mero dado, sob pena de reproduzir as arbitrariedades relativas a uma lógica preconceituosa e excludente (IGNATOWSKI, 2018).

### 3.2.2.1 A dimensão jurídico-política e o controle social

Conforme exposto até então, a Política de Saúde Mental, ao longo dos anos, foi passando por uma revisão crítica, especialmente no que se refere à lógica de cuidado. A partir dos anos 1970, inicialmente como Luta Antimanicomial e, após, consolidando-se na perspectiva da Reforma Psiquiátrica – ao final da década de 1980 e ancorada aos ideais da Reforma Sanitária –, consagrou-se como um conjunto de reivindicações, legislações e adoções de novas modalidades de atenção, protagonizadas por atores sociais e, mais tardiamente, contando com o apoio do Estado.

Para melhor ilustrar este processo histórico, buscar-se-á descrevê-lo por meio de uma espécie de Linha do Tempo, apontando os principais acontecimentos de cada década no que se refere ao protagonismo social e ao aparato legal que o acompanhou: fatores determinantes aos avanços almejados e conquistados.

### 3.2.2.1.1 Primeiras legislações

Primeiramente, cabe lembrar que, muito antes desses movimentos, o Brasil já contava com uma legislação, considerada, por Del’Olmo e Cervi (2017), como a primeira legislação a abordar questões relacionadas às pessoas com sofrimento mental. Trata-se do Decreto nº 1.132, do ano de 1903, responsável por “Reorganizar a assistência aos alienados” e que, sob o ponto de vista legal, contribuiu para fornecer alguns direitos aos sujeitos em sofrimento psíquico, que até então eram totalmente desamparados, não só em termos de assistência, mas, também, juridicamente.

Como alterações principais, pode-se destacar a guarda de bens dos alienados, a possibilidade de alta dos manicômios, a proibição de mantê-los em cadeias públicas e a realização de inspeção aos locais, efetivadas por Comissões nomeadas pelo Ministério da Justiça. O Decreto também determinou algumas condições necessárias ao funcionamento das instituições, como composição de equipe, e instituiu o pagamento de diárias dos doentes internados. Ainda, possibilitou a nomeação de um administrador provisório dos bens do paciente, caso a internação não resultasse na incapacidade civil da pessoa (DEL’OLMO; CERVI, 2017).

Porém, com relação à capacidade civil ou jurídica, o Código Civil, Lei nº 3.071, de 1916, considerou estes sujeitos absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, incluindo “os loucos de todo gênero”, ou seja, não havia critérios ou graus: todos tinham sua capacidade contestada e desconsiderada (DEL’OLMO; CERVI, 2017).

Foi somente em 1934, quando revogadas as disposições anteriores, a partir do Decreto nº 24.559, que se definiu, de maneira mais específica, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, assim como a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Este Decreto também instituiu o tratamento domiciliar, permitindo que os doentes pudessem ser cuidados no seio da família, ou por outra que não fosse a sua. Definiu, também, os regimes de internação, sendo: aberto, fechado ou misto, ao passo que a periculosidade da pessoa justificava a internação em regime fechado. A alta, por sua vez, só era permitida quando o paciente não fosse mais considerado perigoso ou quando houvesse alguém que se responsabilizasse por ele e pelo seu tratamento, após um rigoroso controle exercido por diferentes instâncias: família, juiz, comissão inspetora e direção do estabelecimento (DEL’OLMO; CERVI, 2017).

Ainda assim, conforme relatado anteriormente no presente estudo, esta legislação era falha e permissiva, ao passo que se tornava corriqueiro entrar no hospital – qualquer um poderia



solicitar a internação de qualquer pessoa – porém, extremamente difícil, para não dizer impossível, de sair.

#### 3.2.2.1.2 Anos 70: da denúncia ao início de um Movimento

As denúncias, reivindicações e mobilizações iniciais, conforme já descritas, ocorreram na década de 1970. Segundo Amarante e Nunes (2018), como episódio emblemático, tem-se a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em 1978, que eclodiu com a demissão de 260 profissionais que haviam denunciado, por meio de uma carta ao Ministério da Saúde, as condições absolutamente precárias dos hospitais psiquiátricos. Este acontecimento ganhou notoriedade na imprensa e apoio popular, servindo de base para a criação do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), responsável pela condução das primeiras ações com vistas à criação do movimento de Luta Antimanicomial.

No ano seguinte, 1979, o MTSM organizou o I Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental, em São Paulo, demonstrando iniciativa e vigor, mesmo sem apoio financeiro. Também neste ano, tem-se a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que, aproximando-se do Movimento, representou uma estratégia importante de ampliação e articulação com o campo da saúde.

#### 3.2.2.1.3 Anos 80: a década da consolidação de direitos

A crise financeira da Previdência Social desta década impulsionou propostas de reformulação da assistência médica em diversos âmbitos e, diante disso, muitos participantes do MTSM envolveram-se nesse processo (AMARANTE; NUNES, 2018). Da mesma forma, o Movimento Sanitarista Brasileiro realizava articulações institucionais que, em 1986, culminaram com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2017).

Segundo Amarante e Nunes (2018), esta Conferência, que ficou nacionalmente conhecida como a oitava, revolucionou a forma de participação social na elaboração de políticas públicas e levantou importantes bandeiras, tais como: a reformulação do sistema nacional de saúde; a saúde como direito e a definição da forma de financiamento do setor. Na ocasião, também foram convocadas conferências específicas, dentre as quais a da Saúde Mental.

Diante disso, no ano seguinte, em 1987, realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como principal proposta a reformulação da assistência em saúde mental,



motivada pelas denúncias de maus-tratos e violência as quais os pacientes eram submetidos (WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015).

No entanto, a realização desta Conferência ocorreu com muita dificuldade, uma vez que, paradoxalmente, o setor de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, era contrário às ideias da Reforma e à participação social nas políticas públicas. Sendo assim, a atuação do MTSM foi decisiva para que a mesma ocorresse, pois o movimento foi o responsável por desencadear conferências estaduais, sem a anuência do governo federal. É por esta razão que acabou sendo a única Conferência Nacional a não ser realizada em Brasília e, sim, no Rio de Janeiro, de 25 a 28 de junho de 1987 (AMARANTE; NUNES, 2018).

Durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental, também ocorreu um encontro do MTSM, que decidiu convocar o seu II Congresso Nacional, o qual aconteceu em dezembro daquele mesmo ano, em Bauru, no interior do estado de São Paulo (AMARANTE; NUNES, 2018). Este Congresso resultou na elaboração de um famoso manifesto, o “Manifesto de Bauru”, tornando-se o documento que, de fato, instituiu o Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil, assim como estabeleceu um vínculo social e político entre profissionais e sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e de suas formas de tratamento, por meio de uma articulação nacional (IGNATOWSKI, 2018).

O Congresso enfatizou como lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, sugerido pela Rede de Alternativas à Psiquiatria, e foi o responsável por uma transformação significativa na proposta do movimento. Primeiro porque, diante disso, deixou de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas, também, com outros ativistas dos Direitos Humanos. Segundo, porque ampliou o seu objetivo, não estando mais restrito à melhoria do sistema e enfrentamento da violência e segregação, mas passando, explicitamente, a lutar pela extinção das instituições e concepções manicomiais (AMARANTE; NUNES, 2018).

Logo, as conferências ganharam maior visibilidade e a população passou a se preocupar mais com as condições de vida e com a melhoria da saúde e, pouco tempo depois, ocorreu o maior avanço dos anos 1980: a aprovação da Constituição de 1988. Com ela, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), com a proposição de mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, com vistas à integralidade, equidade e universalidade na oferta de serviços e ao protagonismo dos trabalhadores e usuários (GARCIA et al., 2017).

A Constituição também reconheceu a saúde como um direito de todos, colocando o Estado como o responsável por garanti-lo, assim como o direito à moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, lazer e acesso aos bens (SCHEFFER; SILVA, 2014). Sendo assim,

viabilizou uma sociedade mais justa por meio da erradicação das desigualdades e promoção do bem-estar, inclusive das pessoas com sofrimento mental (DEL'OLMO; CERVI, 2017).

Após este marco legal, já em 1989, embasado em todas as ações protagonizadas na última década, o projeto de Lei nº 3.657, da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi apresentado pelo então deputado federal Paulo Delgado, propondo a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais, além de sugerir a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória (WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015). Porém, essa lei passou anos tramitando, sendo objeto de polêmica e vindo a ser aprovada, apenas, mais de dez anos depois.

#### 3.2.2.1.4 Anos 90: os avanços nas legislações estaduais e municipais

Devido às expressivas conquistas da década anterior, os anos 90 surgiram com esperança e confiança renovadas. Já no ano de 1990, em Caracas, no Equador, aconteceu uma conferência intitulada “*Reestructuración de la Atención Psiquiátrica em la Región*”, que teve como objetivo principal a superação do modelo tradicional de psiquiatria, e o Brasil, estando presente, comprometeu-se a respeitar os termos desta conferência, assinando seu documento final (IGNATOWSKI, 2018).

A descentralização do poder público em direção aos poderes locais – municípios e seus cidadãos – foi o horizonte constitucional apontado em 1988 (FILIPPON; KANTORSKI; SAEKI, 2015). Em decorrência disso, no longo período de tramitação do projeto de lei federal da Reforma Psiquiátrica, vários estados, tais como: Rio Grande do Sul, Paraná, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais, Espírito Santo, dentre outros; além de diversos municípios brasileiros, aprovaram leis de Reforma Psiquiátrica, fazendo avançar o processo na década de 1990 (WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015).

Logo, em meio a esse contexto de intensa efervescência dos movimentos de Luta Antimanicomial, foi aprovada, em 1992, a Lei 9.716 que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determinando a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por serviços alternativos ao manicômio, de modo que estes passem a atuar em rede. Ainda, vedou a ampliação/abertura de leitos em hospitais psiquiátricos no estado e determinou regras às internações psiquiátricas compulsórias (ASSMANN; SILVA, 2015; FILIPPON; KANTORSKI; SAEKI, 2015). Portanto, o ano de 1992 marcou, historicamente, a institucionalidade da Reforma Gaúcha por meio da promulgação da primeira lei estadual sobre

este tema, ou seja, o estado do Rio Grande do Sul foi pioneiro neste quesito em território nacional (FILIPPON; KANTORSKI; SAEKI, 2015).

Ainda, neste mesmo ano, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que materializou as conquistas relativas ao avanço da desinstitucionalização psiquiátrica, da descentralização das ações de saúde e das diretrizes do SUS, objetivando a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil (SCHEFFER; SILVA, 2014).

#### 3.2.2.1.5 Anos 2000: promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Após 12 (doze) anos de tramitação, os quais resultaram em diversas modificações a partir de debates acirrados no Senado e na Câmara dos Deputados, chegou ao fim o impasse e foi aprovada a Lei 10.216, em 06 de abril de 2001, a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, nacionalmente conhecida como Lei Paulo Delgado. Ela revogou o arcaico Decreto de 1934, que vigorava até então, e garantiu, constitucionalmente, os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, assim como determinou a reorientação do modelo de atenção em saúde mental. Apesar de substituída a premissa da “extinção de leitos” - proposta em 1989 – pela “redução de leitos” dos hospitais psiquiátricos financiados pelo poder público, priorizou-se o redirecionamento do investimento financeiro aos dispositivos de atenção psicossocial, em meio aberto (DEL’OLMO; CERVI, 2017; GARCIA et al., 2017; IGNATOWSKI, 2018; SCHEFFER; SILVA, 2014; WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015).

De todo modo, a Lei da Reforma Psiquiátrica apostou na pessoa com transtornos mentais como cidadã, contrapondo-se ao estatuto da incapacidade civil e dispondo sobre a obrigatoriedade da comunicação oficial de internações compulsórias. Ainda, vedou internações em instituições de caráter asilar e que não garantam aos pacientes os direitos adquiridos por lei, tais como: acesso ao melhor tratamento – digno e com o objetivo exclusivo de beneficiar a sua saúde – com vistas à reinserção social; presença médica para explicar detalhadamente a doença e o tratamento que receberá, assim como se a internação se faz necessária ou não. Esta última, por sua vez, passou a ser indicada apenas quando os meios extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (DEL’OLMO; CERVI, 2017; GARCIA et al., 2017; IGNATOWSKI, 2018; MAFTUM et al., 2017).

Pouco tempo depois, no mesmo ano, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cuidar, sim; Excluir, não – que apontou para a necessidade de se aprofundar a reorientação do modelo assistencial, recentemente conquistado na Lei 10.216, contribuindo para reafirmar o campo da saúde mental como multidimensional, interdisciplinar,

interprofissional e intersetorial, tendo como componente fundamental a integralidade do cuidado (MAFTUM et al., 2018).

Seguindo os mesmos rumos, foi aprovado o Código Civil de 2002, Lei nº 10.416, com diversas alterações concernentes à capacidade jurídica. A exemplo, tem-se a substituição da expressão “loucos de todo gênero” por “os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiveram o necessário discernimento para a prática destes atos”. Assim, reverteu-se o paradigma da incapacidade absoluta, do Código de 1916, passando a considerarem-se graus de capacidade e discernimento, podendo, o sujeito em sofrimento psíquico, ser enquadrado como incapaz, relativamente capaz ou absolutamente capaz (ANDRADE; MALUF, 2017a; DEL’OLMO; CERVI, 2017).

Quanto a esta questão, vale relatar as últimas modificações legislativas, ocorridas por meio da Lei nº 13.146/15 – Estatuto da Pessoa com Deficiência – que alterou os artigos 3º e 4º do Código Civil de 2002, retirando do rol de incapazes todas as pessoas com sofrimento mental. A partir de então, todos são considerados capazes *a priori* e, qualquer restrição ensejada pela família nesse sentido, depende de ação judicial (DEL’OLMO; CERVI, 2017).

Alguns anos mais tarde, motivados pela demora na convocação de uma nova conferência, foi realizada, no ano de 2009, em Brasília (DF), a Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, que teve como objetivo mobilizar a sociedade civil a fim de reivindicar, junto ao governo federal, a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. A Marcha contou com o apoio do Conselho Federal de Psicologia e da Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila) na sua organização (ANDRADE; MALUF, 2017a).

Como resultado, foi convocada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2010, passando a ser a primeira conferência de caráter intersetorial, o que remodelou a paridade na representação: 70% setor saúde e 30% para intersetorialidade (ANDRADE; MALUF, 2017a; AMARANTE; NUNES, 2018).

À vista disso, pode-se perceber a força dos atores e dos movimentos sociais, que foram protagonistas e desencadearam uma mudança absolutamente necessária no que se refere aos direitos e à dignidade dos sujeitos em sofrimento psíquico, muito antes de qualquer iniciativa jurídica ou estatal. Embasados na Psiquiatria Democrática italiana, nos ideais de Franco Basaglia, criaram serviços abertos de saúde mental, substitutivos ao manicômio, com expressiva expansão nos anos 90, mesmo antes de haver qualquer legislação que os embasasse ou instituisse.

Somente a partir da Lei 10.216/01 que ocorreu uma mudança radical na Política Nacional de Saúde Mental, possibilitando a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial, composta por diferentes serviços e dispositivos, que passaram a ter legislação federal que os instituisse, os quais serão conceituados e descritos a seguir.

### **3.3 Serviços abertos de saúde mental: há tanta vida lá fora!**

#### 3.3.1 Conceituação e modalidades assistenciais

A expressão serviços abertos, também conhecidos como substitutivos ou de portas abertas, refere-se aos locais de assistência em saúde mental que não se baseiam no isolamento como prática terapêutica e, sim, na possibilidade de acompanhamento dos usuários em meio aberto, especialmente junto às suas famílias e inseridos na sociedade (FRAZATTO; BELTRAME, 2016). São espaços de convivência e tratamento, fundamentados no cuidado preconizado pela Reforma Psiquiátrica e com o intuito de substituir não somente a condição física e aprisionante do manicômio, mas, também, sua lógica de cuidado e concepções acerca da loucura (AZEVEDO et al., 2014).

Estes serviços vão surgindo paulatinamente e passam a ter legislações que os instituem, definindo suas normas de funcionamento e padrões assistenciais. São citados por diversos autores, ganhando atenção especial neste rol os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS); os Ambulatórios de Saúde Mental; os Hospitais-dia; os leitos de saúde mental nos Hospitais Gerais; os Centros de Convivência (CECOS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); as Unidades de Acolhimento (UAs) e o Programa de Volta pra Casa (PVC) (COSTA et al., 2017; LEITE; BARROS, 2018; SOUZA; AFONSO, 2015).

A experiência de Santos, São Paulo, ilustra como se deu esse processo. De acordo com Amarante e Nunes (2018), com a inclusão dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, abre-se uma nova perspectiva para a autonomia e o desenvolvimento das políticas municipais de saúde. Baseado nisso, em 1989, sob a liderança do Secretário de Saúde David Capistrano, o governo municipal apressa a instalação do SUS e realiza uma intervenção no Hospital Psiquiátrico de referência local, de natureza privada – mas que atendia convênios e ao serviço público – devido às péssimas condições sob o ponto de vista técnico, de direitos humanos e de infraestrutura. Ao contrário de intervenções anteriores, o desfecho apontou para a extinção do hospital e consequente criação de um centro aberto de saúde mental e serviços

substitutivos. Na época, criaram-se cinco NAPS, residências para egressos do hospital, uma cooperativa de trabalho, diversos movimentos artísticos, nos quais se inseriam os usuários e profissionais que aderiram às ideias da Reforma, assim como crianças e jovens, profissionais do sexo, vítimas de violência doméstica, ou seja, criou-se uma rede de serviços descentralizados e distribuídos pelo território, contemplando outras direções da vida, tais como lazer, moradia, trabalho e cultura (AMARANTE; NUNES, 2018; MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

Também no estado de São Paulo surge o primeiro CAPS do Brasil. Foi inaugurado em março de 1986, na capital, com o nome de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (SCHEFFER; SILVA, 2014). Os CAPS surgem nesse processo com o objetivo de viabilizar a desinstitucionalização do cuidado e são definidos como estratégicos para a reordenação do modelo de atenção em saúde mental, tendo como função articular equipamentos e recursos disponíveis no território, além de promover e potencializar a contratualidade social do usuário (FERREIRA et al., 2017). Assim, tornam-se a principal estratégia na construção da autonomia e integração dos sujeitos no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (NETO; SANTOS, 2014).

Enquanto funcionamento, trata-se de um serviço de atenção diária, em turno integral, durante os cinco dias de semana (ou sete dias, durante 24 horas, a depender do tipo de habilitação – informação incluída pela autora), que permite suporte mais efetivo e adequado aos casos graves e persistentes e às situações de crise, sendo o serviço intermediário entre o hospital e a comunidade (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014). Foi instituído de fato, em nível nacional, apenas anos depois, pela Portaria 336 GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, recentemente revogada pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. A nova legislação, na verdade, consolidou a Portaria 336 às demais legislações de saúde mental e manteve a sua redação no Título II, Anexo V, posteriormente alterado pela Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017, ambas vigentes (BRASIL, 2017). A recente mudança não foi citada em nenhum dos artigos pesquisados.

A luta por uma sociedade sem manicômios, assim como já exposto, também buscou reinserir os sujeitos na vida cotidiana das cidades. Por isso, como estratégia para a questão da moradia, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que são casas inseridas na comunidade, fora dos espaços hospitalares, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com sofrimento psíquico grave, prioritariamente àquelas que passaram por longos períodos de internação – pelo menos 2 (dois) anos – e/ou perderam os vínculos familiares (DUARTE; PASSOS; GOMES, 2015). Os autores também chamam a atenção para o fato de que esta proposta está diretamente vinculada à diminuição dos leitos em hospitais

psiquiátricos, ou seja, para cada sujeito desinstitucionalizado e inserido em um SRT, o leito psiquiátrico deve ser fechado e o recurso financeiro, realocado. Da mesma forma, estes locais foram instituídos por Portaria do Ministério da Saúde, neste caso, a de nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, recentemente revogada pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Hoje, vigora no Anexo 4 do Anexo V da PRT nº 3/GM/MS, de 28/09/2017, com alterações dadas pela 3.588/GM/MS, de 21/12/2017 (BRASIL, 2017). Também não foram citadas em nenhum dos artigos pesquisados.

Seguindo a lógica do novo modelo de cuidado, não basta sair do hospital, ter uma residência e ser usuário do CAPS: é necessário, também, ter acesso ao trabalho ou outras formas de renda. Assim, criou-se o Programa “De Volta pra Casa”, coordenado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de destinar auxílio financeiro aos sujeitos, com vistas à reabilitação psicossocial. De acordo com Del’Olmo e Cervi (2017), este Programa foi instituído pela Lei Federal 10.708, de 31 de julho de 2003 (e regulamentado pela Portaria nº 2.077/GM/MS, de 31 de outubro de 2003, informação incluída pela autora), a qual define que o valor do benefício seja destinado apenas a egressos de internação em hospital psiquiátrico, por um período igual ou superior a 2 (dois) anos, como um incentivo para que seja possível acessarem outros tratamentos, em meio aberto. Ainda, o benefício é suspenso quando a pessoa for novamente internada ou vier a falecer. Da mesma forma, a legislação passou por mudanças e hoje vigora na Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Seção I, Capítulo III (BRASIL, 2017), não sendo citada pelos autores pesquisados.

Outro programa importante neste histórico de mudanças é o PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, que disparou um processo regular de avaliação dos hospitais psiquiátricos públicos e privados, conveniados ao SUS. Foi instituído em 2002, pela Portaria 251/GM/MS, de 31/01/2002 e foi responsável pelo fechamento de centenas de hospitais e alguns milhares de leitos absolutamente inadequados para assistência em saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018). Hoje, vigora na Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, na Seção VII, do Capítulo III, Título I (BRASIL, 2017), não estando presente em nenhum dos artigos selecionados.

Sabe-se que os serviços e programas de saúde mental, detalhados até então, não totalizam a gama de locais e estratégias que se constituíram no processo de reestruturação da Política Nacional de Saúde Mental, porém foram os únicos descritos com mais atenção pelos autores estudados. Quanto aos NAPS e ambulatorios, entende-se que se caracterizaram como serviços importantes no período de reformulação da assistência em saúde mental, especialmente nos anos 90, porém, com o tempo, deixaram de existir legalmente. Os NAPS qualificaram-se



para tornarem-se CAPS e os ambulatórios deixaram de ser incentivados como proposta terapêutica, uma vez que, como alerta Amarante e Nunes (2018), consistiam em consultas esparsas de renovação de receita, com pouquíssima oferta psicoterápica. Assim, a ideia era de que também se transformassem em Centros de Atenção Psicossocial, com equipe multidisciplinar e acompanhamento mais intensivo e diversificado.

Porém, o que mais chama a atenção é o fato de não ter sido encontrado nenhum estudo ou artigo que abordasse a questão dos leitos de saúde mental em Hospitais Gerais. Não há nenhuma publicação, pesquisa, relato de experiência ou alusão que atente para estes serviços, apesar de, sabidamente, ainda serem acessados diariamente pelos usuários de saúde mental.

Em contrapartida, outros autores apontaram para a importância das ações contínuas de saúde mental na Atenção Básica, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tais como: atendimento individual e em grupo; acompanhamento do indivíduo e família, oficinas terapêuticas e atividades preventivas (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016), além de outras redes de apoio no território, como associações de moradores de bairros, igrejas, grupos de ajuda mútua, escolas e universidades (GUIMARÃES et al., 2015).

Neste contexto, dentre as alternativas de cuidado referidas nos artigos – que serão denominadas de dispositivos – Junqueira, Carniel e Mantovani (2015) valorizam as assembleias que, segundo os autores, representam um espaço de convivência e discussão de questões referentes ao funcionamento dos serviços, sendo uma das formas de atenção aos sujeitos e um recurso terapêutico produtor de autonomia na medida em que busca maior participação e responsabilização dos usuários em seu tratamento.

Já Guimarães (2017) aponta para a importância da atenção domiciliar, por meio das chamadas VDs (visitas domiciliares), caracterizando-as como um importante recurso na oferta de cuidado ao sujeito em intenso sofrimento psíquico, por propor uma corresponsabilização entre os serviços e famílias na construção do cuidado.

Souza e Pontes (2017), por sua vez, ressaltam o AT (Acompanhante Terapêutico), por esta forma de atenção abandonar o espaço restrito aos muros e ocupar locais de trocas sociais onde a cidade e o sujeito estão envolvidos, buscando a reinserção. Assim, apresenta em sua prática a possibilidade de legitimar a Reforma Psiquiátrica ao passo em que também questiona a superação do paradigma da clínica intramuros.

E, por fim, o dispositivo citado como primordial nos processos de atenção à saúde mental foi o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), com o objetivo de proporcionar apoio matricial às equipes de Saúde da Família, cumprindo um importante papel de dar suporte, tanto técnico quanto institucional, para as equipes de Atenção Básica, inclusive em relação à



saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018). Foram instituídos pela Portaria 154GM/MS, de 24 de janeiro de 2008 e recentemente alterados pela Portaria nº 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), passando a vigorar como Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB).

Portanto, constata-se como as ações e dispositivos de saúde mental foram diversificados nas últimas décadas, extrapolando o cuidado hospitalar e segregador. Assim, cria-se a possibilidade de a loucura circular pela cidade e de os sujeitos viverem em liberdade, valorizados em sua singularidade, com autonomia e participação ativa em seu processo de reabilitação psicossocial.

### 3.3.2 Tecendo os fios da saúde mental: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A partir do momento em que um vasto número de serviços e dispositivos foram sendo criados, emergiu a necessidade de articulação entre eles e entre as equipes. Em função disso, também se compreendeu que a saúde mental devia ser trabalhada não só pelo setor saúde, mas conjuntamente à rede de assistência social, previdência e demais políticas, caso contrário, a reabilitação psicossocial não seria possível (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016). Para dar conta desta realidade complexa, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria 3.088GM/MS, de 23/12/11 (BRASIL, 2017), republicada em 21 de maio de 2013.

Esta rede é definida como intersetorial e de base comunitária, tendo como função principal articular os diversos serviços abertos de saúde mental - entre si e com outras instituições, associações, cooperativas e espaços urbanos - em movimento permanente de reconstrução (SOUZA; AFONSO, 2015). Deve atender às necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico, possibilitando o convívio na comunidade e contribuindo para evitar internações, por meio de cuidados diversificados (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

Nesta rede, além dos sujeitos em sofrimento psíquico intenso, também estão incluídos o cuidado e o atendimento dos usuários de crack, álcool e outras drogas (GUIMARÃES, 2017). O CAPS se torna a porta de entrada e regulação em saúde mental, sendo o serviço responsável por articular todos estes pontos de rede, além de oferecer suporte aos que dele necessitam (AZEVEDO et al., 2014).

A RAPS tem seus objetivos e diretrizes baseadas na Reforma Psiquiátrica e legislações correlatas, especialmente no que diz respeito aos Direitos Humanos e garantia da autonomia e liberdade das pessoas, promovendo saúde, equidade e combatendo estigmas e preconceitos. A

atenção deve ser humanizada e centrada nas necessidades dos sujeitos, diversificando as estratégias de cuidado e incentivando a participação do controle social, dos usuários e de seus familiares, por meio de projetos terapêuticos singulares (BRASIL, 2013).

É dividida em componentes, de modo que todos os serviços tenham objetivos claros e estejam contemplados de alguma forma. Estes componentes são:

I – Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde:

1. Equipes de Atenção Básica;

2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas:

2.1. Equipe de Consultório na Rua;

2.2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF

b) Centros de Convivência e Cultura;

II – Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III – Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Acolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V – Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Leitos de psiquiatria em hospital geral;

b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral);

VI – Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

1. Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII – Estratégias de Reabilitação Psicossocial:

a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2013).

Assim, a atual Política de Saúde Mental garante que a maior parte dos incentivos financeiros seja destinada aos serviços abertos e aos programas alinhados às propostas de desconstrução da lógica manicomial (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014). Este avanço

pode ser observado nos dados explanados por Amarante e Nunes (2018), quando apontam para a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Já os CAPS, em 2014, ultrapassavam os 2 (dois) mil, alcançando uma cobertura de 0,86 por 100 mil/habitantes. Também em 2014, foram registrados 610 SRTs, com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas, ao passo que o Programa de Volta pra Casa passou a ter 4.349 beneficiários. Deste modo, os gastos com hospitais caíram de 75,24%, em 2002, para 20,61% em 2013; enquanto que, revertendo a lógica de investimento, os gastos com atenção psicossocial e serviços abertos passam de 24,76% para 79,39% no mesmo período.

Portanto, evidencia-se a construção de uma rede de serviços extra-hospitalares, que possam dar conta da complexidade da saúde mental, buscando inserir na sociedade os sujeitos que dela necessitam por meio do cuidado em liberdade. Alcançar este feito demandou, e muito, de atores sociais, usuários, familiares, profissionais, políticos, dentre outros, e só foi possível graças a uma luta histórica, feita a muitas mãos.

### 3.3.2.1 Retrocesso: eu vejo o futuro repetir o passado...

Apesar dos inegáveis e legítimos avanços na saúde mental do país, não só em relação à mudança da lógica de cuidado, mas especialmente ao aparato legal que a respaldou e apoiou, de acordo com Leal, Santos e Jesus (2016), a Política Pública de Saúde vem sofrendo, paulatinamente, com o sucateamento dos serviços.

Dentre os conflitos e tensões atuais, que impõem degradantes retrocessos e ameaçam os avanços e as consolidações descritos até então, algumas ações, nos últimos tempos, empoderaram o modelo asilar/manicomial e feriram a atenção psicossocial preconizada no cerne da Reforma Psiquiátrica (LEITE; BARROS, 2018). Conforme Amarante e Nunes (2018), os ventos já começaram a mudar em 2015, quando o Ministério da Saúde foi assumido por conservadores e, para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, foi designado o ex-diretor de um hospital psiquiátrico, fechado por ação do Ministério Público, sendo um notório defensor do modelo manicomial.

À frente da Coordenação, então, este senhor perpetrou medidas e alterações voltadas à defesa da assistência em hospital psiquiátrico, direcionando recursos financeiros às estruturas manicomiais, dentre outros aspectos (LEITE; BARROS, 2018). Assim, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou uma Resolução que praticamente resgata o modelo manicomial, dando início a um processo de desmontagem da Reforma Psiquiátrica, construída ao longo das últimas décadas (AMARANTE; NUNES, 2018).

Como pontos principais de alteração dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, destacam-se:

1. inclusão de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas: é a volta do obsoleto e ineficaz ambulatório. Sua organização não prevê atividades preventivas, de reabilitação psicossocial ou atividades grupais. Preconiza-se, apenas, acompanhamento por meio de consultas com equipe multiprofissional;
2. Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre as quais as Comunidades Terapêuticas (CTs). Segundo Perrone (2014), as CTs são serviços de interesse à saúde, destinados a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. O retorno destes estabelecimentos à RAPS também é considerado um retrocesso, uma vez que, na atualidade, a questão central do tratamento destes locais é a espiritualidade que, por ser imposta a todos os acolhidos, impreterivelmente, fere a laicidade do Estado (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE et al., 2017). Ainda, sabe-se de graves violações de direitos ocorridas em CTs de todo o país, incluindo punições morais e castigos físicos, privação de liberdade e cárcere privado, pessoas institucionalizadas – residindo nas CTs – mesmo sendo ilegal devido ao seu caráter transitório, dentre outros aspectos; ou seja, práticas que vão na contramão da Reforma;
3. Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral: os antes chamados leitos de saúde mental em hospital geral. Além da terminologia, a mudança se dá em função da obrigatoriedade de o profissional psiquiatra compor a equipe e ser o responsável pela Unidade, quando, na legislação revogada, este trabalho poderia ser realizado por clínico geral, especialmente com vistas à atenção integral em saúde, não apenas focando na “doença mental”. Deixando de lado discussões técnicas relativas à qualificação do atendimento que esta alteração pode acarretar, a impressão que fica é a de que, com esta medida, a psiquiatria tenta retomar seu papel hegemônico na saúde mental, refutando outros saberes;
4. Hospital Psiquiátrico Especializado: após 16 anos de avanços oriundos da Lei Federal 10.216, estes estabelecimentos são incluídos na RAPS e têm seu incentivo financeiro revisto, ampliado. Medida absolutamente arbitrária, sem espaço para discussão do controle social e sociedade civil organizada. Um “canetaço” que visa retomar a lucratividade da indústria da loucura;

5. Hospitais-Dia: esta pode ser uma boa alternativa a fim de evitar internações de maior duração. Porém, acompanhada das demais alterações, acredita-se que a ideia seja a de fortalecer a rede hospitalar, na contramão dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Diante deste cenário, é inegável a onda de retrocessos que o país está vivendo no que se refere à saúde mental. A tentativa de retorno à lógica de cuidado hospitalar e privatista, obsoleta e ineficaz, é evidente, assim como o sucateamento resultante do congelamento de recursos nos próximos 20 (vinte) anos. Por ora, entende-se que seja necessário continuar investindo nas mudanças almejadas pelas dimensões da Reforma Psiquiátrica, especialmente a técnico-assistencial, junto aos profissionais e instituições, e a sociocultural, mobilizando a sociedade.

### **3.4 O real cuidado nos serviços abertos: um museu de grandes novidades?**

*“Estranha máquina que produz novos loucos ao mesmo tempo que mantém a maioria dos já fabricados em torno de dispositivos de cura, de modo permanente, convencidos de que, fora deles, dificilmente sobreviverão.”*

(Tania M. G. Fonseca; Regina L. Jaeger)

Os autores pesquisados defendem que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, atualmente, encontra-se em um impasse: de um lado, os inegáveis avanços na construção teórico-clínica da assistência e, do outro, a dinâmica dos serviços de saúde mental repetindo práticas obsoletas e que há muito tempo já não são mais desejadas (CARDOSO; OLIVEIRA; PIANI, 2016). Deste modo, parece que ampliaram-se as instituições desmanicomializantes, mas mantiveram-se os modelos confirmatórios de doença mental (FONSECA; JAEGER, 2016).

Diante desta realidade, Vasconcelos e Paulon (2014) questionam: poder-se-ia falar em um processo de institucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira? As autoras afirmam que algumas práticas observadas nos serviços abertos, ao invés de desinstitucionalizarem a loucura, criam verdadeiras ‘existências capturadas a céu aberto’, especialmente por meio de muros invisíveis, jalecos mentais e manicômios disfarçados, que insistem em segregar o diferente por trás de um discurso de inclusão do louco na categoria de ‘cidadão’.

Da mesma forma, Ferreira et al (2017) defendem que este impasse vivido se deve à permanência dos ‘desejos de manicômios’ nas práticas e concepções dos profissionais que, não raro, reproduzem uma atenção voltada ao isolamento, controle e tutela do outro. Mesmo mais

de uma década após a regulamentação da Lei da Reforma no Brasil, as roupagens da cronicidade vão se transformando, porém, nunca deixam de existir (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014).

Inúmeros são os fatores que contribuem para a reprodução destas práticas. Guimarães et al (2015) destacam como limitações e desafios a quantidade insuficiente de serviços extra-hospitalares, expressa pela falta de vagas, o que, por conseguinte, compromete a qualidade do atendimento e dificulta o funcionamento adequado da rede. Por este motivo, por exemplo, o acompanhamento pós-alta hospitalar fica deficitário, favorecendo as reinternações e, conseqüentemente, a cronificação da doença.

A respeito desta última constatação, Shimoguiiri e Rosa (2017) destacam que ainda hoje há moradores em hospitais psiquiátricos ou instituições asilares, não necessariamente por situações de crise decorrentes de sofrimento psíquico intenso, mas, sim, pela falta de amparo social e familiar, assim como por não haverem Residenciais Terapêuticos suficientes na rede.

Goulart (2015), por outro lado, alerta para o atual cenário de carência de recursos públicos, ausência de vontade política e onipresença de interesses privados, pressionando em uma perspectiva conservadora. Afirma que mesmo que o redirecionamento de investimento esteja acontecendo, este é lento o suficiente para enfraquecer a rede e criar flancos e fragilidades, desnecessários e desestimulantes.

Frente a uma rede desarticulada e à insuficiência de dispositivos, a reinserção social e a reabilitação psicossocial são questionadas ao passo que a dependência aos serviços existentes aumenta, reproduzindo um cuidado tutelar e manicomial que não prima pela inclusão social (WANDERKOKEN; QUINTANILHA; DALBERTO-ARAÚJO, 2015). Contudo, conforme Vasconcelos e Paulon (2014), superar o legado asilar, iatrogênico e carcerário, assim como os ranços do antigo modelo, não é um processo simples. As autoras relatam que já presenciaram cenas que descrevem com clareza este impasse: pessoas solicitando que se coloquem cadeados nos portões do CAPS para impedir ‘os de dentro’ de sair e os ‘perigosos de fora’ de entrar; usuários permanecendo em acolhimento noturno por muito mais tempo do que o previsto em lei, passando a quase morar no CAPS; famílias, não sem motivo, recusando-se a participar do processo de cuidado de seus parentes; trabalhadores da saúde argumentando contra a Reforma Psiquiátrica por dizerem-se incapacitados para lidar com a loucura, dentre outros.

Costa, Figueiró e Freire (2014), por sua vez, descrevem três pontos relevantes para a cronificação do cuidado nos serviços abertos: primeiro, a infantilização dos profissionais em relação aos usuários; segundo, o aparente isolamento do serviço em relação à comunidade; e, terceiro, a existência de relações hierárquicas entre os técnicos e os usuários.

Com relação ao isolamento do serviço, Furtado et al (2017), em sua pesquisa com profissionais de um CAPS, sinalizam a dificuldade encontrada pelos mesmos em dar alta terapêutica e o medo da forma como os sujeitos em sofrimento psíquico se comportariam em público, o que dificulta a realização de oficinas ou atividades terapêuticas em instituições e espaços diversos, no território.

Ferreira et al (2017) chamam a atenção para os espaços comunitários como produtores de vida, porém, conforme sugerem, em sua grande maioria, estes locais acabam ficando invisibilizados, especialmente em função de os profissionais não conhecerem este território, do qual são referências. Alguns trabalhadores, por acaso, até sabem da existência de alguns equipamentos comunitários pelo fato de circularem 'por aí' em sua vida 'extraprofissional', porém, não sistematizam este conhecimento em equipe, nem propõem sua utilização como estratégia terapêutica.

Outrossim, os referidos autores alertam para a necessidade de os projetos terapêuticos facilitarem a saída do usuário do serviço, sem, no entanto, levar o serviço consigo, como marca de sua institucionalização. À vista disso, sugerem como estratégico poder transitar com estes sujeitos pela cidade, sem camisetas ou carros institucionais, sem blocos de carnaval ou faixas de luta antimanicomial. Simplesmente circular pelas praças e bairros como um cidadão, sem que sua vinculação institucional se torne a sua identificação social: ser João, apenas; e, não, João usuário do CAPS.

Corroborando com a ideia, Kinker e Imbrizi (2015) defendem que um CAPS – ou qualquer outro serviço aberto – que esteja desconectado do território, utiliza sua grade de atividades como um instrumento eficaz de controle social, tornando-se, portanto, um dispositivo tão rígido quanto as grades e celas dos presídios e dos manicômios.

Diante desta realidade, a rede de atenção psicossocial parece se constituir como o único espaço que permite a sociabilidade entre os usuários que, muitas vezes, ficam restritos ao “circuito especial” domicílio-serviço-domicílio, o que contribui para a dependência e a cronificação (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014). Este fator é observado diariamente na rotina de trabalho da autora, especialmente nos CAPS, que não trabalham a alta com os usuários sob a justificativa de que “eles gostam do serviço e não querem ir para outro lugar”. Percebe-se como a insegurança é transmitida aos sujeitos, que passam a acreditar que somente ali serão aceitos e acolhidos, permanecendo por muitos anos, mesmo após seu quadro estabilizar e apresentarem condições de serem acompanhados pela Atenção Básica.

Por todos estes motivos, os CAPS e a rede acabam ganhando ‘apelidos’ como capsilhas, capscômios, capscização, encapsulamento, pois os usuários permanecem presos e dependentes,



como se apenas nestes espaços se sentissem cidadãos e consumidores, nem que seja das políticas públicas. Estes serviços têm a função de ser porta de entrada, porém, muitas vezes, não possuem porta de saída (VASCONCELOS; PAULON, 2014).

Já no que se refere às relações hierárquicas entre os técnicos e os usuários, merece atenção o uso quase exclusivo dos manuais diagnósticos como parte da organização do cuidado. Neto e Santos (2014), em seu estudo, observaram que esta realidade contribui para que os profissionais entendam o diagnóstico apenas como um conjunto de sinais e sintomas, com vistas a eliminá-los pela via medicamentosa, o que cria um serviço que em nada se diferencia do hospital psiquiátrico no que se refere às relações de poder: um profissional que prescreve e um sujeito que precisa de ajuda, sem participar das decisões de seu projeto terapêutico.

Neste sentido, torna-se bastante limitado o trabalho de reabilitação psicossocial, pois no momento em que os profissionais olham apenas para os sinais e sintomas, de maneira isolada, correm o risco de encontrar diversos diagnósticos, ao longo do tempo, para uma mesma pessoa, o que leva a uma frequente alteração das medicações prescritas, sem que, no entanto, se considere a singularidade e vivência de cada sujeito.

De maneira geral, observa-se que a medicalização é vista como a primeira opção de qualquer tratamento psiquiátrico, seja em situação de crise ou não, visando à sedação e à contenção rápida do incômodo causado. A primazia do tratamento farmacológico reduz o cuidado ao simples manejo de sintomas e, de forma alguma negando o recurso terapêutico que a medicação pode representar, seu uso indiscriminado também contribui para que o sujeito não se responsabilize pela sua vida, depositando a melhora em uma solução mágica e externa (ZEFERINO et al., 2016).

Além do mais, de alguma forma, com o advento da Reforma Psiquiátrica, deixou-se de controlar os ‘loucos’ por meio do aparato asilar, com muros e grades, passando-se a controlar a ‘loucura’, por meio do imperativo da terapêutica medicamentosa (ANDRADE; MALUF, 2017a). O relato a seguir, de um homem de 25 anos, usuário de um CAPS, retrata esta situação sob o ponto de vista do sujeito:

O médico ainda tem um poder muito grande, e eu acho que, em psiquiatria, por mais que ele saiba, ele também não sabe muita coisa. Eles fazem um laboratório com a gente, eles vão dando esse remédio, esse remédio... Ah, se funciona, tudo bem! Se não, eles tentam... (ANDRADE; MALUF, 2017a, p. 80).

Ainda no que se refere a esta problemática, percebe-se como os profissionais e serviços têm dificuldade de lidar com comorbidades clínicas e acesso ao cuidado integral em saúde, pois,



muitas vezes, quando uma pessoa apresenta transtorno mental e problema renal, por exemplo, seu órgão também passa a ser percebido como louco (LEITE; BARROS, 2018).

Os serviços abertos, especialmente os Caps, além da prescrição de medicações, ofertam atividades terapêuticas grupais. Quanto a esta questão, é importante ressaltar que a mera participação do usuário não significa dizer que, de fato, elas tenham algum efeito terapêutico (CARDOSO; OLIVEIRA; PIANI, 2016). Quando as oficinas não são pensadas a partir de demandas e objetivos, mas, sim, a partir das habilidades e disposição de quem está as conduzindo, acabam servindo, apenas, de passatempo, tanto para o usuário, quanto para o profissional, ficando esvaziadas de sentido (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014).

Kinker e Imbrizi (2015) também chamam a atenção para este fato, relatando que, muitas vezes, os usuários são convidados a participar continuamente de atividades, porém, em contrapartida, encontram pouco espaço para trabalhar questões concretas do cotidiano, que envolvem relações com atores de seu território de existência. Sendo assim, sinalizam que de nada adianta proporcionar modos de expressão e vivências entre usuários-profissionais-atividades, se o fato de os sujeitos continuarem vivendo excluídos de suas relações familiares e comunitárias não estiver sendo um problema e um importante foco de ação de trabalho do serviço.

Da mesma forma, Costa, Figueiró e Freire (2014) mencionam que quando o planejamento das oficinas terapêuticas não leva em consideração o desejo e a demanda dos participantes, o funcionamento se mantém alicerçado na manutenção da tutela sobre o outro e do poder/saber nas mãos dos profissionais. A partir do momento em que as atividades são planejadas em reuniões internas, sem a presença dos usuários, acabam sendo consideradas intervenções a serem aplicadas como remédios, associadas a uma miríade de procedimentos que garantam um regime de permanente ocupação, porém vazio de sentido.

Assim, na rotina dos usuários no serviço, muitas vezes, também há um controle do tempo: horário para início e término das atividades; tempo em que o usuário deve permanecer ali, com horário de chegada e de saída; tempo disponível para as refeições, etc. (WANDERKOKEN; QUINTANILHA; DALBERTO-ARAÚJO, 2015), o que se assemelha, e muito, aos cuidados e rotinas manicomiais. Vasconcelos e Paulon (2014) corroboram com a ideia, afirmando que a cronificação dos serviços também se dá por meio de suas grades de atividades estereotipadas e inalteradas, assim como por uma rede que não se amplia nem se conecta aos diferentes dispositivos.

Delgado (2015), por sua vez, aponta para outro grande obstáculo a ser superado, especialmente no que se refere aos graves problemas na gestão dos serviços – desde a

deficiência na estrutura, instalações precárias, vínculos profissionais fragilizados – até os entraves dos processos de trabalho, tais como ausência de consenso técnico entre profissionais e equipes e falta de avaliação permanente. Como resultado, tem-se a disparidade de efetividade dos serviços, mesmo em contextos bastante semelhantes. Ainda, o autor também menciona a fragilidade da articulação das redes – especialmente com a Atenção Básica – e a baixa densidade de ações intersetoriais.

Furtado et al (2017), em sua pesquisa, confirmam tais fragilidades nos relatos dos profissionais, que evidenciam a precariedade acerca dos ambientes de trabalho e a informalidade das relações intersetoriais. Os problemas mais comuns encontrados se referem às políticas de gestão, ao excesso de burocracia, à falta de autonomia e ausência de parcerias, às condições e estruturas precárias e ao número insuficiente de integrantes das equipes.

Miranda, Oliveira e Santos (2014), de modo semelhante, descrevem como desafios os problemas de recursos, desde a falta de espaço físico para atividades grupais, a precariedade dos vínculos trabalhistas, até a ausência de apoio de outras secretarias. Quanto à falta de estabilidade profissional, destacam as mudanças de governo que, geralmente, acarretam em trocas de equipes por interesses políticos, gerando rompimento de vínculos entre profissionais e usuários, tão necessários para a reabilitação.

Em função destes fatores, Vasconcelos e Paulon (2014) apontam que a cronificação também atinge os profissionais, que naturalizam uma forma de cuidado segregadora e infantilizadora. As queixas de inoperância, ingerência, burocracia e descrédito institucional são muito frequentes, como se os trabalhadores que as enunciam nada tivessem a ver com isso. Destacam que os profissionais falam desses contratos humanos – que são as instituições – como se estes se formassem à revelia de seus desejos e práticas. Reclamando, apenas reclamando, seguem desenvolvendo suas ações atravessados pela mesma moral e arrimo das instituições das quais não cansam de reclamar. Não colocam em análise seus modos de atenção e de gestão, “empurrando com a barriga” seu fazer cronificado.

As ponderações colocadas até então, refletem, e muito, na repetição do modelo manicomial nos serviços abertos de saúde mental. Porém, em meio a todo este contexto, a questão que parece merecer maior atenção é a situação de crise em saúde mental, relatada por diferentes autores como o ‘lugar’ onde a Reforma Psiquiátrica ainda não chegou.

De acordo com Zeferino et al (2016), a internação psiquiátrica ainda ocupa papel central na atenção às situações de crise, remetendo a uma falsa desinstitucionalização ao passo que os valores nos quais o cuidado é baseado continuam os mesmos da lógica manicomial: isolar e conter. Para Oliveira e Silva (2017), observa-se a existência de uma lacuna operacional na

atenção às urgências e emergências psiquiátricas, o que leva os pacientes, muitas vezes, a serem atendidos de forma improvisada, em serviços não especializados, ou, até mesmo, por meio de abordagens não médicas, como, por exemplo, a força policial.

Sabe-se que nem toda situação de crise psíquica, necessariamente, configura-se como urgência em saúde mental. Tratar todas as crises desta forma é reflexo de intolerância e preconceito para com as pessoas em sofrimento, bem como remete à psiquiatria clássica, que reduz o sujeito apenas a uma doença. A visão estigmatizada do paciente psiquiátrico sob o viés do medo, da periculosidade e da agressividade, alimenta a reprodução de práticas coercitivas durante as intervenções nestas situações, estando comumente presentes a contenção mecânica repressiva e violenta (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015).

Nestes casos, os serviços de urgência e emergência psiquiátrica ocupam um lugar estratégico na rede, muitas vezes, como porta de entrada dos usuários em sofrimento psíquico intenso. No entanto, têm se apresentado como um ponto problemático, pois estão no último nível antes da internação psiquiátrica e, na maior parte das vezes, priorizam a sedação e o encaminhamento para a internação hospitalar, especialmente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015). Sobre esta questão, Oliveira e Silva (2017) apontam para a necessidade de se construírem protocolos para atendimento das urgências em saúde mental, inclusive descrevendo o fluxo e articulação entre os serviços, com vista a evitar que o hospital seja o único destino das pessoas em situação de crise psíquica.

Ainda, há outros estudos que abordam questões mais específicas relacionadas ao cuidado nos serviços abertos de saúde mental. Andrade de Maluf (2017b), por exemplo, referem-se às questões de gênero, identificando que, geralmente as mulheres são a grande maioria nestes locais: quer seja como trabalhadoras, quer como usuárias e/ou como familiares. Sobretudo, predominam como consumidoras de psicofármacos e como maior parte da clientela dos dispositivos, exceto nos serviços voltados ao atendimento de álcool e outras drogas, onde predominam os homens. Para os autores, este fato indica diferenças socioculturais no modo como homens e mulheres buscam alívio para os seus sintomas, porém, isso nem sempre é trabalhado pelas equipes.

Já com relação ao adoecimento psíquico infantojuvenil, a pesquisa de Araújo e Guazina (2017) constatou como o impacto de um diagnóstico precoce traz mudanças significativas na vida da criança e do adolescente, assim como no convívio com as suas cuidadoras – mães ou outra que desempenhe essa função –, especialmente quando este não é bem trabalhado e

esclarecido pelo serviço. Nestas situações, o sintoma passa a ser visto como algo permanente e incapacitante, dificultando a compreensão e engajamento da família no processo.

Os autores acima referidos observaram que as cuidadoras pesquisadas almejam a melhora da criança ou adolescente em sofrimento psíquico apenas pelo uso de psicofármacos, centralizando a expectativa no saber médico e ocupando lugar de passividade no tratamento, reproduzindo a lógica manicomial (ARAÚJO; GUAZINA, 2017). Da mesma forma, as equipes também contribuem para esta realidade ao passo que não esclarecem, às famílias e aos pacientes, os sintomas e as formas de tratamento, por conseguinte, não incentivando a participação dos mesmos no processo de reabilitação. Azevedo et al (2014) referem que, geralmente, a participação familiar se restringe a pedidos de consultas, obtenção de medicamentos ou apoio para internações hospitalares.

Outra questão específica e que tem gerado cada vez mais preocupação é a assistência ofertada aos dependentes químicos. Muitas vezes, ainda são realizadas internações induzidas pelo ímpeto da higienização social, gerando a exclusão destes usuários, sem levar em conta suas vontades, as causas das desigualdades e as condições econômico-sociais relacionadas aos modos de subjetivação. Cada vez mais, as demandas de saúde e de assistência social estão sendo conduzidas como casos de segurança pública, ocasionando segregação, ações repressivas e violações de direitos (SHIMOGUIRI; ROSA, 2017).

Ao passo que se caracteriza o comportamento destes sujeitos como desviante, o dispositivo do laudo psiquiátrico consegue articular a clínica à esfera pública do julgamento criminal, criando um novo status social do dependente químico: o de comportamento desviante e propenso ao crime. Assim, a justiça torna-se cada vez mais terapêutica e, a medicina, cada vez mais jurídica, fornecendo condições ideais para a condenação moral e judicial destas pessoas, uma vez que passa a ter um estatuto de verdade científica (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

A ausência de uma estratégia política clara para o enfrentamento das vulnerabilidades gera um verdadeiro pânico social, amplificado pelos meios de comunicação (DELGADO, 2015). No que se refere ao uso de drogas, entra em cena, então, o discurso do risco à saúde associado a ameaça à ordem urbana, que vai ao encontro do clamor por segurança da parcela da sociedade ‘não usuária’, a qual acredita ser a maioria. Acredita ser, pois bastaria considerar o uso de álcool, cigarro e medicação psicotrópica para que essas ‘parcelas’ percebessem que têm muito em comum (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

Avança, assim, a proposta de atenção ao dependente químico em regime fechado, por tempo prolongado e de forma involuntária. Exemplo disso são as parcerias público-privadas

entre os governos e as Comunidades Terapêuticas, recentemente incluídas na RAPS, ameaçando os ideais da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial no que se refere à superação das práticas de isolamento. Ainda, este feito retoma a lógica da privatização e terceirização da saúde, eximindo o Estado de suas obrigações sociais (SHIMOGUIRI; ROSA, 2017). O resultado disso já se conhece.

Esta ação, pautada no argumento de que os que fazem uso nocivo ou são dependentes de substâncias psicoativas estão marginalizados – muitos em situação de rua – e encontram-se impossibilitados de se adaptarem à vida em sociedade, seguindo critérios e padrões estabelecidos, desconsidera outro viés: o da sociedade de consumo, pois, neste aspecto, eles se colocam como engajadíssimos (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

A respeito disso, o maior estudo do mundo sobre o perfil de usuários de crack, desenvolvido por Bastos e Bertoni, no ano de 2014, demonstra que, no Brasil, o tempo médio de uso é de 5 a 8 anos, ou seja, caracteriza-se como um problema crônico, exigindo ações menos emergenciais e mais investimento em ações longitudinais, por meio da Atenção Básica e dos CAPS. Porém, investir na ideia do crack como uma epidemia, assim como está sendo feito, materializa a falência da Reforma Psiquiátrica, oportunamente reativando um modelo público de atenção asilar por meio da reformulação das bases legais da Política Nacional de Saúde Mental, assim como ocorreu recentemente. Diante disso, os CAPS, especialmente os AD, não servem mais como porta de entrada, mas, sim, como meios de passagem para internações psiquiátricas mediante mandado judicial, pautado em um laudo médico (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

Por fim, outro desafio apontado por diversos autores refere-se às questões de formação e educação permanente. Ainda hoje, os profissionais são formados para atuarem no paradigma biomédico e na centralidade dos sintomas, encontrando dificuldades para desenvolver suas ações por meio de um cuidado integral e de uma escuta qualificada, o que compromete a resolutividade da intervenção e gera mais sofrimento, tanto para o paciente quanto para o profissional (ZEFERINO et al., 2016).

No tocante à Psicologia, Guimarães (2017) afirma que as grades curriculares e o formato dos cursos ainda são muito voltados à lógica da assistência privada e individual. Goulart, Silva e Silva (2015) corroboram com a ideia, mencionando que a Psicologia tende fortemente para um modelo consultorial, privado, da clínica individual, formando, sim, bons clínicos, mas incapazes de pensar criticamente e tensionar as instituições psiquiátricas.

Outro fator preponderante é que a maioria dos novos profissionais de saúde mental não passou pelo processo de luta política e ideológica que envolveu o movimento da Reforma

Psiquiátrica e da busca pela redemocratização do país. Por isso, Azevedo et al (2014) assinalam que, sem dúvida, a educação permanente em saúde é um dos desafios a serem implantados sistematicamente pelos profissionais e serviços.

Como consequência desta falha nas formações, o instrumento terapêutico mais utilizado em saúde mental é a vivência pessoal do trabalhador, o que abre espaço para a adoção de condutas questionáveis sob o ponto de vista terapêutico, legal e científico. Também é importante destacar que a área da saúde mental desenvolveu teorias e métodos de compreensão e abordagem dos sujeitos que, raramente, foram incorporadas por outras clínicas, fator que contribui para que a maior parte dos profissionais não se sintam preparados para atuar neste campo (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014).

Por todas estas questões, entende-se que a cronicidade “estática” das grandes instituições manicomiais foi substituída pela cronicidade “móvel” dos usuários que estão dentro dos serviços, os quais tornaram-se imprescindíveis para suas existências. As vidas continuam reduzidas à doença e aos cuidados tutelados ao passo que não há vínculo com instituições senão pelo assujeitamento (FONSECA; JAEGER, 2016).

Deste modo, os ditos ‘loucos’ ainda não cabem nas instituições padrão que, permanentemente, se ‘livram’ destes sujeitos, enviando-os para outras instituições, consecutivamente (FONSECA; JAEGER, 2016). Conforme Martinhago e Oliveira (2015), há uma transferência dos internos dos manicômios para asilos, albergues, residenciais, inclusive hospitais gerais, que reinternam os sujeitos, favorecendo o conhecido fenômeno da ‘portagiratória’.

Portanto, observa-se como são muitos e complexos os fatores que contribuem para a reprodução da lógica manicomial nos serviços abertos de saúde mental. Sendo assim, torna-se um grande desafio a superação desta realidade, exigindo um esforço permanente de todos os atores envolvidos, nas mais diferentes esferas da sociedade.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todos os esforços, a consolidação da Reforma Psiquiátrica pode ser considerada inconclusa e em processo de permanente construção. Os estudos encontrados ratificam a hipótese da autora de que a lógica manicomial ainda é replicada nos serviços abertos de saúde mental de maneira muito similar ao que acontecia nos manicômios, assim como comprovam que esta realidade é reproduzida nas mais diferentes regiões do país, não estando restrita a um serviço ou local específico.

Percebe-se que o desinteresse (ou seria interesse?!) e forma de atuação dos profissionais e gestores contribui, sobremaneira, para que a Reforma Psiquiátrica não avance na medida em que manter o modelo manicomial de cuidado gera menos trabalho e os blinda de reconhecerem suas responsabilidades e falhas nos processos de gestão do cuidado.

Do mesmo modo, a carência de incentivos financeiros e a onipresença de interesses privados, pressionando em uma perspectiva conservadora, também interferem diretamente na dificuldade de consolidação dos ideais reformadores, gerando um (des)interesse político e econômico ao passo que manter o modelo de cuidado manicomial traz custos menores, sem haver a necessidade de investimento permanente.

Portanto, a dificuldade de articulação das Redes de Atenção, somada aos fatores acima mencionados, denotam que o circuito especial por onde o ‘louco’ pode transitar aumentou, porém, sua reinserção social ainda não foi possível e sua liberdade se mantém reduzida aos locais que o ‘aceitam’. Reconhecer que a loucura é colocada entre parênteses apenas nos serviços especializados de saúde mental, quando muito, é reconhecer, em última instância, o fracasso na efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que somente se efetivará mediante a desconstrução dos manicômios simbólicos – os manicômios em nós! - que teimam em aniquilar existências e produzir relações sociais que não suportam a diferença.



## 5 REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], vol. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000602067&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000602067&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- ANDRADE, Ana Paula Muller; MALUF, Sônia Weidner. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, jan./mar. 2017a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0273.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- ANDRADE, Ana Paula Muller; MALUF, Sônia Weidner. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [online], vol. 21, n. 63, p. 811-821, 2017b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220150760.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- ARAÚJO, Lidiane da Silva; GUAZINA, Felix Miguel Nascimento. A percepção de cuidadoras sobre os cuidados ofertados para crianças e adolescentes em atendimento no CAPSi. **Mental**, Barbacena – MG, vol. 11, n. 21, p. 445-468, jul./dez. 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a10.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSMANN, Carolina; SILVA, Mozart Linhares da. A reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul e as políticas de saúde mental (1970 – 2000). **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, vol. 5, n. 1, p. 83-93, 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/5686/4051>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- AZEVEDO, Américo Orlando; SOUZA, Tadeu de Paula. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 3, p. 491-510, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00491.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros de et al. Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, vol. 16, n. 2, p. 109-116, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/9293/6467>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 22 de setembro de 2017.



\_\_\_\_\_. Portaria de Consolidação nº 3GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial, 29 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria de Consolidação nº 5GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial, 29 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088GM/MS, 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. Diário Oficial da União, 26 de dezembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.588GM/MS, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 22 de dezembro de 2017.

BRITO, Andiara A. Cunegundes; BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01293.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018

BOTTI, Nadja C. Lappann; TORRÉZIO, Michele C. Silva. Festival da Loucura e a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica. **Psicologia & Sociedade**, vol. 26, n. spe., p. 212-221, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/22.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018

CARDOSO, Márcia Roberta de Oliveira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro; PIANI, Pedro Paulo Freire. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do Estado do Pará. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 40, n. 109, abr/jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00086.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

CÉZAR, Michelle de Almeida; COELHO, Mayara Pacheco. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, Barbacena-MG, vol. 11, n. 20, p. 134-151, jan./jun. 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a08.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018

COSTA, Maria da Graça Silveira Gomes da; FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque; FREIRE, Flávia H. M. de Araújo. O Fenômeno da Cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial: Um Estudo de Caso. **Temas em Psicologia**, vol. 22, n. 4, p. 839-851, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a13.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018

COSTA, Tiago Dutra et al. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. **Perspectivas online: Biológicas & Saúde**, Campos dos Goytacazes, vol. 07, n. 23, p. 09-15, 2017. Disponível em: <[http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas\\_e\\_saude/article/view/647/845](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/647/845)>. Acesso em: 12 jan. 2018

DELGADO, Pedro Gabriel. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 1, p. 13-18, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00013.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018

DEL´OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência**, Florianópolis, n. 77, p. 197-222, nov. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/seq/n77/2177-7055-seq-77-197.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Golveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva. Política pública de saúde mental hoje: análises e perspectivas dos dispositivos de produção do cuidado. In: 3º ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E 10º ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL: capitalismo contemporâneo: tendências e desafios da política social. 2015. Vitória (ES, Brasil). **Anais eletrônicos...** Vitória (ES, Brasil), 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/EINPS/article/view/9962/6972>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

EMERICH, Bruno Ferrari; YASUI, Sílvio. O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol. 20, n. 56, p. 207-216, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220150264.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, São Paulo, vol. 23, n. 79, p. 257-272, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol. 21, n. 61, p. 373-384, abr./jun. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 dez. 2017

FILIPPON, Jonathan G.; KANTORSKI, Luciane Prado; SAEKI, Toyoko. Democracia e conquista: Saúde Mental como política pública municipal. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 1, p. 187-208, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00187.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018

FONSECA, Tania Mara Galli; JAEGER, Regina Longaray. A Gestão manicomial: o aprisionamento dos loucos e a luta pela consolidação da loucura. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, vol.12, n. 1, p. 193-209, 2016. Disponível em: <<http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/viewFile/489/388>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

FRANCO, Renato Ferreira; STRALEN, Cornelis Johannes. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. **Psicologia & Sociedade**, vol. 27, n. 2, p. 312-321, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00312.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

FRAZATTO, Carina Furlaneto; BELTRAME, Marina Maria. Os serviços abertos de Saúde Mental no Brasil: o cuidado em liberdade na perspectiva dos higienistas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. 19, n. 4, p. 737-750, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v19n4/1415-4714-rlpf-19-4-0737.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

FREITAS, Adriano Vargas; PIRES, Célia Maria Carolino. Estado da arte em educação matemática na EJA: percursos de uma investigação. **Ciência e Educação**, Bauru, vol. 21, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v21n3/1516-7313-ciedu-21-03-0637.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

FURTADO, Roberto Pereira et al. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 26, p. 183-195, jan./mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00183.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

GARCIA, Isadora Facó et al. “Saia do meio caminho, eu prefiro andar sozinho, deixem que eu decida a minha vida!”: experiências de empoderamento em um grupo de saúde mental. **Mental**, Barbacena – MG, vol. 11, n. 20, p. 411-430, jul./dez. 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a08.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

GOULART, Maria Stella Brandão. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. **Gerais**: Revista Interinstitucional de Psicologia, [online], vol. 8, n. 2, p. 194-213, Edição Especial, dez. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/04.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

GOULART, Maria Stella Brandão; SILVA, Celso Renato; SILVA, Eliane Rodrigues da. A universidade e a reforma psiquiátrica: fios e desafios. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, vol. 10, n. 2, p. 268-381, jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v10n2/13.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica: percepções de profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, vol. 14, n. 1, p. 830-838, jan./mar. 2015. Disponível em: <[http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22187/pdf\\_303](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22187/pdf_303)>. Acesso em: 01 nov. 2018.

GUIMARÃES, Lorena Pires. **Intensificação de cuidados**: afetos e afetações na construção do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. 2017. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental e Atenção Básica) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2017. Disponível em: <[http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/829/1/TCC%20BAHIANA\\_Lorena%20Pires\\_Sa%2B%C2%A6de20Mental%20e%20Aten%2B%C2%BA%2B%C3%Bao%20B%2B%C3%Adsica.pdf](http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/829/1/TCC%20BAHIANA_Lorena%20Pires_Sa%2B%C2%A6de20Mental%20e%20Aten%2B%C2%BA%2B%C3%Bao%20B%2B%C3%Adsica.pdf)>. Acesso em: 04 jan. 2018.

IGNATOWSKI, Thiago Salles. 30 anos da luta antimanicomial: uma disputa simbólica. **Revive** – Revista de Ciências do Estado, Belo Horizonte, vol. 3, n. 1, p. 200-217, jan./jul. 2018.

Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/revise/article/view/11673/8679>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

JUNQUEIRA, Anamélia M. Guimarães; CARNIEL, Isabela Cristina; MANTOVANI, Alexandre. As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPS. **Vínculo** – Revista do NESME, [online], vol. 12, n. 1, p. 31-40, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v12n1/v12n1a06.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

KINKER, Fernando Sfair. Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, [online], vol. 21, n. 60, p. 189-198, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1414-3283-icse-21-60-0189.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

KINKER, Fernando Sfair; IMBRIZI, Jaquelina Maria. O Mito das Oficinas Terapêuticas. **Revista Polis e Psique**, [online], vol. 5, n. 3, p. 61-79, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v5n3/n5a05.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

LEAL, Fabiola Xavier; SANTOS, Caroline C. Moreira; JESUS, Renata Santos. Política sobre drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, vol. 15, n. 2, p. 423-436, ago./dez. 2016. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21550/15287>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

LEITE, Micaelly Duarte; BARROS, Márcia Mont' Alverne. Concepções de residentes em saúde mental sobre o cuidado ofertado em rede de atenção psicossocial. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, vol. 2, p. 126-144, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/11643/pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

MAFTUM, Mariluci Alves et al. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **Revista online de pesquisa: Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, vol. 9 n. 2, p. 309-314, abr./jun. 2017. Disponível em: <[http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3626/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3626/pdf_1)>. Acesso em: 01 nov. 2018.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01273.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

MARTINS, Aline Gomes. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Mental**, Barbacena – MG, vol. 11, n. 20, p. 226-242, jan./jun. 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a12.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaísa F. Kratochwill; SANTOS, Catia B. Tavares dos. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. **Psicologia – Ciência e Profissão**, [online], vol. 34, n. 3, p. 592-611, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n3/1982-3703-pcp-34-03-0592.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

NETO, Fuad Kyrillos; SANTOS, Rodrigo A. Nogueira. Lógica diagnóstica em serviços abertos de saúde mental: tensões entre psiquiatria e psicanálise. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 40, p. 63-82, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/3511/3541>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

OLIVEIRA, Lucidio Clebeson; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da. Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 25, p. 1-6, 2017. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10726/22079>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

PAULON, Simone Mainieri. Quando a cidade “escuta vozes”: o que a democracia tem a aprender com a loucura. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, vol. 21, n. 63, p. 775–786, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-21-63-0775.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, [online] vol. 19, n. 2, p. 569-580, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00569.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

PILLÃO, Delma. **A pesquisa no âmbito das relações didáticas entre matemática e música: Estado da Arte**. 2009. 109f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-09032010-115909/pt-br.php>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, Rossana Carla et al. Do descaso ao um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE). **Psicologia em Pesquisa**, UFJF, vol. 11, n. 1, p.84-96, jan./jun. 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v11n1/10.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SALLES, Anna Carolina R. Rodrigues; MIRANDA, Lilian. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, vol. 28, n. 2, p. 369-379, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n2/1807-0310-psoc-28-02-00369.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SANTOS, Denise Cristina dos; CARDOSO, Adilson Lopes. Do modelo asilar à Centro de Atenção Integral à Saúde em Consonância com o Movimento da Reforma Psiquiátrica



Brasileira. **Revista Uningá**, vol. 46, p. 58-62, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1241/863>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n118/a08n118.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SEVERO, Ana K. de Souza; L'ABBATE, Solange; CAMPOS, Rosana T. Onocko. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [online], vol. 18, n. 50, p. 545-556, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n50/1807-5762-icse-1807-576220130520.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia D. Tanaka; ROSA, Abílio da Costa. A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. **Psicologia USP**, São Paulo, vol. 28, n. 3, p. 389-395, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v28n3/1678-5177- USP-28-03-389.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SOUZA, Andressa Mayara Silva; PONTES, Suely Aires. Acompanhamento Terapêutico (AT) e reforma psiquiátrica: história de uma prática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, vol. 22, n. 3, p. 335-345, jul./set. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/35235/pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SOUZA, Ândrea Cardoso de; GULJOR, Ana Paula de Freitas; SILVA, Jorge Luiz Lima. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. **av. eferm.**, Bogotá – Colômbia, vol. XXXII, n. 2, p. 292-298, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a13.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SOUZA, Miriam Candida; AFONSO, Maria Lúcia Miranda. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da reforma psiquiátrica. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, vol. 8, n. 2, p. 332-347, jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a04.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

VASCONCELOS, Michele F. Farias de; PAULON, Simone Manieri. Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia & Sociedade**, vol. 26, n. spe., p. 222-234, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/23.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

VIEIRA, Marcia do Nascimento; MARCOLAN, João Fernando. Fatores político-ideológicos associados à escolha do modelo de assistência da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte – MG, vol. 20, 2016. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v20/1415-2762-reme-20160055.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

WADI, Yonissa Marmitt; OLINTO, Beatriz Ancelmo; CASAGRANDE, Attiliana De Bona. Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado Paraná. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 4, p. 1353-1371, out./dez.

2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1353.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

WANDEKOKEN, Kallen; QUINTANILHA, Bruna; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, vol. 15, n. 3, p. 387-397, dez. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v15n3/07.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

ZEFERINO, Maria Terezinha et al. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery**, [online], vol. 20, n. 3, jul/set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160059.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018.