



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL – FSSO

MARIA LUCIANA DA SILVA SANTOS
RITA DE CASSIA SANTOS LIMA

SAÚDE MENTAL: RECONSTITUIÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA

MACEIÓ/AL
2023

MARIA LUCIANA DA SILVA SANTOS
RITA DE CÁSSIA SANTOS LIMA

SAÚDE MENTAL: RECONSTITUIÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel no curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Orientadora: Prof^a Ma. Sandra Barros Lima.

MACEIÓ/AL

2023

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S237s Maria Luciana da Silva Santos.
Saúde mental: reconstituição histórica, social e política / Maria
Luciana da Silva Santos, Rita de Cássia Santos Lima. – 2023.
104 f. : il.

Orientadora: Sandra Barros Lima.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) –
Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió,
2023.

Bibliografia: f. 97-104.

1. Saúde mental. 2. Modelo hospitalocêntrico. 3.
Desinstitucionalização. I. Lima, Rita de Cássia Santos. II. Título.

CDU: 364.442.2:613.86

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Luciana da Silva Santos

Rita de Cássia Santos Lima

SAÚDE MENTAL: RECONSTITUIÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL E POLÍTICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel no curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Aprovada em ____ de _____ de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Sandra Barros Lima
(Orientadora)

Profª Drª Márcia Iara Costa
(Examinadora)

Profª Drª Milena Gomes de Medeiros
(Examinadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por seu amor infinito e por estar sempre presente comigo em todos os momentos. Por nos capacitar, guiar e dar forças para continuarmos.

Agradeço aos meus pais, Maria Aparecida e Gonçalo Rodrigues, por seus incentivos, amor, carinho e compreensão. Por estarem presentes na minha vida sempre. Dedico a eles este trabalho e gostaria de dizer que eles são a razão maior da minha persistência. Eu me orgulho deles. Aos meus irmãos, Flávio e Adriana, e aos meus queridos sobrinhos, meu muito obrigada.

Agradeço à minha dupla e amiga Rita de Cássia pelo caminho trilhado até aqui. Por enfrentarmos juntas todas as adversidades que no decorrer deste processo se apresentaram. Felizmente, com as graças de Deus, conseguimos vencer e concluir.

Agradeço à professora Sandra, por ser esta pessoa iluminada por Deus. Por todo seu conhecimento, paciência, compreensão, sabedoria, orientações e disponibilidade, sem a qual não chegaríamos até aqui.

Agradeço a todos os professores que durante essa jornada contribuíram para nossa formação profissional. A todos os colegas de classe dos diversos períodos e turma pelas quais passei, meus agradecimentos, em especial a Edilene, Luciana e Mike.

Enfim, agradeço a todos os que se fizeram presentes nesta caminhada.

(Maria Luciana da Silva Santos)

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre em primeiro lugar, a ele toda honra por guiar-me nesta estrada da vida.

À minha amada neta Louise, que enche minha vida de possibilidades e me impulsiona a seguir nessa luta diária, vencendo os obstáculos e prosseguindo em busca de vitórias.

Às minhas filhas amadas Sharon e Alexia, que acreditam no meu sucesso.

Aos meus pais José de Farias (*in memoriam*) e Maria de Lourdes, que são os responsáveis pela dádiva de minha existência.

As minhas irmãs Vânia, Sirlene, Viviane, Cecilia que são exemplos de mulheres fortes. Em especial as minhas irmãs eternas Silvana e Sandra (*in memoria*), elas estariam vibrando com minha conquista. Ao meu irmão Fernando e os meus familiares que torcem pela minha vitória em todos os sentidos.

A minha amiga Eneide, que sempre esteve ao meu lado e sempre me incentivou a seguir em frente, sempre acreditando em meu potencial.

A minha dupla de TCC, Maria Luciana, que junto comigo enfrentou os desafios de começar o TCC do zero e vencer os desafios de tempo e perseverar diante das dificuldades impostas pelo nosso dia a dia cheio de contratempos.

A minha orientadora, professora Sandra Barros, que foi um anjo no nosso processo de orientação, fazendo um papel de lapidação em nosso aprendizado.

Aos professores que tiveram papel importante em minha graduação e que marcaram de alguma forma este processo de aprendizado; dentre eles as professora Edilene Pimentel, Márcia Iara, Margareth, Sérgio Lessa, Wanda, Suely e professora Sandra Barros. A todos o meu enorme agradecimento.

Aos meus colegas de faculdade que dividiram comigo os aprendizados e perrengues diários, Carol, Clayane, Edilene, Kaline, Karoline, Luciana, Maria Luciana, Mike e Vaneska.

(Rita de Cássia Santos Lima)

Não tenha medo de pensar diferente dos outros, tenha medo de pensar igual e descobrir no fim, que estavam todos errados". (Eça de Queiroz)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo reconstituir a trajetória histórica da Saúde Mental no contexto mundial, brasileiro, alagoano (Maceió), enfocando desde o modelo hospitalocêntrico até o significativo processo de desinstitucionalização psiquiátrica, que trouxe em seu bojo a ressocialização dos usuários dos serviços de saúde mental. A desinstitucionalização foi uma conquista advinda do processo de Reforma Psiquiátrica. Em decorrência dos movimentos de luta antimanicomial que foram essenciais para construção de novos serviços abertos e humanizados que pudessem resgatar os direitos desses usuários. A metodologia utilizada compreendeu a pesquisa bibliográfica através dos autores: Foucault (2017), Amarante (1994; 1995; 2007), Machado (1978), Trindade (2007) entre outros. E também documental em fontes oficiais de regulamentação Jurídico-política sobre Saúde Mental como: Ministério da Saúde (2001; 2010; 2019; 2022 e 2023), por meio de Decretos, Portarias (3088, 3588), Nota Técnica (11/2019) e Relatório (2019), dentre outros. É importante registrar que atualmente, a política de Saúde Mental no Brasil na perspectiva da luta Antimanicomial, sofre retrocessos, inclusive no âmbito da garantia de direitos, como o incentivo a prática de tratamento invasivo (eletroconvulsoterapia), privação de liberdade, mudança da redução de danos para abstinência, internação de crianças e adolescentes, entre outros. Dessa forma, conclui-se que houve uma mudança significativa com o processo de Reforma Psiquiátrica em curso. Contudo, os retrocessos ocorridos no processo de desinstitucionalização tem apresentado entraves para consolidação de estratégias e dispositivos voltados para pessoas em sofrimento psíquico, assim como se mostram funcionais ao retorno do modelo manicomial.

Palavras-chave: Saúde Mental. Modelo Hospitalocêntrico. Desinstitucionalização. Cidadania.

ABSTRACT

This course completion work aims to reconstitute the historical trajectory of Mental Health worldwide, in Brazil and in Alagoas, focusing from the hospital-centered model to the significant process of psychiatric deinstitutionalization, which brought with it the resocialization of users of health services. mental health. Deinstitutionalization was an achievement arising from the Psychiatric Reform process. As a result of the anti-asylum struggle movements that were essential for the construction of new open and humanized services that could rescue the rights of these users. The methodology used comprised the bibliographical research through the authors: Foucault (2017), Amarante (1994; 1995; 2007), Machado (1978), Trindade (2007) among others. And also, documentary in official sources of Legal-political regulation on Mental Health such as: Ministry of Health (2001; 2010; 2019; 2022 and 2023), through Decrees, Ordinances (3088, 3588), Technical Note (11/2019) and Report (2019), among others. It is important to note that currently, the Mental Health policy in Brazil from the perspective of the anti-asylum struggle, suffers setbacks, including in the scope of guaranteeing rights, such as encouraging the practice of invasive treatment (electroconvulsive therapy), deprivation of liberty, changing the reduction of damage to abstinence, hospitalization of children and adolescents, among others. Thus, it is concluded that there was a significant change with the ongoing Psychiatric Reform process. However, the setbacks that occurred in the deinstitutionalization process have presented obstacles to the consolidation of strategies and devices aimed at people in psychological distress, just as they have proved to be functional for the return of the asylum model.

Keywords: Mental Health. Hospital-centric model. Deinstitutionalization. Citizenship.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Principios da RAPS	71
Figura 2 – Mapa de distribuição da RAPS no Estado de Alagoas.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de CAPS em Alagoas e Maceió.....	88
Tabela 2 - Distribuição dos CAPS por bairros e sua tipologia em Maceió.....	88
Tabela 3 – Tipologia dos CAPS.....	89
Tabela 4 – Serviços Residenciais Terapeuticos por bairro em Maceió.....	.90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Série histórica do número de Caps habilitados no Brasil por tipo.....	70
Quadro 2 -Atualização dos CAPS no Brasil no ano de 2022 por região.....	72
Quadro 3 – Componentes da RAPS.....	73
Quadro 4 – Atenção Hospitalar	74
Quadro 5 – Evolução dos Caps no Estado de Alagoas	85
Quadro 6 – Hospitais psiquiátricos habilitados no Estado de Alagoas.....	92

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Panorama histórico dos centros de atenção psicossocial – CAPS.... 70

LISTA DE SIGLAS

ASSUMA	Associação de Usuários e Familiares de Usuários dos Serviços de Saúde Mental em Alagoas
ART	Artigo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CF	Constituição Federal
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONSAM	Conferência de Saúde de Maceió
CSM	Centro de Saúde Mental
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia Saúde da Família
ECR	Equipes Consultório na Rua
EMAES	Equipe Multiprofissional de Atenção Especial em Saúde Mental
EUA	Estados Unidos da América
GENSAM	Gerência de Núcleo de Saúde Mental
HEPR	Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho
HG	Hospital Geral
HP	Hospital Psiquiátrico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MPE	Ministério Público Estadual
MG	Minas Gerais
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NESMAL	Núcleo Estadual de Saúde Mental de Alagoas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PISAM	Ambulatório de Saúde Mental Dr. Alberto Magalhães
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UAA	Unidades de Acolhimento para Adultos
UAI	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências de Saúde de Alagoas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. SAÚDE MENTAL: DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO AO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA	17
1.1 Contextualização Histórica da Saúde Mental	17
1.2 A trajetória da desinstitucionalização	39
2. SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO BRASILEIRO	49
2.1 Trajetória da desinstitucionalização	49
2.2 Reforma Psiquiátrica	60
3. SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE ALAGOAS	78
3.1 Desinstitucionalização em Alagoas	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	97

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo reconstituir a trajetória histórica, social e política da saúde mental no Mundo, Brasil, Alagoas especificamente em Maceió. Analisar e elencar a forma de tratamento imposto ao louco ao longo do tempo. Desde os primórdios com a institucionalização e por meio desta, ressaltar a importância da ruptura com o modelo hospitalocêntrico por entender que este modelo não contribui para a autonomia do sujeito, mas propicia a cronificação do adoecimento mental.

Dessa forma, aborda desde o modelo hospitalocêntrico até o significativo processo de desinstitucionalização psiquiátrica, que trouxe em seu bojo a ressocialização dos usuários dos serviços de saúde mental. Ressaltando os movimentos de luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica como fatores essenciais para construção de novos serviços abertos e humanizados que possam resgatar os direitos desses usuários.

Aponta ainda, alguns retrocessos ocorridos na política de Saúde Mental no Brasil na perspectiva da luta Antimanicomial, inclusive no âmbito da garantia de direitos, como a privação da liberdade e incentivo a tratamento degradante como a eletroconvulsoterapia. O processo de desinstitucionalização tem sofrido entraves para a consolidação de estratégias e dispositivos voltados para pessoas em sofrimento psíquico, como os expressos na Nota Técnica 11/2019.

A motivação para a escolha desta temática ocorreu mediante inquietações surgidas no estágio supervisionado ao entrarmos em contato com o tema saúde mental, tratamento aos loucos, Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização. A abordagem dessas temáticas de relevante importância para o campo da saúde mental e também por ser uma das áreas de atuação do Serviço Social na atualidade, suscitaram a necessidade de aprofundar e de conhecer: o processo de institucionalização; as primeiras formas de tratamento para com a loucura; o surgimento da psiquiatria e como ela se tornou responsável pelo tratamento aos loucos.

Dentro dessa perspectiva, com o embasamento teórico foram surgindo outras temáticas pertinentes ao assunto como a necessidade de ruptura com as instituições

com características asilares, por se entender que essas estruturas e formas de tratamento em nada contribuem para a promoção da saúde mental.

A relevância deste trabalho se dá por meio do conhecimento adquirido que serve para alicerçar a necessidade e imprescindível importância da Reforma Psiquiátrica para a garantia dos direitos as pessoas em sofrimento psíquico. Além de ressaltar a necessidade de implantação, ampliação, fortalecimento e manutenção da rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e documental em fontes oficiais de regulamentação jurídica acerca da saúde mental, especificamente junto às reformulações e criação de novas Leis. A pesquisa bibliográfica utilizou autores como: Foucault (2017); Paulo Amarante (1995; 1994; 2007); Desviat (2015); Machado (1978); Trindade (2007), entre outros. E a documental utilizou fontes oficiais de regulamentação jurídica como: Ministério da Saúde, (BRASIL 2001, 2003, 2022), Decretos, Portarias (3.088 é 3.588) dentre outras. É importante acrescentar que as referências teóricas estudadas norteiam o processo da Saúde Mental numa perspectiva de análise crítica da realidade.

Dado o exposto, destacamos que o presente trabalho de conclusão de curso de graduação foi estruturado em três seções, além desta introdução e das considerações finais.

Na primeira seção, analisamos a Saúde Mental no contexto mundial, partindo da hegemonia do modelo hospitalocêntrico até a significativa criação dos serviços substitutivos da Saúde Mental, voltando nosso olhar, ainda, para o fato de que as ações e estratégias do processo de transformação do modelo hospitalocêntrico está em um movimento para evitar a cronificação do adoecimento mental e propiciar a adequada reinserção social, centrada na perspectiva antimanicomial.

Na segunda seção, abordamos a trajetória da saúde mental no contexto brasileiro, analisando a gênese e o amadurecimento da desinstitucionalização.

Por fim, a terceira seção se propõe à contextualização da Saúde Mental no Estado de Alagoas, mais precisamente na cidade de Maceió, desde a criação das primeiras formas de tratamento e surgimento das instituições hospitalocêntricas até a Reforma Psiquiátrica e implantação dos serviços substitutivos no estado.

1. SAÚDE MENTAL: DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO AO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA

1.1 Contextualização Histórica da Saúde Mental

Esta seção se propõe a uma breve trajetória da Saúde Mental no mundo, desde a antiguidade clássica até a Reforma Psiquiátrica. Trata-se de um tema atual e que ao longo da história foi considerada sob diversas perspectivas, desde a concepção de natureza divindade/demonismo, desrazão, alienação, loucura, portador de transtorno mental até o que se denomina hoje em dia como pessoa em sofrimento psíquico.

A mudança do entendimento e a forma de lidar com a loucura é consequência da construção de dado momento histórico, ou seja, o conceito sobre loucura pode ser entendido como uma construção social, um processo de adequação aos parâmetros/ditames impostos pela sociedade.

Na Grécia antiga, acreditava-se que o louco era um portador divino, que falava por meio de enigmas e tinha como função ser um elo entre os homens e os “deuses mitológicos” (TRINDADE, 2007, p.396). Logo, a figura do louco era respeitada por ser visto como uma divindade.

Já na Idade Média, no século XV, com o poder e domínio da Igreja Católica, o comportamento dos loucos, antes exaltado, passa a ser indesejado, pois era considerado como pecado ou obra do maligno.

No século XV, os loucos passaram a ser considerados hereges por ameaçarem o poder da Igreja Católica e foram martirizados em tribunais religiosos que não hesitavam em queimá-los na fogueira. Neste cenário, a Igreja Católica através do “Manual da Inquisição”, aprovado pelo papa Inocêncio VIII e pelo rei de Roma Maximiliano I em 1486, estabelece severas punições aos idosos, pessoas com limitações físicas, crianças, mulheres e adolescentes. Perturbados, loucos, ou até mesmo hereges e contestadores eram torturados e mantidos em porões (TRINDADE, 2007, p. 396).

Assim, as relações sociais eram controladas pela Igreja Católica que, segundo seus dogmas, decidia e direcionava os atos dos indivíduos. Em geral, tudo era centrado em torno do dualismo Deus/demônio. As pessoas que ousavam ir de encontro à sua doutrina, eram consideradas como hereges e, portanto, passivos de castigo. Foi o que ocorreu com as pessoas que não se enquadravam em seus preceitos ou que reproduziam um comportamento incompreensível ou destoante,

como os loucos. Muitos foram condenados à morte, inclusive nas fogueiras, na chamada inquisição.

De acordo com Foucault (2017) com o desaparecimento da lepra no final da Idade Média, os espaços de reclusão antes ocupados pelos leprosos passaram a servir de abrigos para os portadores de doenças venéreas e alguns séculos depois se juntariam a eles um novo público, os considerados loucos. Percebe-se que desde os primórdios não havia essa concepção sobre loucura enquanto doença mental, de modo que não havia um tratamento, nenhuma preocupação em tentar descobrir as causas e nem tampouco um sentimento de pertencimento destes sujeitos às sociedades em que haviam nascido.

Na Renascença no século XV, os loucos eram comumente colocados nas prisões quando apresentavam um comportamento agressivo, ou nas workhouses, casas de correção para trabalhar. Essa prática visava coibir a ociosidade e a mendicância, como também manter a ordem social nas sociedades. Em algumas cidades os loucos poderiam circular livremente pelos campos. Em outros momentos, eles eram colocados na conhecida “Nau dos loucos” (FOUCAULT, 2017, p. 19).

Conforme citado, essa prática de colocar os loucos nessas embarcações apresentava como finalidade “limpar”/“higienizar” a cidade dos indivíduos que não se enquadravam dentro dos costumes ou comportamentos impostos pela época, assim como também daqueles que não faziam parte dele, retirando, desta forma, a responsabilidade da cidade sobre eles. Ou seja, segundo Foucault (2017), não havia tratamento, apenas um espaço destinado e mantido pela cidade para alojar os loucos. Em outras cidades, era comum que fossem levados da cidade de origem e perdidos no meio no caminho, seja por meio das feiras ou das embarcações marítimas.

Durante o século XVII, os loucos experienciaram uma outra forma de tratamento, um tipo de reclusão que acabaria por “abafar” sua voz ao retirá-los do cenário social. Em 1656, com a criação do Hospital Geral (HG), o que Foucault (2017) chamou de a “grande internação”, há um encarceramento em massa desses indivíduos. Essas instituições funcionavam como uma espécie de “poder de polícia” para todos aqueles que eram vistos como indesejáveis, logo, todos os que se desviavam do comportamento preconizado pela sociedade, os considerados inúteis e improdutivos. E que, portanto, estavam à margem da sociedade, sendo, ainda, considerados como ameaça à ordem social.

É preciso frisar que neste dado momento histórico ainda não existiam os psicofármacos, que posteriormente seriam largamente usados para o tratamento dos loucos. A finalidade era a “ética do internamento”, mantê-los enclausurados, limpar a cidade de toda e qualquer tipo de ameaça, pois a loucura ainda não era vista como patologia e também não existia a psiquiatria, que se encarregaria de seu tratamento. Até então, não havia a compreensão sobre a loucura tal como se tem hoje. Naquela época, a loucura era vista como ausência de razão ou, como comumente se chamava, desrazão. Em consequência, passível de correção, o enclausuramento, que representava a reclusão (AMARANTE, 1995), se resumia em internar e isolar os loucos em um determinado lugar, privando-os do convívio social e de sua liberdade.

Compreendemos que desde a Idade Média a intenção não era oferecer cuidados a essas pessoas, sequer elas eram minimamente tratadas como seres humanos. A intenção era proteger as cidades, privando-as de sua circulação e convívio. Essas categorias de pessoas citadas acima eram consideradas inadequadas por ter comportamento desviante dos demais. O termo tratamento nessas épocas não se refere ainda a um tratamento na acepção contemporânea, mas sim a forma como eram vistos pela sociedade e onde eram colocados os loucos. Nesse ínterim, sabe-se que eles viviam excluídos do convívio com a sociedade, não possuindo nenhum tipo de direito (AMARANTE, 1995). Dito de outro modo, eles foram destituídos dos elementos mais básicos ao provimento de uma existência digna.

Nessa perspectiva de abandono e isolamento social, é importante analisar a conjuntura socioeconômica da época. Entender como ocorreu a transição do feudalismo para o capitalismo implica compreender que essa mudança ocasionou enormes problemas sociais, como a superlotação das cidades, problemas sanitários, de saúde, ausência de empregos, entre tantos outros. Problemas esses que incidiram diretamente sobre os menos favorecidos, a classe trabalhadora e os acometidos pela loucura.

Conforme Netto e Braz (2012), a sociedade estava estruturada no modo de produção feudal, que consistia no arrendamento de terras aos servos (camponeses que possuíam as ferramentas para trabalhar a terra), e em contrapartida, os senhores feudais garantiriam a segurança desses feudos. Os servos também tinham as obrigações para com eles, entregando-lhes a maior parte da produção. A produção, a priori, tinha como finalidade o consumo. Porém, com o passar do tempo, a quantidade

produzida excedia a necessidade de subsistência, o que propiciou a comercialização destes produtos excedentes por dinheiro.

É importante pontuar que ocasionou também a criação de locais para sua comercialização. Outrossim, como cada feudo dispunha de um tipo de moeda, era difícil efetuar as trocas, pois não conseguiam mensurar o valor das moedas e produtos correspondentes, impossibilitando que se chegasse a um denominador comum. Essas mudanças suscitariam a busca por outras demandas.

Com efeito, o desenvolvimento do comércio não vai apenas romper com o caráter autárquico da economia do feudo e suas limitações - terá implicações muito mais profundas. De uma parte, estimulando o consumo da nobreza por mercadorias (especialmente as trazidas do Oriente pelas caravanas de mercadores) que não podiam ser obtidas por meio de saques ou guerras, mas trocadas por dinheiro, começará a conferir a este uma função privilegiada na vida social; de outra fomentando as atividades comerciais entre regiões afastadas estimulará o surgimento de cidades, num original movimento urbanizador, pois é nas cidades que os núcleos das redes comerciais se localizarão (Veneza, Colônia Bruges e Londres) [...] (NETTO; BRAZ, 2012, p. 82).

Conforme supracitado, infere-se que a criação desses espaços de comercialização impulsionou o surgimento de outras necessidades. A nobreza ficou ávida pela compra de outros tipos de produtos oriundos de outras regiões. Esse processo deu origem a criação das relações baseadas nas trocas mercantis, inclusive a venda das terras pelos senhores feudais e o fato de os camponeses passarem a ser trabalhadores assalariados.

Contudo, cabe salientar que desde o século XIV o feudalismo desenvolvido na Europa entrara num processo de crise. Crise esta que segundo Netto e Braz (2012), apresentava como principais características o empobrecimento do solo, resultando no direcionamento dessas áreas para o desenvolvimento da pecuária; a escassez de metais para cunhar as moedas e a exploração cada vez mais acirrada da exploração dos servos; a instauração de conflitos entre os próprios senhores feudais; o surgimento da peste negra, que dizimou uma parcela da população europeia; além das enormes variedades distintas de moedas em cada feudo dificultando as trocas mercantis.

Toda essa problemática persistiu até o século XVI. Nessa esteira, instigado pela nascente classe burguesa, o rei assume a centralidade do poder. Nasce, desta forma, o Estado absolutista que dará as bases para o Estado moderno, que propiciará

o surgimento dos monopólios comerciais e expansão das navegações nos séculos XV e XVIII.

Todos esses acontecimentos corroboraram para que a classe burguesa se consolidasse. E esta, por considerar a figura do monarca absolutista um entrave aos seus anseios, “tratou de removê-lo [...]” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 87). Desta feita, a Revolução Burguesa se encarrega de propiciar a ascensão dos grupos mercantis e, posteriormente, instaurar o Estado burguês no século XIX.

A acumulação primitiva derivada deste processo propiciou as bases para o capitalismo, a existência de duas classes antagônicas, a dos trabalhadores (cujo único bem disponível é a força de trabalho, que venderá como mercadoria para prover o necessário para sobreviver) e, do outro lado, a burguesia (detentora dos meios de produção), que se apropriara da riqueza produzida pela primeira classe (NETTO; BRAZ, 2012). Essa é a condição indispensável ao capitalismo, resultante, entre outras coisas, do processo de transição do feudalismo, com o advento da manufatura que permitiu o esfacelamento do sistema feudal e o cercamento das terras.

Conforme se compreende a partir de Vieira *et al.* (2015), com o desenvolvimento das trocas mercantis, percebeu-se que este processo era mais vantajoso do que manter os feudos. Essa constatação dá início ao processo de cercamento das terras, tendo como consequência expulsar os camponeses dos seus locais de trabalho. Retirados dos campos à força, foram obrigados a imigrar, acarretando o inchamento das cidades e o aumento do exército industrial de reserva. Como nesses locais não havia postos de trabalho suficiente, a única solução foi se juntar a grande massa de excluídos que, junto com os loucos, perambulavam pelas ruas.

Com efeito, na França, na Espanha, na Holanda, na Alemanha, na Suíça e na Inglaterra, o internamento de pobres e mendigos começou a partir do século XVI. Boa parte deles era recolhida a hospitais gerais, instituições que desempenhavam um papel combinado de hospital médico, asilo, prisão, oficina de trabalho, orfanato e reformatório (DOWBIGGIN, 1991, p. 3 *apud* TEIXEIRA, 2019, p. 541).

Se as condições de vida dos loucos em conjunto com os outros indivíduos marginalizados pela sociedade já eram precárias, imaginem depois da instauração do capitalismo, que por onde passa causa miséria. Sabe-se que o sistema capitalista extrai e se apropria de forma exacerbada da riqueza produzida pela classe trabalhadora. Desta forma, é importante ressaltar que no contexto econômico e

político do século XVI a meados do século XVII, a loucura está inserida no início desse desenvolvimento capitalista, que irá controlar a produção de mercadorias e, nela, comandar o trabalho mediante o estabelecimento da manufatura. Trata-se do estágio inicial do capitalismo que vai requisitar forças produtivas e descartar o louco por considerá-lo incapaz (NETTO; BRAZ, 2012). E em consequência, ocorrerá o acirramento das condições materiais de vida, inclusive dos loucos.

Com a Revolução Industrial ocorrida na segunda metade do século XVIII, o cenário europeu se modificou ainda mais. Ocorreram transformações em virtude da invenção da máquina a vapor em 1769, que ampliou o processo de produção. Cabe destacar que não foi só isso que mudou, uma vez que a implantação e uso de outros maquinários modificou o modo de produção, ampliando não apenas o processo de produtivo, como também o acirramento das relações sociais, acarretando o aumento de miséria onde se instalava (VIEIRA *et al.*, 2015). Posteriormente, essas mudanças dominaram e transformaram o cenário mundial com alternância entre períodos de crises e reestruturação, sempre num campo polarizado, o que influenciará contundentemente o tratamento dispensado à classe proletária, que em conjunto com a loucura, divide o mesmo espaço de reclusão.

Entendemos que essa prática de isolamento social dos indivíduos que diferem do padrão usual estabelecido pelas sociedades ainda é uma prática vigente, apesar de transcorridos vários séculos, mesmo que de forma não tão inteligível. Compreendemos também que as condições em que viviam a classe pauperizada e aqueles afetados pela doença mental eram precárias, mas com o advento do capitalismo, as relações sociais foram ainda mais agravadas. Assim, compreende-se que:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 2017 p. 89).

Nesse momento, a loucura está imersa no capitalismo e em suas implicações socioeconômicas. A partir da inserção do capitalismo, a concepção que a sociedade tem sobre o louco é a de um ser incapaz, inadequado ao convívio social por não participar das trocas mercantis e do processo de produção do trabalho. Em outras palavras, “[...] esse reconhecimento da loucura enquanto doença, aliada a visão de

periculosidade, que já existia sobre os loucos, os expõem ainda mais a esses “espaços de segregação, morte e ausência de verdade” (AMARANTE, 1995, p. 57). Conforme citado, esta visão distorcida e estigmatizada que permeia o imaginário social ainda perdura na contemporaneidade. Urge uma transformação, uma mudança que desconstrua essa visão do louco enquanto alguém nocivo ao convívio social. É preciso recuperar o espaço de pertencimento dentro da sociedade, como um lugar de direito.

É nesse cenário do século XVII, o qual Foucault chamou de a grande internação, que a igreja Católica assume, ao lado dessas instituições de enclausuramento, o seu papel caritativo em relação à pobreza e aos loucos, num misto de assistência, hospitalidade e repressão aos loucos e toda sorte de miseráveis. Essas instituições se transformaram no século XVIII em um depósito de loucos e indigentes espalhadas pela Europa. Notadamente, essas instituições eram funcionais ao capitalismo. Nos períodos em que não havia crise, essa massa de trabalhadores válidos era destinada à mão-de-obra barata, enquanto nos períodos de crise eram recolhidos a estes espaços, onde já estavam os considerados pobres inválidos, os loucos (FOUCAULT, 2017). Essa prática se estenderá até meados do século XVIII, quando a loucura passará a ser vista sobre outra ótica.

No final do século XVIII para o início do século XIX, houve uma mudança no tratamento para com a loucura, sob as influências de ideais iluministas na Europa, sobretudo na França, com a Revolução Francesa, que tinha como lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” (TEIXEIRA, 2019, p. 543). O médico Philippe Pinel (1745-1826) revolucionou o tratamento aos doentes mentais ao libertá-los das correntes, iniciando, dessa forma, uma perspectiva humanizada ao tratamento, embora o tratamento postulado foi o isolamento como método para observação dos indivíduos internados, podendo-se assim perceber quais sintomas desenvolviam, para descrever e classificar nosograficamente os transtornos mentais (BRASIL, 2008). Com Pinel, o internamento teve como objetivo adquirir uma finalidade médica.

Na abordagem Pineliana, o internamento passa a ter características médicas e terapêuticas, provenientes da percepção, dedução e conhecimento. Surge a alienação que traz como consequências a instituição da loucura como doença mental e o alienismo como um ramo da medicina, que posteriormente receberá o nome de psiquiatria (AMARANTE, 1995. 58). Até então, a função do hospital era recolher e manter em reclusão.

Assim, sob a ótica do internamento que já era uma prática habitual, mas com uma finalidade específica de segurança e proteção social, essa mudança, a partir de então, possibilitará a análise e percepção das características inerentes aos diversos tipos de comportamentos desenvolvidos por esses sujeitos.

Quando analisamos esse contexto que diz que o internamento era um tipo de proteção, indagamo-nos sobre que tipo de proteção era essa e para quem; para a sociedade que os consideravam como ameaça, incapazes e improdutivos, ou para eles próprios, para não morrerem relegados a própria sorte. O mais provável era que essa proteção fosse para a sociedade, que os considerava como destoantes do comportamento preconizado por ela.

Nesse sentido, é importante ressaltar que:

Pinel funda uma tradição, a da clínica, em que a hipótese etiológica com apoio nas investigações anatomopatológicas é considerada demasiado vaga, obscura e impenetrável e deve ceder a outro tipo de explicação, que articule e reorganize os saberes da filosofia e da medicina sendo sua causa não mais o banimento da alteridade em estado bruto que engendrou a figura do louco, mas um movimento que determina outra forma de exclusão, a perturbação das paixões dentro dos domínios da razão, o que faz do louco um alienado e define como alienismo o novo ramo do saber médico (BARRETO, 2005, p. 121).

De acordo com Brasil (2008), os doentes ficaram, a partir de então, aos cuidados dos enfermeiros e nessas clínicas também se desenvolveram os estudos sobre psiquiatria, fator essencial para evolução e desenvolvimento da prática e saber psiquiátricos.

Percebe-se que apesar dos acontecimentos relativos à busca de construção do saber sobre a loucura, só houve de fato uma mudança na vida dos loucos na época que se concebe o alienismo como responsável pelo início das primeiras formas do que se convencionou chamar tratamento. Porém, era um tratamento moral que visava a disciplina por intermédio do trabalho, como forma de corrigir o caráter desses indivíduos. Essa mudança na forma de perceber e tratar os loucos acarretou um estranhamento à sociedade. Destarte, “é importante destacar que a alienação mental é a subversão de valores que estruturam uma certa ordem simbólica e uma perturbação da ordem moral para a qual o médico alienista prescreve um tratamento

moral¹ [...]” (BARRETO, 2005, p. 121). Por meio desse tratamento, o alienista visava recuperar o alienado à realidade.

Pinel é considerado o pai da psiquiatria, pois retirou as correntes dos loucos e também abriu as celas onde ficaram encarcerados durante anos. O processo de observação acurado sobre os internos permitiu identificar e separar as pessoas consideradas de caráter desviantes, que, juntamente com os loucos, estavam reclusas, permitindo, dessa forma, liberdade para elas. Dentro desta conjuntura, o doente mental passa a ser visto pela sociedade como incapaz e o internamento representa o isolamento social deste indivíduo. Sob essa perspectiva,

O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita — porém sem obliterá-la — sua existência jurídica. Com isso, os dois usos da medicina são reconciliados — o que tenta definir as estruturas mais apuradas da responsabilidade e da capacidade, e o que apenas ajuda a pôr em movimento o decreto social do internamento (FOUCAULT, 2017, p. 147-148).

Destarte, com a finalidade de se construir a imagem de uma sociedade harmônica, que atendesse aos interesses burgueses de mascaramento das manifestações da questão social, a loucura coloca-se como um fator de desordem. Além de reprimi-la através do isolamento asilar, também era necessário vigiá-la e manter os alienados ocupados, tornando esses indivíduos disciplinados e preparando-os para um retorno à sociedade. Assim,

[...] o hospício prescreve uma ocupação aos alienados. Não pode ser lugar de ócio ou de inércia na medida em que o isolamento da sociedade não visa a uma simples exclusão de suas fronteiras, mas à possibilidade de uma reinserção do alienado na sociedade depois de sua reabilitação através de um tratamento (MACHADO, 1978, p. 439).

Jean Étienne-Esquirol (1772-1840), que era discípulo de Pinel, dá continuidade ao trabalho moral instituído por seu mestre. Esquirol concordava com a linha de pensamento de Pinel no que diz respeito à loucura estar relacionada às causas físicas e morais. Para ele, a doença mental estava ligada à causa orgânica e hereditária. Entretanto, divergia de seu mestre quanto à nosografia das patologias mentais. Esquirol acreditava que a própria estrutura do hospício era quem propiciava a cura do

¹ Tratamento Moral: Tratamento aplicado a todos os indivíduos que não se enquadravam nos padrões sociais de comportamentos. O tratamento moral era praticado pelos alienistas e incluía o afastamento dos doentes do contato com todas as influências da vida social nas instituições psiquiátricas, aqueles considerados loucos eram submetidos as normas e disciplinas rigorosas (BRASIL, 2008).

alienado. Em 1826, participa dos trabalhos preparativos da Lei 1.838, que dispõe sobre os alienados (BRASIL, 2008). Em decorrência ao tratamento moral desenvolvido por Pinel e Esquirol na França, outras formas de tratamento ou teses foram surgindo nos mais diversos países.

A psiquiatria alemã incorporou alguns ensinamentos da psiquiatria francesa, a exemplo das praticadas por Pinel, Esquirol e Morel, mas não de forma imediata, pois, em meados do século XIX, a psiquiatria germânica ainda era incipiente e encontrava-se dividida entre duas correntes: a da escola somática, de cunho organicista ou biomédico, que postulava que os transtornos eram decorrentes de alterações orgânicas e somente o cérebro poderia ser afetado; e da escola psíquica, que defende que as perturbações decorriam das paixões e uso exacerbado das emoções. Apesar de pensamentos distintos, ambas concordavam com a visão de oposição entre corpo e mente (PEREIRA, 2007). Contudo, cabe destacar que apesar dos ensinamentos absorvidos por ambas, a corrente de cunho organicista obterá hegemonia com o desenvolvimento de outros postulados propostos por outros tratadistas.

Dentro deste contexto da psiquiatria germânica, destacaram-se, na escola somática, o psiquiatra Karl Jacobi (1775-1858); e na escola psíquica, os psiquiatras Johann-Christian Reil (1759-1813), Johann-Christian Heinroth (1773-1843) e Karl Ideler (1795-1860). Para estes, os transtornos psicopatológicos estariam intrinsecamente relacionados aos fatores psicológicos. Até então, pode-se dizer que a psiquiatria alemã era influenciada e permanecia atrelada aos dogmas religiosos e científicos (PEREIRA, 2007). Esse fato, se deve a hegemonia da Igreja.

Conforme Pereira (2007), neste cenário de postulados sobre psiquiatria, ganha notoriedade Wilhelm Griesinger (1817-1868), que além de psiquiatra mantinha outros interesses no âmbito da medicina geral e, desta forma, formulou o Tratado sobre Patologia e Terapêutica das Doenças Mentais (1845), que é considerado como um marco, tornando-se referência internacional para a psiquiatria. Seus estudos proporcionaram a criação de uma obra médica didática e de consulta dirigida, que foi seguida por diversos psiquiatras.

[...] a divisão da obra, nitidamente médica “inaugura um formato que será seguido pela maioria dos tratadistas positivistas no campo psiquiátrico: considerações gerais, semiótica, etiopatogenia, formas clínicas, anatomia patológica, prognóstico e tratamento” (BERCHERIE 1991, p.48 *apud* PEREIRA, 2007, p. 687).

Para Griensinger, o cérebro era o responsável pela doença mental, pois controlava todas as funções orgânicas. Seus estudos possibilitaram estabelecer ligações entre o cérebro e alguns estados mentais, baseando-se no conhecimento e metodologias das ciências naturais, o que para alguns autores denominou como primeira psiquiatria biológica. Ou seja,

[...] as doenças mentais são em última instância, doenças do cérebro, sendo este órgão acometido na loucura. Mais especificamente as manifestações sintomáticas constituem por si mesmas reações e tentativas de reestabilização deste órgão com o funcionamento morbidamente perturbado. O cérebro funcionaria segundo um sistema mais complexo de arco-reflexo, tal como observado em níveis neurológicos inferiores (PEREIRA, 2007, p. 688-689).

Neste cenário de mudanças e perspectivas acerca da compreensão e dos tratamentos para loucura, outros tratadistas ganham também notoriedade, a exemplo de Benedict Augustin Morel (1809-1873), na França, com a Teoria da Degenerescência²; e Emil Kraepelin (1856-1926), na Alemanha, que foi um dos teóricos da corrente da psiquiatria biológica (Biologismo)³.

A tese desenvolvida pelo psiquiatra Benedict-Augustin Morel, em 1857, proporcionou modificações no campo psiquiátrico até o século XX, influenciando outros países. A base de seus estudos foram as suas análises clínicas sobre o quadro sintomatológico dos pacientes e de seus familiares, da qual desenvolveu a teoria da hereditariedade mórbida e da degeneração. Ele percebeu que as crises, assim como os sintomas, poderiam ser desencadeadas por fatores ocasionais ou determinantes e que estes poderiam atuar isoladamente ou em conjunto. Para ele, a degenerescência hereditária poderia ser desencadeada por fatores como o “[...] abuso do álcool, alimentação deficiente, meio social miserável, imoralidade dos costumes, conduta sexual desregrada, doenças da infância e a própria herança de uma carga de

² Teoria da degenerescência - a doutrina de Morel recorria à ideia de uma hereditariedade "dessemelhante": determinados traços de degeneração em um ancestral podem se manifestar de maneira diferente em seus descendentes. Assim, a conduta desregrada do avô poderia constituir a evidência da base hereditária para a alienação mental do neto. Morel e a questão da degenerescência, disponível em www.scielo.br – acesso em 08/01/2023

³ Biologismo é uma doutrina que considera que os fenômenos individuais e/ou coletivos que afetam os homens devem ser analisados com os métodos da Biologia. Benetton (1991) informa que no final da década de 40, o investimento no trabalho como forma de tratamento é esquecido pela maioria dos psiquiatras, que começam a priorizar o estudo das abordagens terapêuticas biológicas, como o uso do coma insulínico e das terapias convulsivantes (BENETTON, 1991).

degenerescência [...]” (PEREIRA, 2008, p. 491-492). Essa teoria será utilizada como base para os princípios do movimento de Higiene Mental que se desenvolverá em alguns países no século XX.

A teoria da degenerescência proposta por Morel era baseada em seus dogmas religiosos. Morel acreditava que esta seria uma forma de redenção ou purificação das gerações até a sua esterilização ou extinção. Seus estudos visavam construir uma nosografia alicerçada na hereditariedade como fator predisponente ao desenvolvimento da doença mental. Dentro desse conceito de hereditariedade, vale frisar que não estaria caracterizado apenas o fator genético, como também englobaria os fatores comportamentais e morais desenvolvidos pelos indivíduos ao longo de sua vida (PEREIRA, 2008). A influência do fator religiosidade está intrinsecamente relacionado ao desenvolvimento de sua teoria no tocante à questão da redenção das espécies.

A teoria da degenerescência extrapola a análise comportamental do sujeito e passa a se ocupar das causas etiológicas das doenças mentais. Procura descobrir, baseada nessa concepção, como esses fatores atuam para o desenvolvimento das crises. Para os defensores da teoria da degeneração, os indivíduos teriam em seu código genético uma predisposição para o desenvolvimento da doença mental.

O objetivo maior de Morel era este de estabelecer uma nosografia psiquiátrica fundada na etiologia natural dos transtornos ele procurava encontrar a unidade entre o quadro clínico, a evolução e a causa biológica de cada entidade diagnosticada (BERCHERIE, 1991 *apud* PEREIRA, 2008, p. 491).

Em suma, nem todos os indivíduos portadores desta condição genética necessariamente chegariam a desenvolver a doença ou característica comportamentais que pudessem ser classificadas ou fossem característicos do transtorno mental. Para que isso ocorresse, seria necessário, além disso, a associação de alguma problemática proveniente dos componentes do meio psicossocial do indivíduo, tais como, perdas, desemprego, uso de álcool, conflitos familiares, entre outros.

A ideia de que um fator biológico de natureza hereditária desempenharia um papel maior na etiologia dos transtornos mentais, está presente desde os primórdios a psiquiatria contemporânea. [...] Contudo, a herança biológica não era considerada determinante absoluto de um funcionamento mental mórbido, sendo apenas uma predisposição a alienação mental. [...] A concepção de que a herança que se transmite através das gerações não se restringe ao plano biológico, mas inclui dimensões morais e de comportamentos - virtuosos ou viciados [...] (PEREIRA, 2008, 491-492).

Cabe destacar que o movimento de eugenia⁴ terá base o postulado de Morel sobre a hereditária mórbida, assim como terá adeptos em vários países, inclusive na Alemanha, com o nazismo, local que será o cenário trágico do holocausto dos judeus, uma das maiores atrocidades ocorridas no mundo.

Na Alemanha, Emil Kraepelin (1856-1926) aborda constantemente a questão das doenças psiquiátricas de origem hereditárias ou de cunho degenerativo em sua obra *Psiquiatria Clínica* (1907). Percebe-se um ponto de convergência entre os teóricos da problemática da degeneração e Kraepelin; ambos coadunam da premissa de que as doenças mentais apresentam como características principais a hereditariedade mórbida e a evolução dos sofrimentos psíquicos. Desta feita, faz-se necessário uma análise para além dos sintomas apresentados pelo paciente, o que proporcionará um diagnóstico precoce.

[...] “Tratar passou a ser sinônimo de “diagnosticar” e, para que o diagnóstico seja o mais objetivo possível, será necessário construir uma classificação unificada e convincente das patologias psiquiátricas. Essa será a maior conquista de Kraepelin. Ele define dois grupos patológicos nos quais podem ser inseridas todas as doenças psiquiátricas: a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce ou esquizofrenia. Essa distinção acompanhará toda a psiquiatria moderna até nossos dias (CAPONI, 2011b, p. 30).

As duas categorias de doenças analisadas por Kraepelin receberam outras nomenclaturas na atualidade, a maníaco-depressiva, que passou a ser classificada como bipolar, e a demência precoce, atualmente conhecida como esquizofrenia. Para Kraepelin, a prática de uma psiquiatria de cunho científico seria aquela em que os componentes etiologia, evolução e reversão da sintomatologia do paciente atuavam em conjunto. Dessa forma, ouvir o paciente poderia acarretar um diagnóstico errôneo, visto suas faculdades mentais não estarem normais (CAPONI, 2011a). Esse fato implica em descredibilidade à fala do paciente psiquiátrico quanto a veracidade de suas afirmativas.

O legado de Kraepelin não se limita à distinção dessas categorias de patologias. Veremos que muitas teses por ele defendidas serão retomadas e recuperadas pela psiquiatria anos mais tarde, especificamente na década de 70,

⁴ A eugenia não era uma ciência *stricto sensu*, antes um projeto político-social que se apoiava em sua suposta cientificidade para justificar e implantar práticas sociais de controle da população, em especial os mais pobres: mulheres, crianças e categorias sociais estigmatizadas como negros, mestiços, prostitutas, homossexuais e portadores de deficiências físicas ou mentais (MISKOLCI, 2006).

“influenciando a classificação atual do DSM-IV⁵ e a CID-10⁶” (LOUZA NETO; RODRIGUES, 2007, p. 26). Seu postulado construiu as bases para a hegemonia de uma psiquiatria biológica alicerçada na hereditariedade mórbida e degenerativa. E esta, segundo Caponi (2011a), será amplamente utilizada pelos psiquiatras na contemporaneidade do final do século XIX até primeiras décadas do século XX com a psiquiatria biológica, retornando nos anos 70 por um grupo de psiquiatras americanos denominados neokraepelianos.

No final do século XIX, há uma dicotomia entre duas vertentes que disputam a hegemonia da incipiente psiquiatria e seu saber psiquiátrico. A primeira vertente procura explicar a doença mental a partir de uma ciência biomédica de cunho organicista, tendo como expoente Benedict Morel e, posteriormente, Emil Kraepelin, com a teoria da degeneração e fator hereditário. A outra vertente baseada na obra de Freud⁷ e seus sucessores englobava alguns psiquiatras, a psicanálise e a psicologia. Para esta corrente, a explicação para a doença mental estava atrelada à psique e à influência de “fatores constitutivos e sociais” (OLIVEIRA, 2012, p.161). As duas vertentes procuravam explicar a doença mental, uma por meio da psiquiatria organicista biológica e a outra por intermédio da mente e as interações com o meio.

Em virtude do predomínio da psiquiatria de cunho organicista ou biológico, na década de 20 surgiram alguns tratamentos como o desenvolvido por Ladislau Von Meduna (1896-1964); o choque cardiazólico e a malarioterapia, desenvolvidos pelo alemão Julius Von Wagner-Juaregg (1857-1940) (RIGONATTI, 2004). Esses tratamentos, à época, foram considerados promissores.

⁵ DSM-IV A sigla significa um Sistema diagnóstico e estatística de classificação dos transtornos mentais, segundo o modelo categorial, destinado à prática clínica e à pesquisa em psiquiatria. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. Essa classificação já foi atualizada para o DSM-V. Disponível em: www.scielo.br.

⁶ CID-10 De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a sigla CID refere-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde. Essa nomenclatura serve como base para identificar tendências e estatísticas de saúde em todo o mundo. E contém cerca de 55 mil códigos para lesões, doenças e causas de morte. Esse documento fornece uma linguagem comum que permite aos profissionais de saúde informações de saúde em nível global. Vale salientar que em 2022 houve uma nova revisão passando a vigorar o CID-11. Disponível em: www.paho.org. Acesso em: 05/03/2023.

⁷ Sigmund Freud (1856-1939) Criou a psicanálise como método de tratamento das neuroses e fez com que o ato de ouvir não possa jamais se afastar da prática cotidiana em saúde mental. A finalidade básica da psicanálise é trazer de volta o conteúdo rejeitado pelo indivíduo para a vida consciente, preencher a lacuna criada pela sua rejeição e assim curar a ferida que divide a personalidade contra si mesma. Isto é, tornar consciente o que estava inconsciente (BRASIL, 2008).

Em 1935, o neurologista Egas Moniz (1874-1955) cria a lobotomia, que consistia em uma técnica de psicocirurgia no cérebro dos pacientes internados nos manicômios. Acreditava-se que os pacientes submetidos a essa intervenção recobriam a consciência, modificando os comportamentos ou obteriam a cura (MASIERO, 2003). Contudo, depois de algumas décadas, essa prática se mostrou ineficaz e desumana, visto que, quando não ocasionava a morte desses pacientes, deixava sequelas irreversíveis.

Ao contrário do que se esperava, essa prática incorreu em mais uma forma de tratamento desumano no trato com a loucura. Acarretou enormes danos, agravando ainda mais as condições de vida desses pacientes. Assim, percebe-se que:

Nunca houve um consenso técnico sobre a intervenção, menos ainda uma certeza sobre sua real eficácia no tratamento das doenças mentais. Extremamente invasiva e perigosa em seus primórdios, a porcentagem de óbitos em decorrência da cirurgia era alta, em torno de 2%, além das complicações que poderiam advir desta prática, como hemorragias cranianas, inflamação das meninges, infecções, ou sequelas indelévels como hemiplegia e paraplegia, caso áreas motoras do cérebro fossem atingidas durante a cirurgia, o que era comum (MASIERO, 2003, p. 551).

Apesar das sequelas deixadas nos pacientes e da ineficácia desse tratamento, a técnica de lobotomia foi amplamente disseminada e executada em outros países, a exemplo dos EUA, da Europa, do Brasil, dentre outros, durante algumas décadas (MASIERO, 2003). Essa foi uma prática baseada na psiquiatria biológica, como visto anteriormente, cujo cérebro era o responsável pelas desordens mentais.

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), ocorrem modificações que levaram a questionar a loucura e seu tratamento. Outrossim, após a criação dos asilos e a psiquiatria se tornar um ramo da medicina responsável por disciplinar os loucos, especificamente no período de pós-guerra mundial, surge a necessidade de fazer uma reforma no contexto asilar. Era premente a necessidade de tornar a prática psiquiátrica humanizada. Assim, de acordo com Amarante (1995):

[...] as reformas posteriores à reforma de Pinel procuram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico, surgindo após a Segunda Guerra, quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial (AMARANTE, 1995, p. 64).

No contexto do pós-guerra, percebeu-se a necessidade urgente de mudança no modelo vigente de psiquiatria tradicional e no tratamento dispensado aos loucos.

No final da década de 40 e 50 são descobertos os primeiros psicofármacos para os transtornos mentais: “os antipsicóticos, os antidepressivos, os ansiolíticos e o

antimania” (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999, p. 65). A descoberta desses psicofármacos representa um avanço da indústria tecnológica em prol do tratamento dos pacientes psiquiátricos.

Em termos de impacto, pode-se dizer que a introdução dos psicofármacos foi marcante e seu uso disseminou-se amplamente. Uma consequência quantificável e bastante impressionante foi a inversão da tendência de crescimento das curvas de frequência de admissão hospitalar e ocupação de leitos, reduzindo a internação e o tempo de permanência de pacientes psiquiátricos [...] (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999, p. 66).

Contudo, essa inversão na curva das internações psiquiátricas não se estendera a todos os países. A descoberta dos fármacos ocorre num período conturbado de guerra e pós-guerra, período em que as sequelas deixadas nos soldados sobreviventes da guerra encaminharam grande parte para os hospitais psiquiátricos. Ao adentrar nessas estruturas asilares, percebeu-se a necessidade de uma mudança no tratamento. Estas estruturas tornaram-se alvos de críticas.

No que diz respeito às críticas às estruturas asilares e a forma como tratam os loucos, Desviat (2015) corrobora com Amarante (1995) quando fala sobre as críticas à estrutura asilar como local de cura, mais especificamente no contexto pós-guerra, com acentuado crescimento econômico, financeiro e carência de mão-de-obra para reconstrução social.

Nessa busca de novas formas de enfrentar o distúrbio mental, existem conceitos comuns, além da superação do manicômio e da psiquiatria custodial; são ideias que, mais ou menos desenvolvidas na prática e sempre condicionadas pelas peculiaridades da estruturação sanitária de cada país, estão presentes nos postulados teóricos de todas as experiências de reforma psiquiátrica iniciadas após a segunda guerra mundial, constituindo as categorias primordiais de uma cultura universal de reforma (DESVIAT, 2015, p. 28).

No pós-guerra, há um despertar para o tratamento humanizado dispensado aos loucos ou pessoas com transtornos mentais. Surgem movimentos que procuram uma reorganização, mudança e ruptura com tratamento psiquiátrico convencional. Há também uma preocupação com os procedimentos éticos no âmbito das pesquisas utilizando seres humanos como cobaias no tratamento psiquiátrico. Com a finalidade de acabar com essa prática ocorrida na segunda guerra mundial, é promulgado Código de Nuremberg, em 1947 (PEDROSO; LOBO, 2015).

O Código de Nuremberg dispõe sobre o procedimento de pesquisa que só deveria ocorrer com o consentimento do paciente sem nenhum tipo de coação; em

condições que assegurem a integridade física e mental; sem risco de sofrimento, quaisquer que sejam, e nem possibilidade de óbito (BRASIL, 1947). Nos indagamos como alguém considerado incapaz perante a sociedade poderia consentir ou discordar com a realização de tal procedimento, visto todos os males e sofrimentos oriundos dele. Essa prática nos leva a crer que se tratava de algo imposto aos doentes mentais.

De acordo com OLIVEIRA (2011), no período pós-guerra houve profundas mudanças no contexto mundial, inclusive, no contexto político-econômico, que inseriu modificações nos padrões de consumo. Houve também a intensificação das críticas às estruturas asilares e ao tratamento aos loucos. Nesse processo, surgiu um grupo de intelectuais que questionava a estrutura de controle vigente na sociedade e exigiam o cumprimento dos direitos expressos na Declaração dos Direitos Humanos, 1948.

Nesse contexto explícito de tratamento desumano e segregação dos loucos, em que imperava a ausência de direitos, se gestaram e deram início às psiquiatrias reformadas em várias partes do mundo.

Foram muitas experiências de reformas que aconteceram em vários países. Algumas, no entanto, foram mais marcantes por sua inovação e impacto, a ponto de serem reconhecidas ainda hoje e de permanecerem influenciando as experiências contemporâneas (AMARANTE, 2007, p. 40).

Entre essas psiquiatrias reformadas, podemos citar dois grupos: a Comunidade Terapêutica (Inglaterra, 1950) e a Psicoterapia Institucional (França, 1952); o segundo grupo é composto pela Psiquiatria de Setor (França, 1950) e Psiquiatria Preventiva (EUA, 1980) (AMARANTE, 2007), que preconizavam mudanças no modelo de psiquiatria tradicional. Em seguida, surge a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. Para o grupo da Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática, a questão central estava no modelo científico da psiquiatria tradicional, assim como nas instituições psiquiátricas como um todo. Ambas procuravam romper com este modelo (AMARANTE, 2007).

Ainda de acordo com Amarante (2007), com o final da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) muitas foram as sequelas deixadas, principalmente nos jovens soldados sobreviventes que adquiriram adoecimento tanto físico quanto psicológico. Diante dessa situação, da escassez de mão de obra para o trabalho e de profissionais capacitados para o tratamento dessas enfermidades, surgiu a necessidade de encontrar um ambiente adequado para o tratamento desses soldados. E foi assim que

um grupo de médicos, entre eles Main, Bion e Reichman, do Monthfield Hospital, resolveram utilizar os próprios pacientes em seus tratamentos. Dessa forma:

Organizavam reuniões em que se discutiam as dificuldades, os projetos os planos de cada um; realizam assembleias com duzentos ou mais pacientes, elaboraram propostas de trabalho em que todos (pacientes e funcionários) pudessem estar envolvidos etc. De acordo com George Rosen, a expressão psicossocial surgiu neste contexto histórico, a partir de um livro de James L. Halliday, intitulado *Psychosocial Medicine*, publicado em Londres no ano de 1948, que estabelece as primeiras relações entre as transformações sociais e o psiquismo (AMARANTE, 2007, p. 41-42).

Relações essas que, ao longo da História, serão bastante agravadas pelas sucessivas crises do capitalismo e incidirão sobremaneira na vida de milhões de trabalhadores. As precárias condições de vida afetam de forma significativa o psiquismo dos indivíduos, inclusive no contexto pós-guerra, requisitando uma ruptura com o saber tradicional e a busca por práticas e novas experiências, como as Comunidades Terapêuticas.

As Comunidades Terapêuticas nascem no ano de 1950, de origem inglesa, idealizada pelo psiquiatra Maxwell Jones. Objetivaram a reinserção de seus internos na sociedade, retirando dos grupos de internos traços significativos em seu comportamento que eram considerados inadequados para os padrões estabelecidos por meio de um processo de reabilitação, o que remete a um método de aculturação. Tal ação corrobora com o raciocínio de que existe uma diferença entre uma cultura formada por pessoas sãs e uma cultura formada por pessoas doentes (LIMA, 2013). Essa dicotomia gera exclusão ao separar os considerados normais dos considerados diferentes. Não há espaço para acolher o diferente na sociedade, então é preciso o surgimento de um movimento que proporcione uma mudança para com essa postura.

O processo de ruptura com o padrão de hierarquia da psiquiatria, em que as ordens eram verticalizadas, ou seja, vinham de cima (psiquiatra) para baixo (pacientes), despertou o autocuidado, e os próprios pacientes estavam envolvidos em seus tratamentos. Enfim, tanto as famílias quanto os técnicos e os próprios pacientes deveriam estar envolvidos no sucesso do tratamento (AMARANTE, 2007). Esse modelo de tratamento diferia das práticas exercidas nas instituições psiquiátricas tradicionais da época.

Com a Psiquiatria de Setor, surgiu a necessidade de prevenir possíveis reinternações ou o surgimento de novos casos, assim como manter um tratamento após a alta hospitalar. Dessa forma, foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM)

em diversas regiões da França, daí o termo regionalização. Essa prática possibilitou que os pacientes não perdessem os vínculos com seus familiares, como também permitiu o convívio entre pacientes do mesmo setor, além do tratamento que era “realizado pela mesma equipe multiprofissional tanto dentro do hospital quanto no local de sua residência” (AMARANTE, 2007, p. 45).

A terapêutica desenvolvida por uma equipe multiprofissional retirava a figura do médico como único detentor do saber responsável pelo tratamento. Os centros de tratamento distribuídos em várias partes possibilitavam que o paciente não se deslocasse para longe de seu domicílio. Entretanto, apesar de apresentar pontos importantes, essa psiquiátrica reformada também não rompeu com a psiquiatria tradicional. Todavia, proporcionou uma reorganização do hospital psiquiátrico.

Segundo Desviat (2015), a Psiquiatria de Setor preconizava o tratamento por meio de projetos terapêuticos individuais. Para esta psiquiatria, o hospital psiquiátrico era apenas uma das fases do tratamento que deveria ter sua continuidade nos serviços extra hospitalares de base territoriais. Essas ações visavam a redução das internações, evitando, dessa forma, a cronificação da doença devido a longos períodos nestes hospitais.

Já na Psicoterapia Institucional, o hospital psiquiátrico enquanto local terapêutico, havia perdido o seu papel. Por isso, preconizava incorporar outros referenciais teóricos, não se atendo apenas aos já utilizados pela psiquiatria tradicional. Algumas das suas práticas assemelhavam-se as da Comunidade Terapêutica, como a importância do aprimoramento das relações humanas, em que todos deveriam estar comprometidos com o seu tratamento, pois todos tinham uma função terapêutica.

Tosquelles acreditava, portanto, que a instituição psiquiátrica havia perdido seus ideais e possibilidades de exercer sua verdadeira função terapêutica. Dentre as propostas mais importantes estão o primado da escuta polifônica, isto é, busca de uma ampliação dos referenciais teóricos, de forma a não reduzir a escuta a esta ou aquela corrente conceitual, e a noção do acolhimento, ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos (AMARANTE, 2007, p. 44).

A Psiquiatria Preventiva ou Psiquiatria Comunitária teve como marco o censo de 1955, que expôs por meio de dados as condições degradantes de tratamento e a violência as quais estavam submetidos os pacientes nestes hospitais psiquiátricos, que se esperava ser um local de tratamento, que proporcionasse a cura. A partir de

então, os EUA buscaram criar programas que visavam diminuir o número das doenças mentais, ao passo que implementavam ações para a promoção da saúde mental. Dessa forma, a política americana de assistência psiquiátrica procurou intervir nos possíveis fatores desencadeantes da formação ou agravamento das doenças mentais (meio ou individual); passou a trabalhar o diagnóstico precoce e a reinserção do paciente na sociedade. O desenvolvimento dessas ações ocorreu concomitantemente ao processo político e social ocorrido no país nessa década, provenientes da guerra do Vietnã, do envolvimento dos jovens com as drogas e as gangs, entre outras formas das expressões da questão social no país (AMARANTE, 2007).

A Psiquiatria Institucional e a Comunidade Terapêutica, conforme citado, culpabilizavam a gestão do hospital psiquiátrico como responsável pelo insucesso ou ineficácia no tratamento; elas defendiam uma mudança na estrutura do hospital psiquiátrico enquanto as Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva defendiam que os hospitais psiquiátricos fossem desativados e se construíssem redes substitutivas a esses espaços, a exemplo dos “hospitais dias, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental” (AMARANTE, 2007, p. 41). O foco dessas psiquiatrias era reorganizar o modelo hospitalocêntrico.

É importante frisar que foi a partir da Psiquiatria Comunitária que surgiu o termo desinstitucionalização, que foi estendido nos EUA como processo de desospitalização. Acreditava-se, que por meio do desenvolvimento dessas ações, com o tempo, os serviços comunitários supririam o papel dos hospitais psiquiátricos, tornando-os obsoletos. Contudo, essa prática não ocorreu como previsto, houve uma maior incidência de novos casos. (ROTELLI, 2001) Ocorreu, entretanto, um aumento na identificação de pessoas com problemas psíquicos.

Dessa Psiquiatria Comunitária podemos destacar alguns pontos importantes, a saber: a mudança do foco, que deixa de ser a doença mental para ser a promoção da saúde mental; a percepção de que alguns fatores como os do meio no qual está inserido o paciente, assim como as condições socioeconômicas contribuem para o desenvolvimento ou agravamento da doença; além da compreensão de que o conceito de desospitalização (retirar do hospital) difere do significado de desinstitucionalização, que é entendido como:

[...] uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições da psiquiatria, hospitalares ou não, e dos automatismos invalidantes que caracterizam o círculo vicioso da

doença/resposta invalidante à doença, e sim, mais frequentemente, de desospitalização, a qual transferiu multidões de pacientes ao abandono extra manicomial (SARACENO, 2001, p. 23).

O tratamento psiquiátrico deve atuar, de modo que, possibilite a reinserção deste paciente na sociedade. Contudo, apesar dos pontos destacados, essa psiquiatria de base comunitária não chegou a romper com a estrutura há muito vigente, pois não era esse o seu objetivo.

Para Amarante (2007), essas propostas de mudanças foram de suma importância, uma vez que causaram impactos e também influenciaram de forma contundentes as psiquiatrias até a contemporaneidade, porém, devido ao fato de atuarem de forma isoladas, não alcançaram o êxito esperado.

A Antipsiquiatria foi um movimento que surgiu no final da década de 50 e início de 60 na Inglaterra. Nasceu da insatisfação por parte de um grupo de médicos que fizeram críticas contundentes à psiquiatria da época, justamente por não concordar com o tratamento dispensado às pessoas com adoecimento mental que se encontravam internadas nos manicômios, recebendo tratamento desumano e sofrendo todo tipo de violência. O movimento de antipsiquiatria contestava as bases ou fundamentos da psiquiatria, como também a forma como eram tratados e diagnosticados os pacientes.

A antipsiquiatria é um movimento denunciador dos valores e da prática psiquiátrica vigente, [...] veiculando um ideário ricamente polêmico. [...] A loucura é apresentada como uma reação à violência externa, como atividade libertária cuja medicalização envolve uma manobra institucional. Esta visa justamente a ocultar a face denunciadora que o comportamento alterado contém e veicula (MEYER, 1975, p.115 *apud* AMARANTE, 1995, p. 86).

Cabe salientar que este grupo era composto por psiquiatras renomados, entre eles Ronald Laing (1927-1989), David Cooper (1931-1986) e Aaron Esterson (1923-1999), cujas questões centrais estavam pautadas sobre as práticas e o saber psiquiátricos no trato com a loucura e também na discordância em considerar a esquizofrenia como uma doença. Assim, as discussões ocorriam principalmente em torno dessa doença, devido aos altos índices de ineficácia do seu tratamento e ao fato de a instituição manicomial ser a detentora de sua tutela, acarretando a longa permanência e posterior cronificação da doença (AMARANTE, 1995).

O movimento de Antipsiquiatria preconizava uma mudança no trato com os pacientes psiquiátricos. Por isso, as críticas eram direcionadas para forma como eles eram diagnosticados e como ocorria o tratamento ao ponto de permitir a cronificação

das doenças no espaço manicomial, em que os indivíduos, além de perderem a liberdade, perdiam também a sua identidade. Essa estrutura manicomial não permitia a dialética entre a razão/loucura, não aceitando a alteridade. Dessa forma, depreende-se que:

A antipsiquiatria busca um diálogo entre razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Crítica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade. O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do 'discurso' através da 'metanóia', da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podada. O louco é acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão (AMARANTE, 1995, p. 89).

Podemos ainda destacar alguns aspectos importantes que antecederam a Reforma Psiquiátrica Italiana, como a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1948, pelos britânicos, e a Lei de Saúde Mental, de 1959, que possibilitaram a mudança do nome de manicômios para o de hospitais psiquiátricos. Concomitante a esses acontecimentos, houve também, segundo Vasconcelos (2002), o surgimento o Movimento dos Usuários de Saúde Mental, na Europa, América do Norte e países da América Latina, composto por usuários, familiares e profissionais. Este grupo reivindicava a conquista e efetivação dos direitos dos usuários de saúde mental. Em decorrência, ocorreram vários eventos internacionais de saúde mental que foram realizados nas décadas de 1970 e início de 1980 em outros países. Entretanto, os Estados Unidos são considerados os pioneiros na criação desse movimento de usuários, pois desde a década de 40 já havia alguns grupos formados. O movimento dos usuários tinha como objetivos:

[...] interferir e mudar as políticas, os serviços, a legislação, a cultura profissional e a cultura mais ampla relacionada à doença e a doença mental na sociedade, também construir grupos e serviços próprios e/ou dirigidos por usuários e ex-usuários, tais como clubes, grupos de autoajuda e suporte mútuo, militância, defesa de direitos e sociabilidade, centros de diária (day centers), serviços para usuários em crise (este tipo é mais raro e difícil de ser montado) (VASCONCELOS, 2002, p. 73).

Na luta empreendida pela garantia dos direitos dos usuários de saúde mental e mudança no perfil estigmatizado do louco, o

[...] movimento de usuários luta contra a segregação e a estigmatização do louco e pela recuperação de sua capacidade de decidir sobre os destinos de

sua vida (em caso de tutela), o faz em nome da igualdade básica entre os homens, ou seja, em nome dos direitos civis. Por outro lado, os movimentos sociais e particularmente o dos usuários em saúde mental, em quase todo o mundo, também lutam por direitos sociais especiais, tais como: Direito ao tratamento específico e suporte previdenciário definitivo e/ou provisório, durante o período de crise; Serviços de atenção psicossocial; Serviços residenciais; Esquemas especiais de trabalho; Auxílios específicos (VASCONCELOS, 2002, p. 80).

O movimento de usuários ocorre simultaneamente às críticas às estruturas asilares e proposições de reforma após a Segunda Guerra Mundial. Contudo, essas psiquiatrias reformadas pretendiam uma mudança na organização do tratamento e na estrutura do hospital psiquiátrico e não uma ruptura. Isso só vai acontecer de fato com Basaglia na Itália.

1.2 A trajetória da desinstitucionalização

O processo de desinstitucionalização na Itália é iniciado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia⁸ (1924-1980), que dá origem à Psiquiatria Democrática, responsável por romper com o modelo de psiquiatria tradicional. Suas ideias revolucionaram o campo da psiquiatria não só na Itália, como também em várias partes do mundo. Não há como não reconhecer a revolução intelectual e humana provenientes de suas ações e postura. Estas repercutiram tanto no âmbito público quanto institucionalmente, influenciando decisivamente para aprovação da Lei 180, de 13 de maio 1978, que foi a primeira lei no mundo sobre o fechamento dos hospitais psiquiátricos, a qual ficou conhecida como Lei Basaglia (SERAPIONI, 2019).

⁸ Franco Basaglia nasceu em Veneza, em 11 de março de 1924, no seio de uma família rica que reconhecia o Estado fascista. Teve uma infância e adolescência felizes, no bairro San Polo, um característico bairro de Veneza. Após completar seus estudos clássicos, em 1943, matriculou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de Pádua. Nesse período, entrou em contato com um grupo de estudantes antifascistas e, mais tarde, juntou-se à Resistência (um movimento militar e político antifascista). Por causa da traição de um companheiro, foi preso e detido por seis meses na prisão de Veneza, experiência que o marcou profundamente e que lembrará anos depois quando, pela primeira vez, foi diretor do manicômio de Gorizia, outra instituição fechada. Sua hostilidade e intensa reação contra os sistemas de asilo (definidos por Goffman como “instituições totais”) parecem estar ligadas, de acordo com alguns biógrafos, à sua experiência e memória dos meses que passou atrás das grades. Em 1949, apesar da guerra e da prisão, Basaglia formou-se em medicina e dedicou todo o decênio seguinte ao estudo da psiquiatria e da filosofia. Em 1952, com 29 anos, obteve a especialização em doenças nervosas e mentais e, no ano seguinte, casou-se com Franca Ongaro, que se tornou sua colaboradora e o ajudou nas mais importantes decisões de sua vida. Em 1958, obteve a livre-docência em psiquiatria (SERAPIONI, 2019).

O primeiro contato de Basaglia com o hospital psiquiátrico foi impactante, totalmente diferente da experiência acadêmica. E foi isso que o levou a buscar incansavelmente uma mudança profunda para o tratamento desumano e degradante aos quais estavam submetidos os loucos nestes locais,

Basaglia pensava poder levar adiante o processo de transformação do hospital psiquiátrico de Gorizia. No entanto, a opinião pública conservadora e tradicionalista, assim como uma parte consistente do mundo político, continuava a manifestar a sua oposição e resistência ao projeto de Basaglia, destacando apenas os riscos e perigos decorrentes do abandono de velhas práticas de contenção de pacientes e ignorando por completo a nova proposta terapêutica que considerava o paciente um ser humano que devia ver respeitados sua dignidade e seu sofrimento (PARMEGIANI; ZANETTI, 2007 *apud* SERAPIONI, 2019, p. 1175).

A experiência de transformação do modelo manicomial proposto e empreendido por Basaglia começa quando ele assume a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico, de Gorizia, em 1961 (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012, p.14). Basaglia implantou medidas que causaram contestações na sociedade conservadora da época.

Mas isso não foi motivo para que desistisse dos seus planos,

Em Gorizia, Basaglia abriu as portas internas do hospital psiquiátrico. Democratizou as relações, construiu uma Comunidade Terapêutica. Levou 'pedaços' da cidade para dentro: artistas, músicos, escritores, etc. Entretanto, quando entendeu que havia necessidade de fazer as pessoas saírem do hospital, isto não lhe foi possível fazer. Isto porque a administração de 1960 e uma lei nacional de 1904 impediram-no de fazer (BUTTI, 2008, p. 52-53).

A impressão que teve ao adentrar neste local remeteu aos tempos em que esteve na prisão ainda quando jovem, por ter lutado contra o fascismo. As práticas de cerceamento da liberdade, as precárias condições de vida e exclusão social as quais estavam submetidos os loucos, foram imediatamente associadas as suas lembranças. (BASAGLIA, 1979, *apud* JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012, p. 14-15) A situação de reclusão a qual estavam expostos os loucos não poderia continuar daquela forma.

O Hospital Psiquiátrico de Gorizia utilizava práticas como,

[...] medidas disciplinares, o encarceramento e a ausência total de autonomia. A existência era baseada na dominação e violência com o uso de amarras, camisas de força, máscaras, grades (inclusive nas camas), uso indiscriminado dos eletrochoques; os passeios eram somente permitidos no jardim e contidos. O contato com a comunidade externa era nulo (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2022, p. 15).

Basaglia deflagrou denúncias sobre a real situação dos internos nessas instituições totais, como a total ausência de direitos e o agravamento da saúde em

razão do dito tratamento. (VIGANO, 2006, p. 18 *apud* JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012). As práticas consideradas tratamento, na verdade poderiam ser entendidas como elementos funcionais ao asilamento e a exclusão social.

Nesse sentido, é no Hospital Psiquiátrico de Gorizia que Basaglia dá início à ruptura com o modelo tradicional hospitalocêntrico. Local este desaprovado por suas práticas abusivas de violência e segregação. É justamente por presenciar essa dominação e sequestro da identidade dos indivíduos internos que Basaglia dá início ao processo de luta por uma nova forma de tratamento para esses pacientes. (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012), elaborando e buscando um novo olhar e trato para com a loucura.

Depois de experienciar o modelo de psiquiatria Comunidade Terapêutica e Psiquiatria Institucional no Hospital de Gorizia, Basaglia concluiu que de fato ambas continham características importantes, mas não seriam apenas estas que propiciariam a ruptura com o modelo de psiquiatria excludente e segregadora vigente à época. Para que isso acontecesse, era preciso romper com a psiquiatria tradicional e tudo o que estava relacionado a ela. E foi assim que

[...] Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para ideia de superação do aparato manicomial, entendido não mais como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentavam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana [...] No início dos anos 70, Basaglia, com grande parte da equipe que atuou em Gorizia, iniciou trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste, uma cidade de médio porte, também situada a norte da Itália. Lá teve início a mais rica original experiência de transformação radical da psiquiatria contemporânea que inspira muitas expressões por todo o mundo (AMARANTE, 2007, p. 56).

Ainda:

Quando em 1971, Basaglia foi para Trieste refez as mesmas coisas que havia feito em Gorizia, ou seja, abriu as portas do hospital. Começaram as assembleias e diárias com todos os internos e a cidade entrou no hospital: músicos famosos tais como Coleman, por exemplo, laboratórios artísticos, tudo aquilo presente numa boa prática feita no hospital psiquiátrico (BUTTI, 2008, p. 53).

No processo de Reforma Psiquiátrica italiana podemos destacar a proibição do uso de eletrochoque, a retirada das camisa de força e a das grades das janelas. Médicos e enfermeiras passaram a usar roupas comuns, tendo em vista que, o uso da veste branca representava poder sobre os pacientes, foram realizadas reuniões e assembleias com os internos de modo que aos poucos conseguissem superar a

desconfiança que existiam nos pacientes. (SERAPIONI, 2019, p.1.174) Visto que estavam acostumados a serem tratados de forma diferente, houve um certo estranhamento dos internos com essa mudança.

E mesmo depois de todas essas ações, Basaglia percebeu que ainda existia a problemática do cerceamento da liberdade imposta pelos asilos, ou seja, [...] “percebeu que os asilos impunham violência sobre os corpos dos doentes”. (Ibidem, p. 1175). Era uma violência institucionalizada, os manicômios subtraíam a identidade dos sujeitos, roubavam-lhes a autonomia e acabavam por institucionalizar as regras impostas pelos hospitais psiquiátricos.

Em virtude do processo que culminou com o fechamento do hospital psiquiátrico, foram criados os Centros de Saúde Mental, para quando, da saída dos usuários do hospital psiquiátrico, pudessem ser inseridos na sociedade por meio desses dispositivos de base territorial funcionando 24 horas por dia, inclusive com serviço domiciliar. (PIERETTI; VIEIRA, 2022, p. 34). Desta forma,

O centro de saúde mental é um espaço de vida cotidiano aberto 24 horas por dia, onde as pessoas chegam já agendadas ou porque têm necessidade naquele momento, e haverá sempre operadores que fazem o acolhimento de suas demandas. É possível comer no centro onde há um serviço de refeitório, almoços e jantares. E do centro de saúde mental partem todas as visitas domiciliares às pessoas que continuam vivendo em suas casas. O trabalho é feito, sobretudo, na casa das pessoas. No Centro de Saúde Mental, além disso, é feita uma série de atividades, tais como oficinas de escrita criativa, de ginástica, de desenho, enfim, várias coisas e laboratórios que imaginamos, devem existir em diversos lugares (BUTTI 2008, p. 57).

Com a Reforma Psiquiátrica Italiana houve todo cuidado com a desconstrução do aparato manicomial na Itália, de forma a evitar as reincidentes internações.

[...] em Trieste optou-se por prescindir do manicômio, em qualquer situação e fechá-lo, ou melhor, na linguagem triestina, abri-lo, já que esse processo de desmantelamento se dá a partir da abertura das portas do manicômio à cidade, permitindo que aqueles antes confinados pudessem sair e a cidade pudesse entrar e retornar o parque de San Giovanni até então subtraído pelo manicômio. (PIERETTI; VIEIRA, 2022, p.37)

Segundo Junqueira e Carniel (2012), para Basaglia o conceito de desinstitucionalização vai além do mera desospitalização ou fechamento dos manicômios ou hospitais psiquiátricos. O termo está intrinsecamente relacionado e permeado pela mudança proporcionada pela ruptura com o modelo de tratamento ofertado pela psiquiatria tradicional, que ao invés de tratar, permitia a exclusão social do paciente.

Compreendemos que o processo de desinstitucionalização pode ser entendido dentro do processo de retirar o sujeito de um ambiente que não permite a sua individualidade, sua autonomia enquanto sujeito social digno de direitos e livre para efetuar escolhas. Como também, a desconstrução de um modelo que se entende não atender ao que se propõe. Nesse sentido,

[...] desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades. E se hoje podemos assumir que a realidade é construída, podemos admitir ainda que pode ser desmontada para ser (permanentemente) reconstruída sobre novas bases (AMARANTE, 2008, p. 30 apud JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012 p.14).

O objetivo de Basaglia era a total extinção da instituição manicomial, pois entendia que este espaço promovia violência sobre os sujeitos internos. Porém, sabia que haveria um longo e árduo caminho a ser percorrido, uma vez que precisaria mobilizar a sociedade como um todo para que este processo obtivesse êxito. Ou seja,

Quanto ao processo de fechamento do hospital, como ocorreu em Gorizia, foram muito importantes as influências da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional. Mas Franco Basaglia não as toma como objetivo último a ser alcançado, mas como estratégias provisórias e intermediárias para da estrutura manicomial. As assembleias, os clubes de internos, a mobilização dos atores sociais dentre os quais pacientes, familiares, técnicos, etc., não serviriam a outro fim que não o de construir bases, as possibilidades e o entendimento de que seria possível superar a instituição de clausura (AMARANTE, 2007, p. 57).

Com Basaglia, dá-se início ao processo de negação da psiquiatria tradicional vigente à época, e do hospital psiquiátrico como espaço de cooptação dos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico. A princípio, suas ideias mais pareciam uma utopia, não sendo aceitas pela sociedade conservadora. Entretanto, essas barreiras não foram empecilho ou motivo para que Basaglia desistisse do objetivo a que se propunha e que lutou em vida. Todavia, para que de fato houvesse o fechamento do hospital psiquiátrico, era necessário que houvesse uma rede de serviços substitutivos ao hospital. Dessa forma,

Em Trieste, simultaneamente ao fechamento dos pavilhões ou enfermarias psiquiátricas, foram sendo criados vários outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. A expressão serviços passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrasse, efetivamente tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não apenas serem paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas (AMARANTE, 2007, p. 56).

Ainda de acordo com Amarante (2007), a Psiquiatria Democrática utilizou também aspectos da psiquiatria de setor (França) e da comunitária dos EUA no que diz respeito a regionalização dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, os conhecidos Centros de Saúde Mental. Percebemos que o modelo proposto por Basaglia diferia dessas reformas psiquiátricas, pois não estava atrelado a nenhum hospital, antes deveriam substituí-los definitivamente. A preocupação maior era resgatar a identidade do indivíduo que passara anos recluso, com isso, pretendia restituir os direitos que perderam.

Com a criação desses espaços substitutivos ao hospital, a loucura deixa de habitar os manicômios e ganha um local dentro da sociedade. O doente mental não mais será recolhido ou preso nestes lugares de exclusão. Assim,

Em outras palavras, centros que, atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas em sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, a insensatez, à incapacidade (AMARANTE, 2007, p. 57-58).

Os Centros de Saúde Mental assumem a centralidade dos serviços psiquiátricos antes ofertados pelos hospitais e se encarregam de toda demanda relativa aos serviços de base territorial. A princípio, foram instituídas sete unidades desses serviços ao longo da cidade, e o Serviço Psiquiátrico Diagnosi e Cura – SPDC. Neste último, os usuários são atendidos e quando necessário encaminhados aos Centros de Saúde Mental, serviço de referência no processo de desinstitucionalização na Itália (ITÁLIA, 1978 apud PIERETTI; VIEIRA, 2022, p. 37).

Ainda como medida para promover a desinstitucionalização outros dispositivos também foram criados,

[...] como laboratórios para desenvolver nos indivíduos a percepção e a consciência; laboratórios de música, de cerâmica, costura ou a rádio Fragola (morango), na qual qualquer pessoa que deseje pode participar e não será questionada se tem algum transtorno mental. Ou ainda o centro de práticas integrativas Androna dei Giovanni, com foco no cuidado corporal de pessoas com problemas pelo uso de heroína, que vão em busca de tratamentos, como sauna e práticas de cuidado orientais para lidar com os sintomas de abstinência em paralelo ao uso da metadona, que é ofertado em outro serviço diariamente (PIERETTI; VIEIRA, 2022, p. 36).

De acordo com Pieretti e Vieira (2022), com a saída dos pacientes do hospital surgiu a necessidade de um local para sua moradia. Dessa forma, o governo se encarregou de custear o programa das moradias ou apartamentos, o chamado Serviço

Abilitazione e Residenze – (SARS) e o município se encarregaria de contratar e manter os profissionais para os cuidados. Havia cerca de 1200 internos, deste 1.060 foram reinseridos nas famílias e na sociedade por apresentar certa autonomia e os 140 passaram a ocupar essas residências (PIERETTI; VIEIRA, 2022).

Segundo Amarante (1995), outro ponto de salutar importância foi a reinserção dos pacientes egressos desses hospitais na sociedade. Em resposta a esse quesito, formam gestadas as cooperativas ou empresas sociais, como passaram a ser chamadas na Itália. Essas cooperativas de trabalho são ao mesmo tempo uma estratégia para o cuidado e uma forma de inclusão social para os indivíduos oriundos de internações psiquiátricas.

Na Itália, foram criados dois tipos de Cooperativas de Trabalho, com a finalidade de dar prosseguimento ao processo de desinstitucionalização,

As cooperativas também servem de estratégia de organização dos trabalhadores que prestam assistência dos serviços de saúde mental e apartamentos, num contexto de um ente público com poucos trabalhadores sob administração direta. Existem, portanto, dois tipos de cooperativas: tipo A construída por trabalhadores que são contratados e supervisionados pelo público para assistência; e tipo B constituídas foram 80% de usuários e 20% de trabalhadores. Essas últimas têm como incentivo pagar menos impostos e se atuam em diferentes áreas de produção e serviços: hotelaria, costura, marcenaria, restaurante, café, bijuteria, gráfica, centro de produção de vídeos (ROTELLI, 1994 *apud* PIERETTI; VIEIRA, 2022, p.39).

Basaglia lutou também contra a existência do que na época convencionou-se chamar de “dupla psiquiatria”, ou seja, nos asilos estavam os pobres e os proletariados, enquanto nas clínicas estavam os ricos que tinham uma maior probabilidade de recuperação e inserção no mercado de trabalho, assim como, na sociedade devido aos fatores financeiros. Essa análise permite perceber que se aqueles que possuem recursos financeiros são capazes de se recuperar e voltar à sociedade, tal probabilidade também deveria ser proporcionada àqueles desprovidos financeiramente (PARMEGIANI; ZANETTI, 2007 *apud* SERAPIONI, 2019, p.1.176), sendo essa assertiva, ainda, uma prática corrente nas sociedades capitalistas. De um lado, os detentores dos meios de produção e, do outro o proletariado, que só tem a força de trabalho como mercadoria. Ao primeiro grupo, há uma maior chance de reinserção social, enquanto o segundo grupo fica relegado à própria sorte.

Ainda de acordo com Pieretti e Vieira (2022) apesar do avanço do processo de desinstitucionalização na Itália na década de 1990 o Servizio Sanitário Nazionale

começa a enfrentar dificuldades em razão do processo devido ao contexto da política neoliberal vigente.

Franco Basaglia considerava que a psiquiatria tinha um “mal obscuro” por haver separado um objeto fictício, a ‘doença’ da existência global e complexa dos sujeitos do corpo social. Ao considerar a doença um objeto natural, externo ao homem, a psiquiatria passou a se ocupar dela e não do sujeito que a vivência. Os tratados de psiquiatria classificam as doenças mentais como sendo objetos da natureza. Analisam os tipos, suas semelhanças e distinções. As esquizofrenias dividem-se em são de tantos tipos, as neuroses. (AMARANTE, 2007, p.66)

Nas mais diversas teses desenvolvidas pelos psiquiatras percebemos a preocupação em encontrar as pretensas causas que desencadeariam os transtornos ou crises, as características pertinentes à cada uma, a evolução. O que possibilitou a psiquiatria tradicional desenvolver uma nosografia ou classificação das doenças. Pois como visto anteriormente, tratar era sinônimo de diagnosticar. Entretanto, o ator principal de toda essa preocupação, o sujeito objeto de estudo da psiquiatria esteve relegado a invisibilidade social durante séculos.

Sob essa ótica, o aparato, o modelo hospitalocêntrico tendo como base os hospitais psiquiátricos ou até mesmo o hospital geral não conseguiram desenvolver ou exercer práticas capazes de abarcar a totalidade do sujeito em seu binômio sofrimento psíquico versus existência. Não se conseguia enxergar o indivíduo como um todo, um ser complexo composto por outras esferas além do referido transtorno mental ou adoecimento psíquico. A visão estigmatizante sobre o louco, permeou o imaginário social durante séculos, como um ser perigoso e incapaz. Dessa forma, para Rotelli (1942-2023), com a Reforma Psiquiátrica há uma ruptura com esse padrão estabelecido, o foco a partir de então, deve ser o indivíduo em sofrimento psíquico. “O problema deixa de ser a cura para ser a emancipação do sujeito” (ROTELLI, 2009 *apud* PIERETTI; VIEIRA, 2022, p.34).

Compreendemos que a sociedade como um todo deve ser um espaço de acolhimento, de inclusão e de reinserção social. Sabemos que Basaglia influenciou de forma significativa as psiquiatrias pelo mundo todo e chamou a atenção para um problema que até então era invisível para o mundo, como supracitado. E não parou por aí, ele lutou incansavelmente para devolver dignidade às pessoas que durante muito tempo sobreviveram em condições de vida desumanas. Suas ideias foram tão importantes que ainda repercutem e reverberam nos dias de hoje. É importante pontuar: “Na Itália em 1998, foi estabelecido um convênio entre a região, a agência

sanitária local e a clínica psiquiátrica que se transformou em Centro de Saúde Mental. Os 22 leitos que tinham, reduziram-se a 8” (BUTTI, 2008, p. 59).

Com isso queremos salientar que, até bem antes da Reforma Psiquiátrica Italiana, o doente mental não tinha visibilidade na sociedade. Pouco importava se eles estavam expostos ou vivendo em precárias condições de miserabilidade; se comiam, passavam fome, se estavam expostos ao frio ou calor, se estavam nus, se estavam vivos ou mortos. O foco era que eles continuassem longe da ótica da sociedade. Primava-se pelo ordenamento vigente à época.

Apenas com as proposições provenientes das mudanças propostas pelas ditas psiquiatrias reformadas e posteriormente com a Reforma Psiquiátrica italiana, os doentes mentais saíram do anonimato e passaram a ter visibilidade social. Voltaram à condição de sujeitos, sujeitos estes detentores de direitos. Assim, como expõe Amarante (1995), o foco deixa de “ser a doença mental” para ter como foco, como objetivo a “promoção da saúde mental” (BIRMAN; COSTA, 1994 *apud* AMARANTE, 1995, p. 55). Salientamos que essa mudança no foco do tratamento para prevenção e promoção da saúde mental é também uma construção social.

E quando refletimos sobre as diversas teorias desenvolvidas por distintos pesquisadores psiquiatras, dentre as quais a que diz respeito à hereditariedade atrelada a condicionantes sociais, percebemos que o meio influencia sobremaneira nas condições de vida e nos sofrimentos psíquicos desenvolvidos pelos indivíduos. Não há como dissociar o contexto socioeconômico do processo saúde doença.

No processo de desinstitucionalização, no contexto pós-reforma psiquiátrica Italiana, tivemos os Movimentos de Usuários que implementaram suas ações na perspectiva antimanicomial. O processo de organização de usuários na Europa do Norte e Estados Unidos, e América Latina conforme citado, foram iniciados nos anos 60 do século XX, porém o fortalecimento do mesmo, inclusive a dimensão política ocorre nos anos 1980, com os seguintes marcos constitutivos:

Nos anos de 1980, os usuários Europeus começaram a se encontrar nos corredores das conferências internacionais, trocar ideias e se visitar mutuamente, sobretudo os holandeses e os Ingleses (VASCONCELOS, 2000, p.71)

Ainda,

Nos anos 90, houve a fundação de duas entidades internacionais: a World Federation of Psychiatric Users, fundada em agosto de 1991 na cidade do

México, e que teve a seguinte Conferência em Tóquio, em 1993; A European Network of Users and Ex-Users, fundada em setembro de 1991 em Zanivoort, Holanda, tendo uma segunda conferência em 1994 na Dinamarca e uma terceira na Inglaterra, em 1996. (VASCONCELOS, 2000, p.71)

Em relação a Desinstitucionalização pós-reforma basagliana, pontuamos que em 2008 o país enfrenta um período de crise que demanda um crescimento dos serviços de saúde mental, principalmente por parte da classe mais pauperizada da sociedade. Concomitantemente, ocorre um fluxo migratório e diminuição dos gastos públicos e o aumento das despesas privadas (SERAPIONI, 2017 apud PIERETTI e VIEIRA, 2022, p.40).

A análise da trajetória histórica sobre o modelo de psiquiatria desenvolvido durante séculos nos proporciona um olhar mais crítico em relação as formas dos tratamentos dispensados aos loucos. A psiquiatria incorreu durante décadas em erro ao se ocupar da doença em detrimento do sujeito.

Em suma, ao analisarmos a forma como ocorreu a evolução do tratamento direcionado ao louco, percebe-se que a primeira medida que foi tomada estava centrada na retirada de circulação desses indivíduos da sociedade. Num segundo momento, eles passaram a sobreviver isolados, mas agora sob a perspectiva de análise de suas características comportamentais, sob a égide de um tratamento moral que visava reconduzi-los à razão.

Em um terceiro momento, surgiram diversas teorias a respeito da doença mental. Houve uma preocupação exacerbada com a classificação e definição para construção de uma nosografia universal. Essas construções foram importantes tanto para o diagnóstico como para um possível tratamento. Entretanto, o foco era sempre a doença, enquanto o sujeito ficava relegado ao segundo plano.

Dando sequência a reconstituição histórica da saúde mental, na próxima seção adentraremos no contexto brasileiro e continuaremos com a análise desde a gênese até a desinstitucionalização e posterior início de retrocessos.

2. SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

2.1 Trajetória da desinstitucionalização

Esta seção se propõe a uma breve análise do tratamento dispensado à loucura e às pessoas em sofrimento psíquico. Não pretende com isso esgotar tal assunto, visto ser uma área muito ampla. Contudo, pretende fazer um recorte e elencar os pontos mais importantes dos desdobramentos referentes à loucura e à evolução de alguns aspectos na forma de tratar, assim como a aprovação da Reforma Psiquiátrica e a involução ou retrocessos em curso no Brasil.

Ao analisarmos a conjuntura mundial com um olhar mais acurado, percebemos que se assemelha, ou reflete, às experiências de tratamento, segregação, cerceamento de liberdade, violência institucionalizada, maus tratos, cooptação de direitos e tratamento desumano. Tal constatação não poderia ser diferente, visto que no Brasil, assim como num panorama mundial, a forma como foi percebida e tratada a loucura modificou-se ao longo da história, mas em diversos momentos, houve reprodução do padrão de isolamento e exclusão social.

Antes da chegada da família real ao Brasil (1808) os loucos perambulavam pelas ruas ou eram colocados nas prisões junto com os mendigos, quando não ficavam reclusos nos chamados porões da Santa Casa de Misericórdia. Não recebiam nenhuma forma de tratamento (AMARANTE, 1994), nem tampouco existia a preocupação com o cuidado destas pessoas e nem um lugar destinado exclusivamente ao seu abrigo.

No Brasil, o primeiro documento em que a loucura passa a ser considerada como doença mental foi o Relatório da Comissão de Salubridade, ocorrido em 1830, no Rio de Janeiro. Com essa nova visão, o louco adquire o status de doente mental. E por ser considerado como doente, cabe à medicina a incumbência de tratá-lo. Surge, dessa forma, a psiquiatria como instrumento médico responsável pela saúde dos alienados. Essa mudança é o marco inicial que proporciona o nascimento da psiquiatria no Brasil (MACHADO *et al.*, 1978). Embora o campo da psiquiatria fosse ainda incipiente no país, as primeiras práticas psiquiátricas desenvolvidas no Brasil têm como referência as práticas desenvolvidas na França por Pinel e Esquirol, baseada no tratamento moral e na disciplina, num ambiente isolado da sociedade.

É assim que no período colonial, com a chegada da família real ao Brasil, foi necessária uma limpeza, uma reorganização do espaço social. Surge a necessidade de criar um espaço adequado para colocar os indivíduos de comportamento desviante do preconizado pela então colônia. Assim, a doença mental, embora que, ainda não fosse na forma como hoje é concebida, começa a ter visibilidade. Diante dessa problemática, D. Pedro II, por meio do Decreto 82/1841, determina a criação do primeiro hospício do Brasil, no Rio de Janeiro (MACHADO, 1978). Com isso, institui-se a iniciante psiquiatria como responsável pelo tratamento e cuidados aos loucos e se instaura o processo de institucionalização⁹ do sujeito, que se sabe acarretará enormes prejuízos aos indivíduos, inclusive fazendo com que percam sua autonomia.

A inauguração do Hospício D. Pedro II, que recebeu este nome em sua homenagem, ocorreu em 1852, na Praia Vermelha, na cidade do Rio de Janeiro, e tinha como finalidade o controle social dos alienados (AMARANTE, 1994). A preocupação estava com o controle social, com a limpeza da sociedade. Esconder o que destoava do padrão social que se considerava como normal, visto que a cidade se transformara em uma metrópole.

Para a nascente psiquiatria, o local para tratamento dos loucos deveria ser de fato o hospício, pois, de acordo com o pensamento daquela época, era o mais adequado. Nesse sentido,

O hospício é a grande evidência terapêutica da psiquiatria nascente: “De todas as moléstias a que o homem é sujeito, nenhuma há cuja cura dependa mais do local em que é tratada do que a loucura (...). Sem o isolamento, a tranquilidade, o silêncio, quando eles são precisos; sem as convenientes separações dos loucos em classes segundo o gênero e espécie de alienação mental.; sem o trabalho, as distrações, a ventilação, os passeios, os banhos, as embarcações; sem meios próprios de efetuar tudo isso e conter sem barbaridade os furiosos no seu delírio, sujeitando-os docemente ao tratamento que lhes pode ser útil; sem uma grande atenção e cuidado todos dedicados a esta classe de doentes é impossível obter-se boas curas e com facilidade” (MACHADO, 1978, p.379- 380).

É importante lembrar que os loucos que antes residiam nas Santas Casas de Misericórdia agora estavam sendo transferidos para o espaço hospitalar, que efetiva a separação dos doentes mentais conforme a classe social a qual pertenciam e os

⁹ Institucionalização é o ato de institucionalizar, é o local que pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. GOFFMAN, 1974, p. 11

tratavam de acordo com a moralidade, vigilância, disciplina e realizações dos diagnósticos (LIMA, 2013). O isolamento social era justificado pela necessidade de proteger a sociedade.

De acordo com Amarante (1994), a medicina reivindicava a incumbência de tratar os loucos, de modo que o próprio relator da Comissão da Sociedade de Medicina, Dr. Cruz Jobim, teria criado o slogan: “um hospício para os loucos”. Loucos estes que tanto Amarante (1994, p.74) quanto Machado (1978) afirmaram poder ser encontrados entre os miseráveis, os marginais, os camponeses, os desempregados, negros, degenerados e, em geral, eram considerados como uma ameaça à ordem social da época.

Entre os loucos marginalizados estava também os da raça negra, que por falta de oportunidade de trabalho ficavam também à margem da sociedade. Com a abolição da escravatura assinada pela Princesa Isabel no ano de 1888, através da Lei Áurea, os escravos tornaram-se livres. Foi um gesto que proporcionou enormes transtornos. Problemas como ausência de moradia, alimentação, emprego e saúde expuseram os escravos recém-libertos a condições de vida degradantes e, conseqüentemente, sem ter um espaço na sociedade, essa grande massa de indivíduos perambulava juntamente com os loucos, pelas ruas largados à própria sorte (MARINGONI, 2011).

O cenário mudou com a abolição da escravatura, pois houve o crescimento do número de pessoas desempregadas e desabrigadas que rapidamente foram vistas como iguais aos loucos e aos infratores, originando um suporte para estabilidade da estruturação dos hospícios, fazendo possível o processo inicial das internações em massa (LIMA, 2013). É o início da potencialização do isolamento social propiciado pelo modelo hospitalocêntrico no contexto brasileiro.

Nessa época, com a chegada dos imigrantes, a mão de obra passou a ser assalariada. Quando comparado ao custo com a manutenção de um escravo, verificou-se que a manutenção da mão de obra imigrante era menos onerosa do que a manutenção de um escravo. Desta forma, as relações sociais foram modificadas com o avanço do capitalismo no Brasil, visando o lucro e modificando a dinâmica do trabalho, desvalorizando a mão de obra e transformando as pessoas em mercadorias.

Vale a pena salientar que tanto naquela época como na atualidade o tratamento dispensado à classe mais abastada era diferenciado. Dessa forma, com a criação do hospício D. Pedro II, aqueles que pertenciam às categorias supracitados viviam em condições muito diferentes daqueles pensionistas particulares que dispunham de

“boas instalações” (AMARANTE, 1994, p. 75). Esse é o reflexo das relações sociais no modo de produção capitalista, em que uma classe detém os meios de produção e a outra apenas a força de trabalho enquanto mercadoria.

Contudo, as críticas dos médicos não param com a construção do hospício, antes as críticas eram dirigidas aos locais de inserção e tratamento. Com a Proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, essas críticas giram em torno da construção de um tratamento pautado num projeto científico e nas reivindicações do corpo médico quanto ao fato de não participarem da direção do hospício que estava em posse da Provedoria das Santas Casas de Misericórdia e da Igreja Católica, mais precisamente dos setores conservadores como a Irmandade São Vicente de Paula (AMARANTE, 1994). Até então, o tratamento dispensado aos loucos tinha como base os ensinamentos de Pinel, de cunho moralizante.

Com a Proclamação da República, a Assistência aos Alienados deveria passar por reformulação. Os serviços antes ofertados na colônia precisavam se modernizar. Posteriormente, entendeu-se que a atuação da psiquiatria deveria ir além dos muros dos hospícios, logo, “[...] a psiquiatria deve partir para atuar no espaço social, no espaço onde vivem as pessoas, onde se estruturam as doenças mentais, e não se limitar apenas ao espaço cercado pelos muros do asilo” (AMARANTE, 1994, p. 75-76).

De acordo com Brasil (2008), depois da Proclamação da República o governo criou o Decreto 142/1890, que determinava que o Hospício Pedro II, antes vinculado às Santas Casas de Misericórdia, a partir desta data passa a ser gerido pela administração pública e ter o nome modificado para Hospício Nacional de Alienados. Neste mesmo ano, em 15 de fevereiro, há a publicação do Decreto 206-A/1890, onde ocorre a gênese da primeira instituição de saúde denominada de “Assistência Médico-Legal aos Alienados”. Surgem também, no Rio de Janeiro, as primeiras experiências de colônias de alienados, a Colônia de São Bento e de Conde de Mesquita, responsáveis pelo tratamento de alienados do sexo masculino, as pioneiras na América. Logo após, “serão criadas as Colônias de Juqueri, em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio de Janeiro” (AMARANTE, 1994, p. 76).

De acordo com o Amarante (2007), as colônias de alienados surgiram como uma forma de extensão ao hospital psiquiátrico devido à superlotação. Na tentativa de sanar essa problemática, os indigentes eram transferidos para essas colônias. Nelas, desenvolvia-se uma prática considerada importante para o tratamento

terapêutico dos alienados. Construídas em áreas agrícolas, propiciavam atividades laborais cuja finalidade era manter os alienados ocupados e livres de pensamentos errantes. Entretanto, não cumpriram a finalidade a que se propuseram à princípio, oferecer um tratamento diferenciado em relação aos praticados nos hospitais psiquiátricos. Desenvolveram-se em larga escala e tornaram-se iguais aos hospitais, estavam inseridas no modelo hospitalocêntrico.

Conforme Oda e Dalgarrondo (2000), Juliano Moreira¹⁰ assume a direção do Hospício Nacional de Alienados no período de 1903 a 1930. No período em que esteve à frente do Hospício, desenvolveu mudanças provenientes das influências da corrente alemã, quanto à prática asilar. Entre elas,

[...] instalação de laboratórios de anatomia patológica e de bioquímica no hospital; remodelação do corpo clínico, com entrada de psiquiatras/neurologistas e outras especialistas (de clínica médica, pediatria, oftalmologia, ginecologia); a abolição do uso de coletes e camisas de forças; retirada de grades de ferro das janelas; a preocupação com a formação dos enfermeiros; o grande cuidado com os registros administrativos estatísticos e clínicos, entre outros. [...] (ODA; DALGARARRONDO, 2000, p.1-2).

Cabe destacar a atuação do psiquiatra Juliano Moreira, que contribuiu para a formação de diversas especialidades médicas. Ele contrariou ao que se convencionou como verdade na época, a questão da degeneração racial.

Um aspecto marcante na obra de Juliano Moreira foi a sua explícita discordância quanto à atribuição da degeneração do povo brasileiro à mestiçagem, especialmente a uma suposta contribuição negativa dos negros na miscigenação (ODA; DALGARARRONDO, 2000, p. 1).

Acreditava-se que a miscigenação influenciava ou determinava o desenvolvimento de doenças entre os brasileiros, inclusive as mentais. Por isso, havia a preocupação em tornar a raça pura, não permitindo a miscigenação.

Em relação as legislações que influenciaram ao tratamento dispensado ao louco, Silva e Holanda (2014) apontam que no ano de 1903 o governo republicano publica o Decreto 1.132/1903, que sanciona a reorganização da assistência aos alienados por meio da Lei Federal de Assistência aos Alienados assinada pelo

¹⁰ Dr. Juliano Moreira (1873-1933), nascido em Salvador, Bahia no ano de 1873, filho de gente humilde, tornou-se médico aos 19 anos de idade, aprendeu alemão, inglês e francês, idiomas que o auxiliaram a recolher influências estrangeiras ajudou a reverenciar seu trabalho fora do país. Organizou a maior biblioteca de Psiquiatria da América Latina, com publicações de vários países, hoje abrigada no Instituto Municipal Nise da Silveira. Tornou-se em 1903 diretor do Hospício Nacional de Alienados, da Praia Vermelha, cargo que ocupou por 27 anos, acumulando posteriormente com a Direção Geral da Assistência aos Alienados no Brasil (BRASIL, 2008).

Presidente da República Rodrigues Alves (1902-1906), trazendo já em seu primeiro artigo e seus respectivos parágrafos a orientação para o recolhimento do indivíduo que representasse perigo ou ameaça à ordem pública. De acordo com o Decreto 1.132/19003,

Art. 1º O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará efetiva em estabelecimento dessa espécie, quer público, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Si a ordem pública exigir a internação de um alienado, será provisória sua admissão em asilo público ou particular, devendo o diretor do estabelecimento, dentro em 24 horas, comunicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o ocorrido a respeito, instruindo o relatório com a observação médica que houver sido feita (BRASIL, 1903).

No cenário mundial, no final do século XIX, havia um embate entre duas vertentes que se propunham a explicar doença mental. De um lado, a psiquiatria biológica, para qual o cérebro era o responsável pelo transtorno mental, e do outro lado, alguns psiquiatras em conjunto com a psicanálise, psicológico psicodinâmica que explicavam a doença mental como um desdobramento do contexto social atrelado a psique do indivíduo (OLIVEIRA, 2012).

Apesar do embate entre essas duas vertentes, a teoria psiquiátrica biomédica de cunho organicista baseada nos pressupostos de Morel e Emil Kraepelin passa a ser hegemônica no Brasil. Para esta teoria, o cérebro era o responsável pelas desordens que desencadeavam esses transtornos mentais. E por ser desta forma, essas doenças poderiam ser hereditárias. Dito de outro modo,

[...] quando a herança mórbida se transforma no eixo articulador da psiquiatria, na segunda metade do século XIX, o discurso da localização de patologias no corpo, particularmente no cérebro, se transforma em hegemônico. Tal transformação significa que a herança e localização cerebral não são necessariamente excludentes; pelo contrário, uma se legitima pela outra; a causa última de patologias mentais hereditárias deverá ser procurada, para Morel, Magnan e seus sucessores, no interior do cérebro (CAPONI, 2012, p. 56).

Nessa época, mais precisamente entre os anos de 1903 e 1921, Kraepelin intensifica seus estudos em Munique, de onde resulta uma nosografia detalhada com a classificação das principais doenças mentais, “que de forma um tanto modificada, constitui até hoje a base da clínica psiquiátrica [...]” (OLIVEIRA, 2012, p. 162). A classificação das doenças mentais e suas inerentes características foram a base para a criação do DSM, resultado de uma análise minuciosa das características

demonstradas pelos pacientes. Apesar de ter sofrido algumas modificações ao longo do tempo, ainda permanece na atualidade, sendo através dela que são diagnosticadas as patologias. É uma espécie de manual para psiquiatria.

A psiquiatria brasileira sofreu fortemente a influência da psiquiatria desenvolvida por Kraepelin no final do século XIX e XX. Nesse ínterim, faz-se relevante ressaltar que:

Kraepelin foi um grande influenciador dos pressupostos adotados no Brasil para os estudos médicos nos anos noventa, contudo essa influência perde forças em meados do mesmo século, mas foram surpreendentemente recuperados pelos chamados neokraepelianos por volta de 1976 (SILVA, 2022, p. 9).

Para esta teoria organicista, como visto anteriormente, o indivíduo acometido por algum tipo de transtorno mental era visto e tratado como seres incapazes e inaptos para o trabalho.

A crença organicista da improdutividade do paciente e da incurabilidade da doença mental incorporou-se na psiquiatria e potencializou tanto a impugnação dos direitos dos pacientes quanto a sensação de impotência terapêutica frente a fatalidade de sua inútil eterna condição. (BASAGLIA, 1985 apud OLIVEIRA, 2012, p. 163)

Além de um ser considerado perigoso, que ameaça à ordem vigente, o doente mental passa a ser visto agora também como um ser incapaz, improdutivo. Já havia perdido sua liberdade e sua credibilidade perante à sociedade que, de certa forma, preferia-o distante de seu campo visual. Agora, além de isolado, sua tutela passaria a outro. E essa constatação era apenas a que estava mais visível. Isso sem considerar a violência institucional a qual estava exposto. “[...] aí se iniciou uma aliança que iria perdurar até os dias atuais; uma aliança complexa e contraditória, complementar entre a psiquiatria e o direito, e de limites às vezes imprecisos” (DESVIAT, 2015, p. 24).

Em 1910 foi construída a Colônia do Engenho de Dentro, a princípio para atender um quantitativo de 200 pacientes. Contudo, há apenas um ano de sua construção, precisou ampliar os espaços para abrigar o contingente excedente. Desta feita, construíram um novo pavilhão para outras 200 pacientes (BRASIL, 2008), fato que ocorreu devido ao aumento da demanda e a insuficiência de espaço físico para abrigar os alienados.

Em 1918, o Dr. Gustavo Ridel assume a direção da Colônia de Alienados, permanecendo no cargo até 1932. Em sua gestão, cria o primeiro ambulatório psiquiátrico da América Latina, que recebeu o nome Alienadas do Engenho de Dentro,

onde desenvolveu um trabalho voltado à prevenção dos distúrbios mentais por intermédio do “aconselhamento genético” (BRASIL, 2008). Apesar do movimento de higiene mental só haver surgido em 1923, já havia essa preocupação com a questão do desenvolvimento do embranquecimento da raça desde a libertação da escravatura.

Nesse sentido, de acordo com Cano (2012), ao analisar ainda que de forma sucinta o contexto socioeconômico na década de 1920 no Brasil, é possível perceber que ela é caracterizada pela transição do modelo de exportação primária para acumulação interior de produtos como o café, devido à crise de 1929, com a quebra da bolsa de valores nos EUA. Esses desdobramentos implicaram em mudanças no contexto socioeconômico do país.

Por um lado, embora o período fosse “amortecedor de tensões” (com o grande aumento do emprego e da massa de salários e de lucros), o ciclo expansivo trouxe inevitável aumento de conflitos: excesso de capacidade produtiva (café e alguns setores industriais); maior organização da classe trabalhadora; conflitos de interesses entre frações da burguesia; alta de preços; reivindicações por mais direitos sociais e expansão do movimento revolucionário tenentista, que culminaria nas Revoluções de 1922, de 1924, da Coluna Prestes nesse mesmo ano, e, ao final do período, na Revolução de 1930 (CANO, 2012, p. 82).

Concomitante aos desdobramentos ocorridos no país, ocorre em 1921 a inauguração do Manicômio Judiciário. Esta instituição estava encarregada do tratar dos doentes mentais que cometessem delitos. Dois anos depois, o psiquiatra Gustavo Riedel cria a Liga Brasileira de Saúde Mental (1923). Esse movimento não era apenas um movimento particular, mas fora criado com recursos federais e dele participaram os mais renomados psiquiatras da época. As influências das ideias sobre eugenia oriundas da Alemanha, França e EUA, como também os referentes ao contexto político, mudaram o seu direcionamento. Todos os esforços a partir de então foram empreendidos para inibir os doentes mentais (COSTA, 2007 *apud* SEIXAS; MOTA; ZILBREMANN, 2009)

Se quando da sua criação o intuito da Liga Brasileira era ofertar, modernizar os serviços psiquiátricos para proporcionar uma melhor assistência aos doentes mentais, ao incorporar o ideal eugênico, modifica totalmente o seu foco (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021). De uma provável melhor assistência, passaram a ser perseguidos, pois não se encaixavam nos padrões que proveriam uma nação forte, desenvolvida, antes eram vistos como empecilho ao desenvolvimento do país.

Em 1924, ocorre o I Congresso Brasileiro de Higiene Mental que debateu a teoria eugênica no país. Essas ideias repercutiram tanto ao ponto de na Constituição Federal de 1934, em seu Artigo 138, mencionar a educação eugênica nas escolas. (BRASIL, 1934) como forma de construir uma nação próspera, a exemplo das ideias disseminadas pela Europa.

Conforme Venâncio (2007), a década de 30 foi um período de reformulação no campo da saúde, com a criação de ações direcionadas especificamente por doença e, na década subsequente, ocorreu uma certa modernização na área da saúde,

[...] uma articulação com a história das políticas de saúde mais amplas demonstra como, a partir dos anos 30, houve um processo de reforma de saúde com a criação de serviços nacionais por doenças produzindo uma verticalização das ações, atreladas a enfermidades específicas. De um modo geral as ações políticas-assistenciais iniciadas na década de 1940 para a área psiquiátrica foram organizadas no contexto de um processo de modernização, centralização e nacionalização da assistência mais ampla de saúde [...] (VENÂNCIO, 2007, p.1416-1417).

De acordo com Pedroso e Lobo (2015), num contexto de modernização, o Brasil recebe influência dos tratamentos desenvolvidos na Europa e EUA no campo psiquiátrico. E em 1936, implementa a prática da lobotomia nos pacientes internados nos manicômios. Essa prática perdurou no país até 1956, mesmo após o Código de Nuremberg, em 1947, ter estabelecido parâmetros para experimentos utilizando seres humanos em pesquisas, dentre os quais esta prática estava totalmente em desacordo (PEDROSO; LOBO, 2015). Para que tal prática continuasse existindo mesmo após a proibição deste código, subtende-se que houve negligência ou concordância dos poderes públicos da época.

No ano de 1941, através do Decreto-Lei nº. 3.171, o Serviço Nacional de Doenças Mentais passa a compor o Departamento da Saúde, passando a ser responsável pelos serviços desenvolvidos pela “Divisão da Assistência à Psicopatas no Distrito Federal” (BRASIL, 1941). Esse decreto visava uma reorganização do Departamento de Saúde, que até então estava vinculado ao Ministério da Educação e Saúde.

De 1941 a 1954, há uma expansão dos hospitais psiquiátricos. A demanda por internações cresceu tanto ao ponto de os espaços tornaram-se insuficientes para abrigar os internos, de modo que as verbas estavam defasadas em relação ao grande contingente de pessoas internas (ODA; DALGARARRONDO, 2005 *apud* SILVA; HOLANDA, 2014), acarretando, conseqüentemente, precárias condições, para não

dizer desumanas. Contudo, esta problemática era uma situação frequente desde a criação do primeiro hospício no Brasil.

Essa expansão dos hospitais psiquiátricos se deu através do Decreto 8.550, de 1946, que autorizava os convênios com os serviços psiquiátricos por meio da doação, construção e manutenção, inclusive com o pagamento de funcionários com recursos públicos estaduais e federais em vários estados. Nessa década também foram introduzidos no tratamento psiquiátrico o “choque cardiazólico, a insulino-terapia, a eletroconvulsoterapia, práticas utilizadas na psiquiatria biológica” (SAMPAIO, 1988 *apud* PAULIN; TURATO, 2004, p.243-244). O financiamento para construção e manutenção desses hospitais saía dos cofres públicos, mas eram geridos pelo privado.

Neste cenário de mudanças relevantes para o campo da saúde mental, Macedo (2021, p. 31) aponta em 1946 a criação da “Seção de Terapêutica ocupacional e Reabilitação desenvolvida pela Psiquiatra alagoana Nise da Silveira no Centro Psiquiátrico, no Engenho de Dentro bairro da periferia no Rio de Janeiro”. Ela visava que as ações de cuidado e tratamento desenvolvidos pela psiquiatria fossem pautadas no atendimento ético e humanizado. Por isso, foi veementemente contra o desenvolvimento de práticas consideradas inovadoras, por considerá-las desumanas, antiéticas.

Nessa época, o emprego de novos métodos de tratamentos, considerados como revolucionários e tecnológicos pela psiquiatria convencional, foi bastante valorizado e amplamente aplicado, por exemplo, as intervenções cirúrgicas cerebrais de lobotomias, os comas insulínicos (Sakel), as convulsões terapia de cardiazol (von Meduna) e as séries de eletroconvulsoterapia (eletrochoque- ECT) proposto por Ugo Cerletti e Bini. Mas, essas novas técnicas de tratamentos psiquiátricos foram totalmente descartadas e recusadas por Nise, por considerá-las como práticas “violentas e de torturas”. Sublinhou Nise: “O eletrochoque é uma espécie de tortura. Pessoas tem morrido deste tratamento. Alguns aguentam, outras não. Após meu retorno ao hospital, não aplicá-lo foi minha primeira rebeldia (HORTA, 2008, p. 87 *apud* MACEDO, 2021, p.31)

Nesta época, os hospitais psiquiátricos concentravam-se nas principais cidades do país, acarretando um alto fluxo e, conseqüente, superlotação.

A Política de assistência aos alienados, neste momento, está restrita às regiões das principais cidades, das capitais mais importantes. Essa centralidade política geográfica persistiria em lei até o ano de 1946 quando se verifica a primeira menção legislativa à interiorização e regionalização da assistência em saúde mental (SILVA e HOLANDA, 2014, p.133)

A partir de 1953, o setor Saúde é desmembrado do Ministério da Educação e Saúde, tendo como função ofertar condições de proteção e recuperação da saúde. Neste sentido, apesar do aumento do número de hospitais psiquiátricos no país, a situação de superlotação e de exclusão não havia sido resolvida. Assim, com a mudança de governo:

[...] A sociedade, entretanto, se modernizava. Juscelino Kubitschek assumira o poder, implantando uma política de industrialização, urbanização e desenvolvimento. A democracia liberal atingia o apogeu e surgia uma nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhor qualidade de atendimento na área de saúde, inclusive na de saúde mental. Um novo ator institucional começava a despontar: o hospital psiquiátrico privado (PAULIN; TURATO, 2004, p. 244).

Na década de 50 ocorre a descoberta dos primeiros psicofármacos. Essa descoberta representa um avanço no tratamento psiquiátrico. Entretanto, o posicionamento adotado quanto ao uso muitas vezes ocorre de forma antiética, como o uso indiscriminado dos medicamentos como forma de “coerção e violência ou por imposição da indústria farmacêutica” (AMARANTE, 2007, 1994, p. 79). Apesar de ser um fato notável, a descoberta dos remédios psicotrópicos, o resultado obtido com o seu uso não acompanhou o ocorrido no cenário mundial com a redução das internações. Ao contrário, no Brasil, o efeito obtido foi o uso exacerbado dos medicamentos a serviço do modelo hospitalocêntrico.

Já em meados da década de 60, o Brasil vive o período de golpe militar. Inicia-se um período de autocracia burguesa. Há forte repressão, inclusive com o uso de força, tortura e extradição. É também um período que há um exceção crescimento econômico e uma precarização das classes menos abastadas. É exatamente neste contexto de cerceamento da liberdade de expressão e dos direitos que há um levante por parte da sociedade em prol de seus direitos, pela luta pela democracia.

Espelhados no momento de contracultura ocorrido nos EUA nos anos 60, muitos jovens empreenderam movimentos de resistência e luta contra os desmandos do período ditatorial ocorrido no Brasil. Em consequência, como forma de represália do Estado a esse movimento, muitos jovens “foram perseguidos, exilados e vistos como loucos e desta forma, internados em hospitais psiquiátricos” (OLIVEIRA, 2011, p. 142). Contudo, as manifestações e o movimento de luta por direitos só ganhavam mais força.

A incorporação de uma visão crítica proveniente da Antipsiquiatria nos anos 60, e posteriormente aliada aos Movimentos de Saúde Mental nos anos 70, os avanços e

influência da Itália com a Psiquiatria Democrática de Basaglia para o Brasil e o desenvolvimento dos psicofármacos, a humanização do corpo médico em resposta à psiquiatria convencional, impulsionaram as lutas por melhoria na saúde e saúde mental (VASCONCELOS, 2002). Todos esses elementos em conjunto contribuíram de forma significativa para o fortalecimento e desenvolvimento das próximas ações desse movimento, mesmo que em um cenário de repressão proveniente mais precisamente da Ditadura Militar.

No Brasil dos anos 70, o modelo de Comunidade Terapêutica desfrutava de grande prestígio, pois era então o principal marco referencial dessa iniciativa de psiquiatria reformada (DUARTE, 2000). Sua dinâmica de funcionamento implicava o emprego parcimonioso de psicofármacos e o envolvimento intensivo dos pacientes numa rotina de atividades e reuniões de grupos operativos, em participação nas decisões, inclusive administrativas, dos hospitais etc., tudo subordinado à uma compulsão quase militar pelo ordenamento de uma sociedade ideal (DUARTE, 2000 *apud* BARRETO, 2005).

No ano de 1970, mesmo sob forte pressão da ditadura militar, ficaram marcadas denúncias que relatavam os maus tratos infligidos às pessoas com transtorno mental no interior das instituições que eram regidas por um modelo de atenção à saúde mental baseado na institucionalização dos sujeitos dos serviços (OLIVEIRA, 2023).

2.2 Reforma Psiquiátrica

Nos finais dos anos 70, num contexto conturbado de lutas por direitos, direitos estes suprimidos e reprimidos durante o período no qual o país vivenciava as arbitrariedades do regime ditatorial, eis que se levanta o Movimento de Reforma Sanitária, que dará as bases, em 1980, ao processo de Reforma da saúde no Brasil e influenciará a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica se configura não apenas como mudança de um subsetor, mas como um processo político de transformação social. [...] Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente, e o processo de sua construção

não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (YASUI, 2010, p. 32).

Em 1971, o Hospital Colônia de Barbacena de Minas Gerais é alvo de inúmeras denúncias por parte de deputados na Assembleia Legislativa. A principal denúncia foi a da venda de cadáveres para instituições de medicina. Segundo Neto e Dunker (2017), em resposta a estas denúncias, foram cancelados os convênios com as Faculdades de Medicina.

Conforme Sampaio e Junior (2021), outros eventos de significativa importância para o Movimento de Reforma Psiquiátrica ocorreram em 1978, a exemplo do “I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições”, com a participação de expoentes internacionais, e também o “V Congresso de Psiquiatria”. Tanto o simpósio quanto o congresso fortaleceram o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Outrossim, as denúncias sobre os tratamentos desumanos oferecidos nessas instituições provocaram um despertar para a sociedade que até então estava alheia a real situação em que estavam às pessoas internas nestes locais que “pregavam recuperação”, quando na verdade, proporcionavam o agravamento dos mais diversos tipos de sofrimento psíquico.

Em 1978 em pleno regime militar, diversos profissionais e estagiários denunciam as péssimas condições de trabalho e de tratamento ofertados aos pacientes em sofrimento psíquico internados nos hospitais psiquiátricos. O governo militar, em resposta, demite muitos profissionais e estagiários. Tal atitude visava coibir e silenciar essas reivindicações, entretanto, serviu como estopim para que aumentasse ainda mais as insatisfações e que outros trabalhadores da saúde se unissem a esses em prol dessa luta (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021).

Além dessas denúncias, vieram à tona reivindicações por melhores condições de trabalho e ampliação dos serviços de saúde mental. Nessa perspectiva, em resposta a esse movimento, nasce a Reforma Sanitária, fruto da iniciativa desses movimentos dos trabalhadores da saúde em geral, que tinha como premissa a criação de um sistema de saúde em âmbito regional, com serviços integrados e que respeitasse a hierarquia. É nesse período que o MTSM lança o plano PREV-SAÚDE, que mais tarde recebeu o nome de Reforma Sanitária, movimento responsável pelas modificações na saúde nacional (VASCONCELOS, 2002).

Em consequência desses acontecimentos, que ficou conhecido como Crise da Dinsam, outras denúncias surgiram relativas às violações de direitos, insalubres

condições de habitação, infraestrutura inadequada e ineficiente para abrigar o quantitativo de pacientes em alguns hospitais psiquiátricos no Brasil. Assim, nesse contexto de reivindicações por direitos sociais, surge, em 1979, o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), dando sequência à luta por cidadania e por um tratamento mais digno aos indivíduos vítimas dessas atrocidades praticadas dentro dos locais tido exclusivos para tratamento. Apresentou ainda como objetivo uma psiquiatria que não se ocupasse apenas da doença como até então ocorria, mas antes enxergasse o paciente como um ser humano, merecedor de um tratamento digno e em condições adequadas de tratamento.

Esse movimento ganhou corpo e a eles foram se articulando outros segmentos da sociedade, a exemplo dos familiares, dos próprios pacientes e de algumas partes da sociedade. Alcançou visibilidade nos meios de comunicação em rede nacional o sofrimento aos quais estavam expostos e submetidos diariamente esses pacientes.

Neste mesmo ano, em sequência aos eventos que corroboraram para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ocorreu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Nesta ocasião, Franco Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena e, mediante as precárias condições as quais estavam submetidos os internos, deflagrou denúncia que ganhou visibilidade nacional (AMARANTE, 2013 *apud* SAMPAIO; JÚNIOR, 2021).

O Hospital de Barbacena foi alvo de investigação jornalística em 1979, que culminou com um documento e um livro chamado Holocausto Brasileiro. Nestes, além das denúncias já citadas, outras tantas aparecem. Entre elas, as condições de vida degradantes, a exposição ao frio e ao calor e superlotação, a ponto de muitos internos dormirem amontoados uns sob os outros, acarretando esmagamento e morte. Como a capacidade era inferior ao quantitativo que estava internado, as camas haviam sido retiradas e eles dormiam sobre capim. Não havia água potável e a comida era insuficiente, de modo que muitos morreram de fome, de frio, entre outras causas (HARBEX, 2013).

A situação em que viviam estes internos no referido Hospital Colônia de Barbacena chegou a ser comparado com um campo de concentração, um verdadeiro holocausto, quando da visita de Basaglia ao Brasil. Essas e outras denúncias vieram a público e contribuíram para que segmentos da sociedade empreendessem o início de uma luta rumo à Reforma Psiquiátrica no Brasil.

De acordo com Vasconcelos (2002), entre os anos de 1978 a 1982, os movimentos dos trabalhadores de saúde mental e os demais movimentos sociais

fizeram várias denúncias sobre as precárias condições e a falta de humanização no tratamento dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos.

Assim, os hospitais psiquiátricos privados que tinham convênio com o INAMPS foram considerados indústrias da loucura, tamanha disparidade entre os recursos destinados à saúde mental e o tratamento desumano ofertados aos loucos. É nesse cenário permeado por lutas, por mudança na visão da doença mental e de melhoria na qualidade dos serviços ofertados às pessoas em sofrimento psíquico que surgem diversas denúncias como as relativas aos gastos com os pacientes psiquiátricos não serem compatíveis com as péssimas condições de higiene, alojamento, alimentação e tratamento dispensado a eles. O uso da máquina pública a serviço do capital (VASCONCELOS, 2002). Houve a inserção de integrantes do MTSM nas secretarias de saúde destes estados e, conseqüentemente, um avanço no processo da Reforma Psiquiátrica, como a intervenção nos hospitais psiquiátricos públicos e privados. (*Ibidem*, 2002).

Dessa forma, procurava coibir o que fora denunciado como indústria da loucura no Brasil. Essas e outras denúncias, aliadas as influências das psiquiatrias reformadas e especialmente da Reforma Psiquiátrica Italiana, ocorrida com a aprovação da Lei 180/1978, foram de suma importância para que se avançasse no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Conforme Rotelli (2001), a Itália foi o único país que aboliu o Hospital psiquiátrico da rede de assistência aos indivíduos internados.

Em resposta aos anseios da população e da luta por um sistema de saúde gratuito e universal, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Por intermédio dos debates realizados nesta conferência, foram gestadas as bases para a Constituição Federal (1988), ao reconhecer a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, como também propiciaram que o Sistema Único de Saúde (SUS) se consolidasse em 1990 (BRASIL, 2019).

Essa conferência ressaltou que de nada adiantaria uma reforma meramente estrutural ou financeira no contexto da política de saúde se atrelada a esta não houvesse concomitantemente uma mudança ou ampliação do conceito de saúde. Acrescentou ainda que o movimento de Reforma Sanitária lançou as bases para discussão de temáticas que permearam o cenário nacional e se agravaram durante o período ditatorial (BRASIL, 2019), período de forte repressão e cerceamento de direitos, expansão indiscriminada de hospitais psiquiátricos, e inúmeras internações arbitrárias. É importante lembrar:

As discussões realizadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde acabaram produzindo consequências como a valorização da saúde mental, destacando-se, nesse sentido, o combate à psiquiatrização nos processos de natureza social; a participação da população nas políticas de saúde mental; a valorização dos espaços comunitários, como promotores de saúde mental, e a priorização dos investimentos em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, em oposição ao hospital psiquiátrico [...] (LIMA, 2013, p. 36).

De acordo com Brasil (1988), em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a participação de diversos segmentos da sociedade civil para debater a questão da saúde mental no Brasil. A conferência foi de suma importância, pois abordou os impactos socioeconômicos na saúde mental, a questão da Reforma sanitária e suas contribuições para reorganizar a assistência à saúde mental e a doença mental no âmbito da cidadania. As discussões realizadas nesta conferência dão sequência às propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde sobre a necessidade da construção de um sistema de saúde descentralizado e universal e que incluía também a saúde mental.

Assim, em perspectiva pela construção de dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, surge o primeiro CAPS.

Ainda no ano de 1987 foi criado o primeiro CAPS do país em São Paulo, que recebeu o nome de CAPS Luiz da Rocha Cerqueira e se tornou modelo de referência para a geração dos outros CAPS. Mesmo sem haver nenhum tipo de incentivo, o Estado de São Paulo é pioneiro nessa experiência [...] (TRINDADE, 2007, p. 55).

De acordo com Brasil (1988), os impactos a saúde mental dos trabalhadores são ocasionados pela engrenagem que controla o país, a saber: o capitalismo e o Estado. Destaca ainda que são estes que ditam as regras que regem o país, as relações sociais e garantem a manutenção do capital em detrimento da classe trabalhadora. Dessa forma, com o conceito ampliado de saúde para além da ausência de doenças, pela OMS, houve o reconhecimento de que os determinantes sociais influenciam decisivamente no agravamento da saúde dos indivíduos (BRASIL, 1998). Daí a importância de reconhecer que os determinantes sociais atuam intrinsecamente no processo saúde-doença, o que implica na necessária construção de políticas sociais que visem diminuir essa problemática.

Nesse sentido, para que de fato haja uma mudança eficaz na saúde, as ações do governo devem englobar outras políticas sociais, como as de emprego, moradia, educação, dentre outras, sob responsabilidade do Estado, visto que a saúde, como

um todo, é diretamente afetada e agravada pelas condições desumanas impostas pelo capitalismo nas sociedades em que este impera sobre a proteção do Estado (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, a saúde mental no Brasil é o reflexo direto do predomínio do sistema capitalista de produção e das políticas sociais sob o comando do Estado, que visam apenas manter o controle social e não resolver, de fato, as expressões da questão social no país (BRASIL, 1988). É importante destacar que nas sociedades capitalistas a saúde mental serve como mecanismo de “classificação e exclusão dos ‘incapacitados’ para a produção e para o “convívio social” (BRASIL, 1988, p.12).

Tendo como base o quesito “Reforma Sanitária e reorganização da assistência em saúde mental” proposto na I Conferência de Saúde Mental, há um consenso de que deve haver uma mudança do modelo hospitalocêntrico para uma rede de serviços extra hospitalar, com equipe multiprofissional, com redução progressiva dos leitos psiquiátricos, com o encaminhamento de pacientes para os hospitais gerais e a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos, entre outros. Essas determinações visam fortalecer o processo de desinstitucionalização (BRASIL, 1988). As mudanças propostas visam a extinção do modelo de tratamento psiquiátrico hospitalocêntrico, por entender que este é ineficaz, excludente e acarreta enormes prejuízos à saúde mental.

Em consonância com as conferências, a promulgação da Constituição Federal de 1988, a articulação dessas categorias sociais e para responder aos anseios e lutas, junta-se também o então Deputado Paulo Delgado (PT/MG), que encaminha ao Congresso o Projeto de Lei PL3657/1989. A ementa deste projeto preconizava, a exemplo do que ocorreu na Itália, a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentação da psiquiatria compulsória” (BRASIL, 1989).

Contudo, como essas mudanças atingiam diretamente não só os hospitais psiquiátricos públicos, mas também os privados que obtinham lucro com essa situação, houve uma certa morosidade no processo de aprovação, tanto que só foi aprovado após 12 anos de tramitação no Congresso; não nos termos a que se propunha. Houve modificações entre as quais os direcionamentos do modelo de assistência à saúde mental e dispôs sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 1989).

Em 1990, ocorre a consolidação do SUS, com a regulamentação da lei 8080. Esta dispõe e estabelece um sistema de saúde universal, gratuito e integral como forma de promover, prevenir e assegurar um melhor tratamento a população. Pautado nos princípios universalidade, saúde para todos; equidade; integralidade, este princípio aciona outras políticas sociais que visam incidir sobre os determinantes sociais (BRASIL, 1990). É necessário criar mecanismos que visem o controle social, assim como garantir a participação da população nesse controle. Em consonância com esta necessidade de controle das políticas públicas, é sancionada a Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Dando sequência ao contexto de reivindicações a respeito da saúde mental, ocorre em 1992 a II Conferência de Saúde Mental. As discussões se estabeleceram em torno de três temáticas: “crise, democracia e reforma psiquiátrica; modelos de atenção e em saúde mental; direitos e cidadania. O relatório final subdivide-se em três partes: marcos conceituais; atenção à saúde mental e municipalização; direitos e legislação” (BRASIL, 1992).

Nesta conferência há o enfoque na mudança do sistema hospitalocêntrico para uma rede de serviços em rede, que propicie a desospitalização por meio de ações e programas de governo em articulação com a comunidade, uma reforma pautada nos princípios do SUS. Ressaltou ainda a importância de se entender “as relações entre cidadania, estado e sociedade” (BRASIL, 2001, p.16), de modo a fortalecer a democracia na luta por direitos com a participação das sociedades.

Em sequência, ocorre a Declaração de Caracas, que foi assinada em 14 de novembro de 1994, na Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica realizada em Caracas, na América Latina. Esse acordo foi de suma importância, pois abordou e discutiu estratégias já adotadas tanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) para reestruturação da assistência psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Considerando o modelo convencional de psiquiatria desenvolvido em âmbito mundial, percebeu-se a necessidade de reformular essa prática. Os países reunidos neste evento chegaram de comum acordo à conclusão de que esse modelo assistência hospitalocêntrico acarretava desassistência. E então se tornaram signatários desta declaração. Assinaram o pacto e se comprometeram a executar as mudanças propostas nessa conferência (BRASIL, 2001).

Com base na Declaração de Caracas, a análise da psiquiatria convencional adotada em muitos países identificou que retirar o paciente do seu convívio social e isolá-lo não propiciava, como se pensava há bem pouco tempo, em estratégia eficaz para o seu cuidado e tratamento, ou que, de alguma forma, permitisse a tão esperada cura. Essa postura antes acarreta a perda da autonomia dos sujeitos, da sua capacidade de interagir com o meio e a sociedade, além da perda de sua cidadania e de direitos humanos e sociais. Apontou ainda que o sistema de assistência as pessoas em sofrimento psíquico baseado unicamente no hospital psiquiátrico como figura central para o tratamento têm acarretado inúmeros prejuízos e, na atualidade, tem se mostrado obsoleto e ineficaz.

Entendemos que alguns elementos precisam ser elencados como aspectos importantes a serem adotados pelos países e demais entidades envolvidas no campo da assistência psiquiátrica para a reestruturação desses serviços. É importante ainda destacar que estes serviços devem estar ligados ao Atendimento Primário de Saúde; devem de ser desenvolvidos em caráter regionalizado; o tratamento ofertado deve salvaguardar a dignidade e garantia dos direitos dos sujeitos envolvidos neste processo; o atendimento deve ocorrer no âmbito da comunidade, de forma “descentralizada, participativa, integral, contínuo e preventivo”, entre outros (BRASIL, 2001). A adoção dessas medidas se assemelha aos princípios organizativos do SUS e visa um atendimento focado na área de abrangência dos indivíduos, permitindo a manutenção da proximidade com a família e com o convívio social.

Em 10 de novembro de 1999 foi sancionada a lei 9.867 pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, cujo projeto inicial foi do Deputado Paulo Delgado. Esta lei dispõe sobre a criação e funcionamento das Cooperativas Sociais que tem como objetivo central permitir a inserção de grupos minoritários ao mercado de trabalho, inclusive com capacitação profissional. Entre os componentes destes grupos estão aquelas pessoas com algum tipo de “deficiência física, mental ou sensoriais como os egressos de internações psiquiátricas, dependentes químicos; jovens ou adolescentes em vulnerabilidade social; os egressos de prisões ou cumprindo medidas socioeducativas” (BRASIL, 2001). Esta legislação visa promover a dignidade do ser humano, mais especificamente para esses grupos minoritários, pois permite sua inserção num posto de trabalho e, por meio deste, inclusão socioeconômica e, conseqüentemente, o acesso a uma vida digna.

A Lei 10.216, ou Lei da Reforma Psiquiátrica, ou ainda Lei Paulo Delgado, é aprovada no ano de 2001, é um marco no bojo das lutas e movimento antimanicomial. Esta lei versa sobre o direito a um tratamento digno, sigiloso e em acordo com as demandas dos pacientes, proteção contra qualquer abuso, explicações quanto ao seu quadro clínico, tratamento, internamentos - este quando todos os serviços extra hospitalar se mostrar ineficaz -, entre outros (BRASIL, 2002). Essa legislação é resultante da luta empreendida pelos movimentos sociais em prol de melhores condições de tratamento e dignidade para as pessoas em sofrimento psíquico.

Em sequência à publicação de legislações que proporcionam uma expansão ao processo de desinstitucionalização no país, em 2002, através da Portaria n°. 336/GM/MS, ocorre a regulamentação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), importante dispositivo criado para substituir progressivamente os hospitais psiquiátricos. Ocorre também a publicação da normativa que determina a inclusão do “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras drogas”. Ainda em 2003, é sancionada a Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A Lei 10.708, responsável pela criação do Programa de Volta para Casa, é aprovada no ano de 2003. Este programa tem como objetivo restituir o direito à convivência e moradia familiar. Visa conceder auxílio reabilitação aos pacientes psiquiátricos com histórico de longos períodos de internação. Ou seja, para ter direito a este benefício, o paciente tem que ter passado no mínimo 2 anos ou mais de forma ininterruptos (BRASIL, 2003).

Com base no disposto em sua normativa, compreendemos que este auxílio visa a inclusão social e fomenta o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no país, de modo que esse processo seja realizado de forma programada e planejada. O programa é um dos dispositivos que compõem as ações que coaduna com o que preconiza a Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica, mais precisamente no que está disposto em seu artigo 5°.

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo poder executivo assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001)

Sem sombra de dúvidas, este programa é uma conquista para o campo da saúde mental. Entretanto, quando analisamos que em 2003 o valor determinado era de duzentos e quarenta reais, indagamo-nos se, de fato, o valor deste benefício permite o acesso ao mínimo necessário para um indivíduo se manter. Em 2023, o valor atual do auxílio é de quinhentos reais. Quando analisamos, percebemos que houve um acréscimo de 260 no seu valor inicial durante um período de 20 anos, o que nos dá um montante de 13 reais a cada ano, o que demonstra que este valor está defasado se considerarmos o aumento do custo de vida devido à inflação.

De acordo com Brasil (2010), outro evento de salutar importância ocorreu em 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesta conferência foi proposto o desenvolvimento de políticas públicas que incluam o âmbito cultural tanto na saúde como na saúde mental. E por meio dessa, promover a inserção das pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico na sociedade. Entretanto, estas políticas não devem ter caráter esporádicos ou eventuais. Ou seja, devem abarcar as três esferas de governo, assim como prover os meios para divulgar e produzir ações culturais que se concretizem nos espaços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

De acordo com Trindade (2007), apesar de todo o progresso alcançado com a aprovação da Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica, não havia sido determinado de que forma se daria essa substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos e nem como funcionaria essa rede de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico. Somente em 2011 é instituída, por meio da Portaria 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

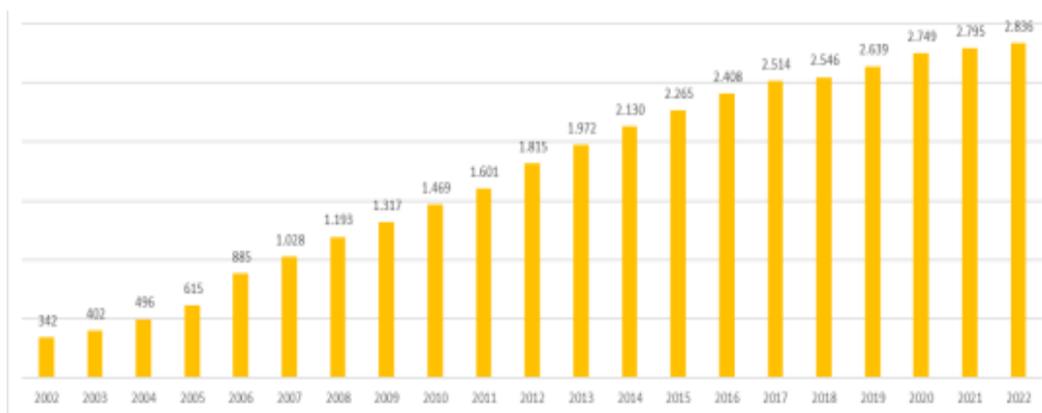
A RAPS engloba os serviços: Atenção Primária; Atenção Especializada; Atenção às Urgências e Emergências; Atenção Residencial de caráter transitório; Atenção Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação. A Atenção Primária é responsável por diagnosticar, identificar e encaminhar para os órgãos competentes os diversos quadros clínicos, assim como o uso ou abuso de álcool e/ou outras drogas. Esse tipo de Atenção é composto por: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Consultório na Rua (ECR) (BRASIL, 2022).

A Atenção Especializada é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e estes são divididos em tipologia (CAPS, CAPS i, CAPS AD), direcionando o seu público-alvo quanto ao porte (I, II, III, IV), de acordo com o quantitativo

populacional. Fazem parte também as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental – eMAES (BRASIL, 2022).

Cabe salientar que a proposta de criação dos CAPS surgiu como dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, com foco na atuação territorial e comunitária, já que, em tese, de acordo com a Reforma Psiquiátrica, haveria a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos.

Gráfico 1 – Panorama histórico dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Brasil.



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (2022).

Quadro 1 – Série histórica do número de Caps habilitados no Brasil por tipo (Brasil, dez. - 2010 a jun. - 2022)

ANO	Caps AD	Caps ADIII	Caps AD IV	Caps I	Caps II	Caps III	Caps infanto-juvenil	Total Geral
2010	190	1	-	712	383	57	126	1.469
2011	201	6	-	779	403	65	147	1.601
2012	231	29	-	873	437	73	172	1.815
2013	256	47	-	953	447	81	188	1.972
2014	274	68	-	1.044	456	88	200	2.130
2015	289	85	-	1.118	470	94	209	2.265
2016	304	104	-	1.184	490	100	226	2.408
2017	316	110	-	1.240	502	106	240	2.514
2018	316	111	-	1.257	507	107	248	2.546
2019	319	121	3	1.313	515	112	256	2.639
2020	331	128	3	1.366	526	121	274	2.749
2021	330	132	3	1.402	524	122	282	2.795
2022	331	135	3	1.428	528	126	285	2.836

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (2022).

O gráfico e a tabela acima mostram a evolução do quantitativo dos CAPS, a tipologia e os respectivos anos em que foram implantados. Percebe-se que desde 2010 (1.469) até 2022 (2.836) esse quantitativo quase que dobrou de número, o que

representa um avanço para o processo nos serviços de saúde mental, na oferta de tratamento e acompanhamento às pessoas em sofrimento em locais próximos à sua moradia, proporcionando a manutenção dos laços familiares e sociais.

Esses dispositivos visam ofertar uma assistência psiquiátrica pautada nos princípios:

Figura 1 – Princípios da RAPS.

Os princípios que norteiam os serviços de base territorial e comunitária para o cuidado da RAPS são:



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/SAS), Ministério da Saúde (2016), adaptado por NUTE-UFSC (2016).

Ainda de acordo com Brasil (2022), os serviços de Emergências são compostos pelo SAMU, UPA 24h, Salas de Estabilização e Pronto-Socorro, enquanto o componente Residencial de Acolhimento Transitório é constituído pelas Unidades de Acolhimento (UA) e as Comunidades Terapêuticas. Já os componentes de Estratégias de Desinstitucionalização e Acolhimento às pessoas com transtornos mentais em extrema vulnerabilidade e sem vínculos familiares é composto pelos Serviços Residenciais Terapêuticos I e II e pelo Programa de Volta para Casa (PVC) (BRASIL, 2022).

Em 2017, a RAPS sofreu alterações com a Portaria 3.588/2017. Entre essas, fica explícito que “os CAPS devem trabalhar em parceria com os serviços de “urgência

e emergência no que diz respeito ao nível de média complexidade para alta complexidade (hospital geral/hospital psiquiátrico) [...]” (BRASIL, 2022). Ou seja, com base nesses dados, é notório que, na análise da proposta da Reforma Psiquiátrica, os CAPS deveriam atuar como dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, e não em conjunto com estes. Essa é uma das mudanças ocorrida na RAPS que desvirtua o progresso estipulado pelas ações preconizadas pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2022). A presente mudança ocasiona a inserção dos hospitais psiquiátricos na RAPS.

Quadro 2 - Atualização dos CAPS no Brasil no ano de 2022 por Região

Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por indicador de CAPS/100 mil habitantes											
Região	UF	População Estimada (IBGE 2021)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS infanto-juvenil	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV	Total Geral	Relação de CAPS por 100 mil hab.
Centro-Oeste	Distrito Federal	3.094.325	1	3		2	4	3	-	13	0,42
Centro-Oeste	Goiás	7.206.589	50	15	3	3	7	3	-	81	1,12
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	2.839.188	17	6	3	2	3		1	32	1,13
Centro-Oeste	Mato Grosso	3.567.234	32	3		3	5		-	43	1,21
Centro-Oeste		16.707.336	100	27	6	10	19	6	1	169	1,01
Nordeste	Alagoas	3.365.351	55	7		1	2	1	-	66	1,96
Nordeste	Bahia	14.985.284	192	35	5	11	17	6	-	266	1,78
Nordeste	Ceará	9.240.580	79	30	4	11	23	5	-	152	1,64
Nordeste	Maranhão	7.153.262	55	17	4	3	7		-	86	1,20
Nordeste	Paraíba	4.059.905	71	8	5	12	6	11	-	113	2,78
Nordeste	Pernambuco	9.674.793	78	25	6	13	12	7	-	141	1,46
Nordeste	Piauí	3.289.290	43	11	1	2	7	2	-	66	2,01
Nordeste	Rio Grande do Norte	3.560.903	20	11	1	3	6	4	-	45	1,26
Nordeste	Sergipe	2.338.474	29	5	3	2	2	3	-	44	1,88
Nordeste		57.667.842	622	149	29	58	82	39	-	979	1,70
Norte	Acre	906.876	6	1				1	-	8	0,88
Norte	Amapá	877.613	2			1	1	1	-	5	0,57
Norte	Amazonas	4.269.995	16	4	2	1	1	1	-	25	0,59
Norte	Pará	8.777.124	60	17	5	4	7	1	-	94	1,07
Norte	Rondônia	1.815.278	14	5		1	1		-	21	1,16
Norte	Roraima	652.713	7	1	1	-	-	1	-	10	1,53
Norte	Tocantins	1.607.363	10	5	-	-	1	4	-	20	1,24
Norte		18.906.962	115	33	8	7	11	9	-	183	0,97
Sudeste	Espírito Santo	4.108.508	13	9	1	4	5	1	-	33	0,80
Sudeste	Minas Gerais	21.411.923	189	64	20	41	40	24	1	379	1,77
Sudeste	Rio de Janeiro	17.463.349	49	52	6	32	23	7	-	169	0,97
Sudeste	São Paulo	46.649.132	123	110	46	79	83	21	-	462	0,99
Sudeste		89.632.912	374	235	73	156	151	53	1	1.043	1,16
Sul	Paraná	11.597.484	71	26	6	14	25	11	-	153	1,32
Sul	Rio Grande do Sul	11.466.630	81	42	2	30	30	15	1	201	1,75
Sul	Santa Catarina	7.338.473	66	15	2	10	13	2	-	108	1,47
Sul		30.402.587	218	83	10	54	68	28	1	462	1,52
BRASIL		213.317.639	1.429	527	126	285	331	135	3	2.836	1,33

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/Deciv/Saps/MS – junho/2022 e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2022

Com base nos dados supracitados, a região que possui o maior número de CAPS é a região Sudeste (1.043), seguido pelas regiões: Nordeste (979); Sul (462); Norte (183) e Centro-Oeste (169). Esses dados comprovam que, se analisarmos o quantitativo populacional dessas regiões em comparativo com os números de CAPS,

obteremos um percentual abaixo do necessário, pois a divisão acima tem como parâmetros a relação dos CAPS/100 mil habitantes, o que nos mostra, respectivamente, que em cada região o percentual correspondente a: Centro-Oeste (1,01); Nordeste (1,70); Norte (0,97); Sudeste (1,16) e Sul (1,52).

Quadro 3 - Componentes da RAPS.

<p>Estabelecimentos e Serviços do componente da Atenção Básica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de Atenção Básica (UBS); • Equipes de Saúde da Família (eSF); • Equipe de Consultório na Rua (eCR).
<p>Estabelecimentos e serviços do componente da Atenção Especializada:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial (Caps), nas suas diferentes tipologias e portes: Caps I; Caps II; Caps III; Caps i; Caps AD; Caps AD III e Caps AD IV; • Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) tipo I, II e III.
<p>Estabelecimentos e Serviços do componente da Atenção Hospitalar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral (Leitos de Saúde Mental – Código 87); • Hospitais psiquiátricos (leitos de psiquiatria – código 47); • Leitos de Saúde Mental em Hospital-Dia (código 73).
<p>Serviços do componente da Atenção às urgências e emergências:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samu 192; • Sala de Estabilização; • UPA 24h; • Pronto-Socorro (portas hospitalares de atenção à urgência).
<p>Serviços do componente residencial de Acolhimento Transitório</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento; • Comunidades Terapêuticas.
<p>Serviços de moradia e “auxílio reabilitação psicossocial”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SRT Tipo I; • SRT Tipo II; • PVC.

Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS) *apud* Brasil (2022).

Quadro 4 – Atenção Hospitalar.

Atenção Hospitalar	LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL como Serviço Hospitalar de Referência (SHR)	1 leito para 23 mil habitantes
--------------------	--	--------------------------------

Fonte: Brasil (2017).

Constatamos também que hospital psiquiátrico nesse contexto não perdeu a primazia no tratamento psiquiátrico e nem seu papel de ambiente de segregação dos usuários, muito menos o de cronificação das doenças psíquicas. Esse fato é um retrocesso, pois vai de encontro às conquistas alcançadas ao longo de décadas de lutas.

Compreendemos que outro ponto de salutar importância para entendermos o retrocesso no campo da saúde mental é a ampliação no período de internação. Com a Reforma Psiquiátrica, o prazo que um usuário poderia ficar internado era de até trinta dias, porém, com as mudanças ocorridas na RAPS, esse prazo passou para período inferior de até noventa dias (BRASIL, 2022).

Ainda de acordo com a Portaria 3.588, houve a criação do CAPS AD IV, que tem como público-alvo os usuários de “crack, álcool e outras drogas, com atendimento a crianças e adolescentes em cenas abertas de uso” (BRASIL, 2017). Como não considerar como um retrocesso a inserção dos hospitais psiquiátricos na Rede Atenção Psicossocial, visto sua longa trajetória histórica de exclusão social, maus tratos, violência institucionalizada, ausência de direitos e pela cronificação das doenças mentais? Essa decisão foi alvo de muitas críticas e ainda o é, em especial tendo-se em consideração toda luta empreendida para mudança deste modelo de atenção hospitalocêntrico.

De acordo com Brasil (2019), foi publicada a Nota Técnica 11/2019, em que, entre outras coisas, incluía a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, a internação de crianças e adolescentes, além da separação da Política de álcool e outras drogas. Assim, quando analisamos as modificações ocorridas na Nota Técnica de 2019 da Nova Política de Saúde, percebemos que elas propiciam a continuidade do modelo anterior à Reforma Psiquiátrica, que estimulava as internações e o aumento destas. A Nova Política de Saúde Mental prove o estímulo à internação e tratamentos

invasivos, promovendo uma verdadeira violação dos direitos humanos e desmonte dos processos de desinstitucionalização psiquiátrica.

De acordo Brasil (2011), na Raps de 2011, o hospital psiquiátrico só poderia ser acionado em último caso. Assim, em seu Art. 11, § 2º, o hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizarem a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Em 2017, houve o investimento neste dispositivo, o Hospital Psiquiátrico, com a atualização dos repasses financeiros referentes ao percentual por internação e tempo de internação, embora sob o manto de que essas instituições deveriam se modernizar e se adequar aos protocolos (BRASIL, 2019). Nesse ínterim, indagamos se esta iniciativa do poder público não incorreria, ao contrário do que foi dito na Nota Técnica 11/2019, em um aumento das internações psiquiátricas, assim como no aumento do tempo dessas internações, visto que quanto mais tempo o usuário permanecer interno, maior os recursos financeiros captados pelo hospital; a exemplo do que, segundo Oliveira *et al.* (2021), ocorreu no estado de Alagoas, quando algumas clínicas psiquiátricas particulares se recusaram a permitir a saída de pacientes egressos quando de sua transferência para as SRTs, só sendo possível por meio judicial.

No que diz respeito às Comunidades Terapêuticas também inseridas na RAPS, para ofertar cuidados que proporcionem a recuperação de usuários de drogas, de acordo com a Portaria Interministerial nº 2, fica instituído que o “Ministério da Saúde, a Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social disporão sobre os critérios pertinentes ao seu funcionamento, expansão e financiamento” (BRASIL, 2019, p. 5). Além destes dispositivos não coadunarem com o que preconiza a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que tem como premissa o tratamento de base territorial e em liberdade, houve também a incorporação desse tratamento como sendo caso de justiça. Nessa esteira, a Nota Técnica 11/2019 deixa claro que não serão mais fechados nenhum leito em hospitais, mesmo tendo como processo em andamento a desinstitucionalização.

Segundo o Ministério da Saúde, todos os serviços devem ser pautados de acordo com as evidências científicas. Mas que evidências científicas são essas que, durante séculos, gerou consequências desastrosas, tendo como exemplo toda

trajetória supracitada e que os próprios acontecimentos históricos demonstram a ineficácia dessas instituições.

Os CAPS, que a princípio foram criados para substituir os hospitais psiquiátricos, perdem dessa forma, sua primazia, passando a ocupar a funcionalidade de mais um dispositivo na rede de Atenção Psicossocial, uma vez que “Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados. O Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros [...]” (BRASIL, 2019, p. 3-4). Ou seja, com essa prerrogativa, fica claro o desmonte do que preconizava o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Se considerarmos toda luta travada, a qual tomou parte diversos segmentos da sociedade neste movimento cujo objetivo era a extinção do modelo hospitalocêntrico que ao longo de décadas, evidencia-se quão ineficaz e desumano o tratamento para com a loucura, logo, constatamos os retrocessos.

Ainda de acordo com Brasil (2019), as SRTs passam a receber, também, pessoas em situação de rua e recém libertos, além dos pacientes que saíram de longa permanência internados e que não possuem vínculos familiares.

A referida Nota Técnica 11/2019 expõe que:

Seguindo o compromisso com a oferta de tratamento de qualidade aos pacientes e seus familiares, a CIT fez questão de fazer constar em sua Resolução n. 32/2017, de 17 de 2017, que estabelece a Nova Política Nacional de Saúde Mental, que a assistência em Saúde Mental no SUS, deverá seguir as melhores práticas clínicas e as mais robustas e recentes evidências científicas (BRASIL, 2019, p. 6).

E afirma ainda que em relação à oferta deste tratamento deve disponibilizar:

[...] melhor aparato terapêutico para a população. Quando se tratar de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais há que se buscar, oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia, ECT, cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SEGM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11 711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas [...] (BRASIL, 2019, p. 6).

O investimento nesses equipamentos é uma característica explícita de um retrocesso histórico e incorre na prática de desmonte dos avanços no processo e implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia representa um retrocesso secular, além de retirar recursos

públicos que deveriam ser utilizados para uma melhoria, de fato, nos equipamentos e dispositivos necessários ao bom funcionamento da rede de atendimento à saúde mental como um todo, ao permitir a compra deste equipamento de eletroconvulsoterapia, que se sabe tem poucas ou quase nenhuma indicação clínica, e ainda utiliza a lei 10.216 como respaldo para tal prática.

A extensão das normativas referentes as alterações das modificações ocorridas na RAPS dificulta a compreensão do todo. Dessa forma, passa despercebido para grande massa da população a mensuração dos retrocessos a respeito dos dispositivos e mudanças constantes ocorridas na RAPS, tornando fragmentada.

Até o presente momento não foi possível identificar a posição adotada pelo atual Governo no que diz respeito a política de saúde mental aos retrocessos e a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

3. SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE ALAGOAS

A nível mundial, ocorreram mudanças significativas em prol de uma reforma no modelo hospitalocêntrico, sobretudo nos países que se propuseram a reforma de fato, com transformações no âmbito das relações interpessoais. O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira foi fortemente influenciado pela Reforma Psiquiátrica Italiana. Porém não de forma tão pontual em todos os estados brasileiros.

A saúde mental em Alagoas é permeada, como não poderia deixar de ser, pelas contribuições e influência dos movimentos e das transformações que surgiram ao longo de todo tempo, por meio das reformas e das transformações ocorridas no seio das sociedades capitalistas, passando a influenciar diretamente na forma de atendimento e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, essa seção se dispõe a explanar sobre os principais fatos históricos ocorridos, culminando com o processo de Reforma Psiquiátrica no estado de Alagoas, especificamente em Maceió. E nesse contexto, pretende uma breve trajetória histórica das práticas do tratamento aos loucos no estado. Se propõe, ainda, a compreender quais mudanças oriundas desse processo foram incorporadas visando a desinstitucionalização; apontar quais serviços substitutivos compõe a RAPS e foram implantados buscando romper com o modelo hospitalocêntrico para a melhoria do tratamento psiquiátrico, tendo como foco a abordagem do usuário em sua complexidade nesses serviços e não apenas a doença.

A análise sobre a gênese da saúde mental e do tratamento aos pacientes psiquiátricos em Alagoas demonstram a preocupação por parte das autoridades sobre a necessidade da criação de espaço específico para retirada desse público de circulação (CAVALCANTI, 2006 *apud* RIBEIRO, 2012, p. 61). Essa percepção demonstra a lógica de invisibilidade para esse público, assim como ocorreu em âmbito mundial. O afastamento do convívio social, os maus tratos como forma de punição e o isolamento propiciaram aos indivíduos inseridos nesses ambientes a perda de sua identidade enquanto sujeitos sociais. Essas foram algumas das formas de tratamento desumanos aplicados a este público.

Como visto anteriormente, percebeu-se a necessidade da criação de um espaço onde pudessem ser colocadas as pessoas acometidas por doença mental. Assim, data de 1887 a criação do primeiro asilo em Maceió, que recebeu o nome de Asilo de Alienados e cuja função principal era abrigar essas pessoas, separando-as,

principalmente dos criminosos. Entretanto, cabe salientar que os cuidados ofertados eram de cunho humanistas importados da Europa, não havia ainda assistência psiquiátrica (CAVALCANTI 2006 *apud* RIBEIRO 2012, p. 61). O objetivo era que houvesse um lugar específico onde pudessem ficar longe da visão da sociedade. Em outras palavras, uma limpeza dos espaços sociais.

Depois de quatro anos da construção do primeiro asilo, é inaugurado o Asilo Santa Leopoldina (1891), também em Maceió. Construído com recursos públicos, teve como objetivo também abrigar o contingente de pessoas em sofrimento psíquico que ainda perambulavam pelas ruas e os provenientes do interior da capital. Este asilo diferia do primeiro por apresentar início de intervenção psiquiátrica ou do que convencionou-se chamar como tal na época. Contudo, após transcorridos dois anos de funcionamento, mostrou-se insuficiente no quesito espaço “físico, recursos materiais e humanos” (CAVALCANTI, 2006 *apud* RIBEIRO, 2012, p. 61). A ausência desses componentes primordiais impossibilitou a oferta de uma assistência minimamente digna de tratamento, acarretando superlotação, supressão de direitos, um verdadeiro depósito de humanos.

De acordo Ticianeli (2016, s./p.), no ano de 1942 é fundada a “Casa de Saúde Pedro Bernardes, localizada na rua Boa Vista, 248”. Essa foi a primeira clínica de saúde privada que atendia também casos psiquiátricos, com atendimento 24 horas. Após 4 anos de funcionamento, foi transferida para o bairro de Bebedouro e passou a chamar-se Casa de Saúde Santa Cândida; e, posteriormente, denominada Casa de Saúde Miguel Couto.

De acordo com Trindade *et al.* (2007), em decorrência dessa problemática de superlotação, surgiram, na capital, mais precisamente no bairro de Bebedouro¹¹, as clínicas psiquiátricas particulares; a primeira, a Casa de Saúde Miguel Couto (1947/1948), Casa de Repouso Dr. José Lopes Mendonça (1961) e Clínica de Repouso Ulysses Pernambucana (1968). A escolha desse bairro para instalação das clínicas ocorreu em virtude da estrutura física e arquitetônica dos casarões.

Em 1956 foi inaugurado o Hospital Colônia Portugal Ramalho. Sua estrutura física foi pensada, planejada e construída para abrigar 40 pacientes. Entretanto, não

¹¹ Bebedouro está entre os bairros afetados pela extração desordenada de sal-gema pela mineradora Braskem. E em consequência, o afundamento do solo e retirada da população desses bairros Pinheiro, Bebedouro, Mutange, Bom Parto e parte do Farol. É considerado o maior desastre ambiental já registrado no Brasil. G1 (globo.com).

demorou, logo estava superlotado por receber os 140 pacientes transferidos quando do fechamento do Asilo Santa Leopoldina (CAVALCANTI, 2006 *apud* RIBEIRO, 2012, p. 61). Desde a criação desses asilos, percebe-se a insuficiência de recursos dispensados ao internamento, de forma que os internos não conseguiam acessar direitos sociais.

As críticas à realidade nas quais estavam os loucos despertou a busca por mudanças, dentre as quais as influenciadas pelos modelos de reformas psiquiátricas ocorridas em outros países como França, Inglaterra, EUA e, principalmente, na Itália, com o objetivo de desconstruir o modelo hospitalocêntrico. Entre as propostas apresentadas na cidade de Maceió estavam a criação de uma clínica para o público infanto-juvenil, mas não chegou a concretizar-se. O desenvolvimento de atividades terapêuticas seguindo a influência da "Antipsiquiatria e da Comunidade terapêutica" no tratamento e ampliação do horário de atendimento aos doentes mentais (TRINDADE *et al.* 2007 *apud* RIBEIRO, 2012, p. 63).

Na década de 70, o contexto histórico era da ditadura militar. A procura por atendimento médico à saúde mental era tamanha ao ponto de se formarem imensas filas e de os atendimentos ocorrerem também nas madrugadas. A figura das clínicas de repouso particulares permeou o imaginário das pessoas como uma esperança de tratamento e cura para os transtornos mentais. As famílias ignoravam que os longos processos de internação acabariam por permitir a cronificação da doença e outras famílias abandonavam seus pacientes nesses ambientes (TRINDADE, 2007, p. 53). O fato é que muitas famílias se importavam com seus familiares internados, procuravam ofertar um tratamento visando a cura, retorno ao convívio social e familiar, enquanto para outras, a internação era um alívio, ao ponto que hospital e clínicas de repouso se tornaram as residências por longa data desses usuários que foram abandonados por seus familiares.

Em 1978 foi criado o Centro Psiquiátrico Pedro Marinho Suruagy, atual Manicômio Judiciário de Alagoas, responsável pelo tratamento de pessoas com sofrimento psíquico que cometeram delitos e estão em "conflito com a Lei" (TENORIO, VITAL, 2013, p.11).

3.1 Desinstitucionalização em Alagoas

Segundo Ribeiro (2012), desde a criação do asilo de alienados até o século XX, com o processo de desinstitucionalização, a necessidade de mudanças foi o início de um despertar da consciência de parte da sociedade sobre a real situação de maus tratos, violência e situação deplorável nestes ambientes de exclusão. Essa insatisfação e a busca por melhores condições de tratamento não ocorreu de forma isolada apenas em Alagoas, mas ganhou forças com as ações desenvolvidas em âmbito nacional com a criação de movimentos como o MTSM em 1979, o engajamento dos familiares e usuários até o Movimento de Luta Antimanicomial, culminando com Reforma Psiquiátrica em 2001.

No que diz respeito aos movimentos de trabalhadores e usuários em prol de ruptura com o modelo conservador e hegemônico de psiquiatria no estado de Alagoas, podemos destacar como figura importante para o processo de reforma psiquiátrica, Vóluzi Câmara. Ou seja,

Quando se fala sobre Reforma Psiquiátrica aqui em Maceió deve-se lembrar de Vóluzi Câmara, pois foi ela quem trouxe o termo Reforma Psiquiátrica para Maceió. Vóluzi Câmara teve algumas atitudes chocantes para a época e uma delas aconteceu na Casa de Saúde Miguel Couto, quando ela retirou o aparelho de eletrochoque da tomada e foi embora com ele. Nesse momento foi bastante criticada, mas sua atitude levantou questionamentos quanto ao uso excessivo desse aparelho em Maceió. Ela também participou da criação do PISAM. Diferentemente das pessoas daquela época, Vóluzi Câmara tinha uma visão muito clara sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado de Alagoas, porém as pessoas não queriam nem ouvir falar sobre isso. Quando se abordou pela primeira vez o assunto no Hospital Escola Portugal Ramalho, ao se falar em mudanças, muitos profissionais diziam que se os hospitais fossem extintos não haveria mais emprego, ou seja, eram feitas ameaças aos funcionários (TRINDADE *et al.*, 2007 p. 53-54).

Como não poderia ser diferente, em Alagoas houve também diversas críticas à estrutura asilar por parte dos trabalhadores da saúde mental, dos usuários e familiares, culminando com um movimento social que englobava essas categorias. Tanto os trabalhadores da saúde mental quanto os familiares e usuários desses serviços discordavam do modelo hospitalocêntrico do hospital psiquiátrico, ao passo que reivindicavam um novo modelo de assistência psiquiátrica, pautado no tratamento humanizado e na garantia de direitos.

De acordo com Trindade *et al.* (2007), na década de 1980 o médico Everaldo Moreira, a psicóloga Dirce Falcão e um grupo de profissionais desenvolveram trabalho de saúde mental na comunidade. Contudo, essa prática não foi vista com bons olhos

e logo foi extinta pela Secretária de Saúde. A mentalidade da época não alcançava a importância da psiquiatria extra hospitalar. Nessa década também ocorre a “criação da Coordenação Estadual de Saúde Mental” e as primeiras auditorias nos hospitais psiquiátricos, realizadas por Vóluzi Câmara e Everaldo Moreira. Estes conseguiram introduzir mudanças, como a capacitação profissional e grupos de estudos junto ao Ministério da Saúde. Foi criado ainda, nesta década, o PISAM Alberto Magalhães pelo médico Agatangelo Vasconcelos, anexo ao Hospital Escola Portugal Ramalho.

Dentro deste contexto alagoano, alguns médicos propuseram mudanças entre eles, Agatangelo Vasconcelos, Marcondes Costa e Roberto Patrício. Entretanto, destacaram-se o médico Everaldo Moreira e a psicóloga Dirce Costa Falcão, responsáveis por inaugurar as discussões sobre saúde mental nas comunidades, nas escolas e até mesmo nas ruas (TRINDADE, 2007 *apud* RIBEIRO, 2012, p. 63). Essas práticas não foram bem-vistas pela sociedade daquela época, pois pretendiam discutir e levantar uma problemática que permanecia entre os muros dos hospitais e das clínicas psiquiátricas e da qual grande parcela da sociedade era alheia ou pouco se importava. E justamente por ser uma mudança que ocorreria numa sociedade conservadora, com certa quebra do padrão habitual de não se contestar a atual situação da ordem vigente, não perdurou.

Em decorrência das discussões ocorridas em âmbito nacional quando do encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru em 1987, institui-se o dia 18 de maio como o dia de Luta Antimanicomial no Brasil (TRINDADE, 2007), conquista importante para os movimentos sociais e que ainda é lembrado.

A saúde mental em Alagoas estava concentrada na capital e, deste modo, seguiu o modelo assistencial da região nordeste, que continha toda a assistência da saúde mental, concentrada nas capitais.

Durante muitos anos, o município de Maceió foi a única referência para todo o estado no tratamento de transtorno mental, uma vez que o único hospital psiquiátrico, público e todas as clínicas psiquiátricas particulares se localizavam nele. Em 1989, foi inaugurado o instituto psiquiátrico Teodora Albuquerque, conhecido como ITA, localizado no município de Arapiraca e que se tornou referência na região do agreste, pois, apesar de pertencer ao setor privado atendia em convênio com o SUS (RIBEIRO, 2012, p. 62).

De acordo com Trindade *et al.* (2007), antes da criação dos CAPS no estado de Alagoas já existiam dois dispositivos com estruturas semelhantes, que eram chamados de Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS. O primeiro NAPS, em Santana

do Ipanema, ofertava atividades que incluía o esporte, a cultura e o folclore como formas de prevenção. Já o segundo funcionava na cidade de Água Branca. Contudo, essas estruturas foram gradativamente fechadas no final da década de 1990 devido à ausência de política dos gestores municipais.

É importante destacar que ocorreu também na década de 1990 mudanças no âmbito da reestruturação hospitalar no Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho. Essas mudanças visavam ofertar serviços de qualidade às pessoas em sofrimento psíquico, assim como uma fiscalização mais ostensiva nesse ambiente de internações.

Outro fato também de grande importância foi a formação de um grupo de auditoria da prefeitura quando a política de saúde de Maceió foi municipalizada. A auditoria psiquiátrica foi criada por Kátia Born, que era secretária de saúde na época. Nesta eram realizadas fiscalizações todos os dias nos hospitais, tanto para fazer uma avaliação do serviço quanto da conduta terapêutica, como para avaliar o tempo de permanência na instituição, a fim de que fosse providenciado um projeto terapêutico o mais rápido possível para aquele usuário como também para que existisse um projeto terapêutico no hospital (TRINDADE *et al.*, 2007, p.56).

A Portaria 224 de 1992 instituiu:

[...] organização e criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), ambulatórios de Saúde Mental comum, hospital-dia, hospital-noite, o próprio hospital psiquiátrico e urgências em hospitais gerais. [...] Quando a Portaria 224 foi implantada, estabeleceu-se a proibição das chamadas celas-fortes, quartos-fortes, quartos de contenção nos hospitais psiquiátricos, porque na realidade estes funcionavam como solitárias e eram utilizados até o efeito da medicação passar, tais instalações não serviam somente para isso, mas também eram utilizadas intimidar os pacientes e como espaço de castigo. O próprio Hospital Portugal Ramalho possuía celas, quartos-fortes, e até alguns pacientes viviam dentro das celas, eternamente trancados (TRINDADE *et al.*, 2007, p. 56-57).

Compreende-se que, graças a essa legislação, houve a ampliação dos atendimentos psiquiátricos com a introdução de outros dispositivos que visam a expansão do tratamento para além dos hospitais psiquiátricos. Além de abolir práticas coercitivas como as celas-fortes e os quartos fortes de contenção, que foram usados como forma de punição para muitos pacientes psiquiátricos, como exposto por Trindade *et al.* (2007).

Na década de 1990, a manutenção dos manicômios em Alagoas conviveu com as primeiras iniciativas de Reforma Psiquiátrica. No ano de 1996, ocorreu o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial Casa Verde, mas trazia o

descumprimento legal e um paradoxo porque funcionava nas dependências do Hospital Portugal Ramalho, uma Instituição manicomial, que apresentava contradições ao processo da Reforma Psiquiátrica (RIBEIRO, 2012), por ser um dispositivo substituto ao hospital psiquiátrico e que funcionava praticamente como um apêndice deste hospital.

Ainda conforme Ribeiro (2012), entre os fatos mais importantes que impulsionaram o processo de reforma psiquiátrica em Alagoas estão,

Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial em 1993, em Salvador; Encontro Nordestino da Luta Antimanicomial, em 1994, em Recife; II Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial, em 1995, em Belo Horizonte; 1 Semana Alagoana para a Saúde Mental, em 1995; I Fórum de Debates sobre a Reforma Psiquiátrica: cidadania e exclusão em questão, em 1995, em Maceió; o II Encontro nordestino da Luta Antimanicomial em 1996, em Maceió (RIBEIRO, 2012, p. 66).

O II encontro da região Nordeste de Luta Antimanicomial (1994), realizado em Maceió, foi importante para o estado, pois o colocou em patamar nacional entre os estados que se mobilizaram em prol da Reforma Psiquiátrica. Por conseguinte, o Movimento Antimanicomial no estado passou a debater a implantação da Reforma Psiquiátrica em Alagoas.

Em continuidade aos fatos históricos ocorridos que contribuíram para a Reforma Psiquiátrica no estado, temos em 1996 a criação do Núcleo Estadual de Saúde Mental – NESMAL. A partir de 1997, ocorre a implantação dos CAPS Enfermeira Noracy Pedrosa; em 1998, CAPS Sadi de Carvalho (Chá do Bebedouro); em 1998, CAPS Infantil Luiz da Rocha Cerqueira (TRINDADE *et al.*, 2007), instrumentos, a priori, para substituir as estruturas manicomiais vigentes no estado.

No ano de 1998, a prefeita Kátia Born aprova a Lei 4.768/98, legislação de suma importância, que dispõe sobre a regulamentação dos serviços de saúde mental em Maceió e a substituição dos hospitais psiquiátricos, por meio de ações planejadas para os serviços substitutivos no Estado (LINS *et al.*, 2021). Essa legislação veio corroborar para a implantação dos serviços substitutivos em Maceió.

Nesse ano ocorre também a Conferência de Saúde de Maceió - CONSAM. Essa conferência teve como tema central “Saúde Para Todos: uma Perspectiva do Possível”. A conferência buscou que a sociedade e governo trabalhassem em conjunto para encontrar estratégias para solucionar os impasses que dificultavam a saúde como garantia de todos e dever do Estado (TRINDADE *et al.*, 2007, p. 61).

Ainda nesse contexto de movimentos, ocorreram as Conferências de Saúde e de Saúde Mental, encontros em prol da Reforma Psiquiátrica, o “II Encontro de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental ASSUMA”, em 20 de agosto de 1999 (TRINDADE *et al.*, 2007). A inserção de famílias, usuários e amigos nos movimentos de luta Antimanicomial contribuiu significativamente para melhorias no tratamento psiquiátrico no estado.

Em 2000, o único hospital psiquiátrico público do estado, o então Hospital Portugal Ramalho, passa a estar vinculado à Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - Uncisal, e recebe nova nomenclatura, Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho (CAVALCANTI, 2006 *apud* RIBEIRO, 2012). Nesse mesmo ano o estado de Alagoas ganha visibilidade nacional, de forma pejorativa por ocupar o segundo lugar em maior número de internamentos (ROSA, 2006 *apud* RIBEIRO, 2012). Percebe-se novamente a problemática da superlotação e, em consequência, pode-se inferir estrutura física e trabalho humano deficientes, gerando oferta de tratamento e de trabalho precários.

No nível estadual, com a aprovação da Lei 10.216, em 2001, a Coordenação de Saúde Mental – atualmente Gerência de Núcleo em Saúde Mental (GENSAM), passou a trabalhar de forma significativamente na ampliação da oferta de serviços substitutivos em todo o estado.

Quadro 5 – Evolução dos CAPS no Estado de Alagoas.

Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nº de CAPS	6	7	7	13	35	39	42

Fonte: GENSAM -Secretaria Estadual de Saúde – AL (2008).

É a viabilidade da necessidade de investir na qualificação dos serviços substitutivos, especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial, essenciais para o processo de fortalecimento do Protagonismo dos usuários e familiares (DELGADO, 2019 *apud* BREDA *et al.*, 2006).

Apesar de em 2001 ter sido aprovada a Reforma Psiquiátrica pela lei 10.216, redirecionando o modelo de atenção e estabelecendo os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, as estratégias de desinstitucionalização no estado de Alagoas só começaram a ser implantadas após 2013. Fato ocorrido devido à redução dos leitos psiquiátricos SUS, de uma das unidades manicomiais do município de Maceió, a

Clínica Dr. José Lopes de Mendonça. Nessa época, a clínica, além informar sobre a redução dos leitos, solicitou também a transferência de pacientes residentes. Em virtude dessa necessidade de abrigar os pacientes que seriam transferidos, o poder público, na figura da Procuradoria Geral do Estado, determina que a Secretaria Municipal de Saúde firme convênio com entidade privada para alocar os pacientes egressos dessa clínica. Dá-se início às visitas técnicas às instituições asilares, pelas “equipes Coordenação de Saúde Mental, Supervisão de Atenção Psicossocial e de estagiários do Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)” (OLIVEIRA *et al.*, 2021, p. 218). A partir dessas, a constatação da real necessidade de implantação dos dispositivos que proporcionaram uma ruptura com o modelo vigente e um modelo de base comunitário.

Mediante a situação encontrada neste ambiente quando da visita técnica, foi apresentado relatório constando as irregularidades encontradas neste estabelecimento e cobrado providências junto ao Ministério Público Estadual (MPE). Essas denúncias se referiam às condições higiênicas insalubre, às precárias condições físicas e à falta de terapêutica voltada a esse público, as altas que haviam ocorrido sem programação prévia e sem articulação com a RAPS na figura do CAPS, visando a desinstitucionalização. Além da falta de Projeto Terapêutico Singular, documentação irregular, ausência de contato com familiar de referência e a constatação da falta de especialidade médica clínica responsável pela demanda de outras ocorrências clínicas, houve também a constatação de óbitos em consequência de insuficiência cardiorrespiratória (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Em 2013, o Datasus identificou 1000 leitos psiquiátricos ativos no estado, destes, 120 no município de Arapiraca e 880 em Maceió. Em 2015, o estado ainda detém um quantitativo expressivo de leitos psiquiátricos ativos, pois possui 714 leitos de psiquiatria distribuídos entre os municípios de Arapiraca 120; Rio Largo 16; São Miguel dos Campos 10; Teotônio Vilela 8, e Maceió, 560 (BRASIL, 2015).

Entre os anos de 2014 a 2015 ocorre o “Censo Clínico Psicossocial”, responsável por realizar e acolher dados acerca dos pacientes internados e fazer um diagnóstico dessas instituições. Em 2016, a Secretaria de Saúde de Maceió constrói estratégias que viabilizem a desinstitucionalização, entre elas estão o diagnóstico situacional, articulação intra e inter setoriais, ampliação e fortalecimento da RAPS e monitoramento das avaliações. Essas ações apresentavam como objetivo ampliar e identificar as necessidades da RAPS, “acompanhar a implantação dos dispositivos

substitutivos dos hospitais psiquiátricos e identificar as possibilidades de reinserção familiar/social” (OLIVEIRA *et al.*, 2021, p. 219). Essas são algumas propostas de estratégias de desinstitucionalização ocorridas em Maceió.

Assim, em 2017 a Clínica de Repouso Dr. José Lopes anuncia aos órgãos competentes a sua decisão de encerrar definitivamente os serviços psiquiátricos prestados. Foram transferidos temporariamente 40 pacientes para Casa de Saúde Ulisses Pernambucano. Ainda neste ano, a Clínica Miguel Couto é alvo de denúncias por parte dos familiares. Mediante essas denúncias, e da urgência de sanar essa problemática, foi expedida uma Ação Civil Pública pela Defensoria Pública à Secretaria Municipal de Saúde cobrando ações que assegurassem condições dignas de tratamento aos internos da Casa de Saúde Miguel Couto. A priori, as medidas tomadas foram “visitas técnicas, ações de vigilância sanitária, relatório e orientações devidas” (OLIVEIRA *et al.*, 2021, p. 220).

Em desdobramento aos fatos citados, o poder público requisita, por meio do Diário Oficial, instituições sem fins lucrativos para implantar e administrar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Maceió. Só houve, contudo, uma que se dispôs a essa empreitada, a Associação de usuários e familiares de usuários dos serviços de saúde mental em Alagoas (ASSUMA). Para acelerar o processo de implantação dos SRTs no município de Maceió, em junho outra Ação Civil Pública é expedida estipulando o “prazo de 120 dias para implantação dos SRTs” (OLIVEIRA *et al.*, 2021, p. 220). Percebe-se que o processo implantação dos SRTs ocorreu por Ação Civil Pública em decorrência das denúncias e diagnósticos da rede psiquiátrica.

Outro fato que vale a pena destacar é a recusa das instituições Miguel Couto e Ulisses Pernambucano em transferir os pacientes para os SRTs. Essa resistência ocorreu em razão da subsequente diminuição dos repasses financeiros do município para essas instituições em decorrência da transferência dessas pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Mais uma vez, constata-se que só por intermédio do acionamento da justiça e imposição judicial as clínicas consentiram na transferência dos pacientes. Percebe-se ainda que a morosidade nos processos de implantação dos serviços substitutivos é uma estratégia que se apresenta funcional ao capital, ao passo que se torna um entrave ao avanço das estratégias de desinstitucionalização preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Brasil (2022), o censo do IBGE 2021 conclui que a população de Alagoas é composta por 3.365.351 de pessoas. Quando analisado o quantitativo

populacional e a relação entre os CAPS no estado, obtém-se um quantitativo aproximadamente de 51 mil pessoas por CAPS, o que demanda ampliação dos serviços substitutivos em face de sua limitada abrangência. Os dados atuais dos números de CAPS no estado e na cidade de Maceió são respectivamente 66 e 5, sendo distribuídos nas modalidades:

Tabela 1 – Quantitativo de CAPS em Alagoas e em Maceió.

CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS Infanto-juvenil	CAPS AD	CAPS ADIII	CAPS IV	AD
55	7	-	1	2	1	-	

Fonte: Brasil (2022). Dados atualizados da RAPS no Estado de Alagoas apud as autoras.

Tabela 2 – Distribuição dos CAPS por bairros e sua tipologia

Nome	Tipo	Bairro
CAPS Enfermeira Noracy Pedrosa (1997)	II	Jacintinho
CAPS Sady Feitosa (1998)	II	Chã de Bebedouro
CAPS i Infanto-juvenil (1998)	Infanto-juvenil	Serraria
CAPS Rostan Silvestre (2006)	II	Jatiúca
CAPS AD Everaldo Moreira - álcool e outras drogas (2006)	II	Farol

Fonte: Brasil (2022). Dados atualizados da RAPS no Estado de Alagoas.

Em relação à tipologia, os CAPS são divididos em:

[...] CAPS destinados às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes voltados para o público adulto (CAPS I, II, III, IV); CAPS Infanto-juvenil (CAPS i) destinado ao público infanto-juvenil, que apresentam transtornos mentais e/ou problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, e CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) destinam-se ao público adulto com problemas em decorrência do uso de drogas (BRASIL, 2022).

Foram estruturados também em função do quantitativo populacional:

Tabela 3 – Tipologia dos CAPS.

TIPOS DE CAPS	
Caps I	atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;
Caps II	atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;
Capsi	atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
Caps AD	atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
Caps III	atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
Caps AD III	atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e
Caps AD IV	atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação." (NR)

Fonte: Autoras com base no Ministério da Saúde (BRASIL, 2011-2017).

Os atendimentos nos CAPS são realizados na modalidade portas abertas. Ou seja:

As demandas para os CAPS de Maceió em geral são espontâneas e encaminhadas (pelo Conselho Tutelar, agentes de saúde, PSF, Judiciário, unidades provisórias, colegas de usuários e hospitais psiquiátricos) (TRINDADE. 2007, p. 119).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs foram instituídos pela Portaria 106/2000. Porém, só foram implantados no estado entre os anos de 2013 a 2017. Atualmente, o estado de Alagoas conta com 7 unidades de Serviços Residenciais. Esses serviços são exclusivos para pacientes egressos de longos períodos de internação psiquiátrica (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Compreende-se uma certa morosidade no processo de implantação desse serviço no Estado, uma vez que foram necessários 13 anos até a garantia desse direito.

De acordo com Brasil (2022), os Serviços Residenciais Terapêuticos podem ser tipo I, com capacidade para até 10 pessoas e destinadas a pacientes que conseguem viver em comunidade com “certa autonomia”; já o tipo II também conta com capacidade para 10 pessoas que precisam de ajuda, que apresentam “dependência”. Os SRTs atuantes no estado receberam os pacientes provenientes das Clínicas Ulysses Pernambucana (2017) e Miguel Couto (2018). Esses serviços são tipo II e estão distribuídos da seguinte forma, por bairros e sexo,

Tabela 4 – Serviços Residenciais Terapêuticos Maceió.

Ponta Verde	Masculino
Jatiúca	Masculino
Farol	Masculino
Farol	Masculino
Pinheiro	Feminino
Mangabeiras	Feminino
Gruta de Lourdes	Feminino

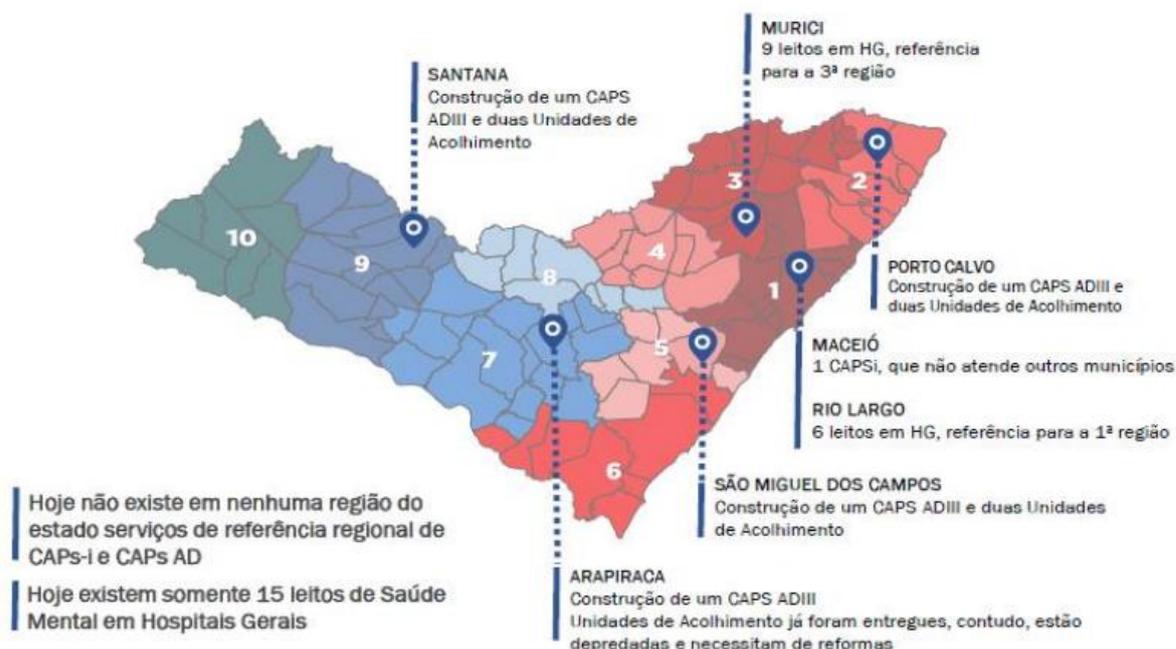
Fonte: Oliveira *et al.* (2021).

Entretanto, de acordo com Brasil (2022), com as alterações provenientes da Portaria 3.588/2017, ficou estabelecido que também podem receber outro público, os indivíduos que apresentam transtornos mentais graves, pessoas em situação de rua e os oriundos de unidades prisionais. Entre os critérios para receber tais públicos

estão: apresentar vulnerabilidade socioeconômica, não possuir vínculos familiares ou ter esses vínculos fragilizados.

No quesito de desinstitucionalização, o estado de Alagoas apresenta, além dos CAPS e dos SRTs, os seguintes componentes que fazem parte da RAPS: o Componente de Acolhimento Transitório em Alagoas, que possui apenas uma unidade de Acolhimento Infanto-juvenil, com capacidade para 10 pessoas. As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental possuem duas unidades, sendo uma tipo 2 e outra tipo 3. Os Consultórios na Rua contam com 6 unidades disponíveis e os hospitais psiquiátricos dispõem de 455 leitos SUS (BRASIL, 2022).

Figura 2 – Mapa de distribuição dos RAPS no Estado de Alagoas



Fonte: SESAU /AL (2018).

De acordo com o Relatório de Inspeção dos Hospitais Psiquiátricos, entre os hospitais psiquiátricos inspecionados em Alagoas está o Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque, inaugurado em 1996, de natureza filantrópica ou municipal, com capacidade para 120 leitos, dos quais 104 são destinados ao atendimento do SUS e 6 são destinados ao atendimento privado (BRASIL, 2022).

De acordo com a Relação nominal dos Hospitais Psiquiátricos com habilitação ativa em setembro/2018, o estado de Alagoas permanece com as mesmas estruturas hospitalocêntricas de antes da Reforma Psiquiátrica,

Quadro 6 – Hospitais Psiquiátricos Habilitados em Alagoas.

UF	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Habilitação	Portaria de Habilitação do Ministério da Saúde
AL	MACEIO	2003368	HOSPITAL PORTUGAL RAMALHO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
AL	ARAPIRACA	2005123	HOSPITAL PSIQUIATRICO TEODORA ALBUQUERQUE	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
AL	MACEIO	2006391	CASA DE SAUDE MIGUEL COUTO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009
AL	MACEIO	2006413	CASA DE SAUDE E CLÍNICA DE REPOUSO ULYSSES PERNAMBUCANO	0631- NIVEL I - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM ATÉ 160 LEITOS	PT SAS 404 - 19/11/2009

Fonte: Relatório de Inspeção Nacional (BRASIL, 2019).

Percebe-se que a Reforma Psiquiátrica não progrediu como deveria. Houve, de fato, a implantação de dispositivos que proporcionaram a expansão do tratamento extra hospitalar. Mas não houve o rompimento com a estrutura hospitalocêntrica no estado. Os hospitais psiquiátricos continuam ativos e agora incorporados a RAPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo reconstituir a trajetória histórica, social e política da saúde mental no Mundo, Brasil e Alagoas especificamente em Maceió. Desta forma, foram analisadas e elencadas as formas de tratamentos impostas ao louco ao longo do tempo. Desde os primórdios com a institucionalização e por meio desta, ressaltar a importância da ruptura com o modelo hospitalocêntrico por entender que este modelo não contribui para a autonomia do sujeito, mas propicia a cronificação do adoecimento mental.

As análises bibliográficas e documental nos fizeram concluir que o tratamento dispensado à loucura e aos loucos se modificaram em função do saber e hegemonia vigente à cada época. A visão construída sobre o louco incorreu em um longo processo de institucionalização da loucura, de ausência de direitos e de segregação social.

Ao adentrar nos primórdios da concepção da loucura e das formas de tratar os loucos percebemos que fora modificado apenas o cenário, mas a atmosfera de exclusão social na qual estavam inseridos era praticamente a mesma. Ausência de direitos, segregação, maus tratos, isolamento social, violência física e exposição a tratamentos degradantes, inclusive em alguns casos com consequências letais, como no caso do uso da lobotomia e dos eletrochoques. Logo, a percepção que se tem é a de que as ações no contexto brasileiro e alagoano refletem os desdobramentos e são diretamente influenciados pelo contexto mundial.

Constatamos também que a situação da classe trabalhadora e daqueles considerados como miseráveis, alcoólatras e toda sorte de indigentes receberam tratamento degradantes e dividiram durante séculos os mesmos espaços de segregação social que os loucos. Foram varridos do contexto social por apresentar comportamentos considerados desviantes. Essa situação agravou-se ainda mais com a gênese do capitalismo e a revolução industrial, com a extração exacerbada de riqueza e produção de miséria em larga escala, formando assim, uma grande massa de desempregados, o exército industrial de reserva.

Na análise das primeiras práticas da tutela dos loucos pela psiquiatria, o foco sempre fora a doença mental em detrimento do sujeito. Apesar deste ramo da medicina ter se encarregado dos cuidados aos doentes mentais, o estigma imposto a

esses indivíduos, como também o isolamento social aliado a outras formas de tratamento desumano, permaneceu durante séculos. O louco servia como massa de manobra, de fácil manipulação, por ser considerado uma peça defeituosa e sem muita serventia para os anseios da sociedade capitalista.

Percorremos uma trajetória histórica com viés crítico. A pesquisa bibliográfica e a análise documental nos possibilitaram conhecer os principais expoentes da psiquiatria francesa na figura de Philippe Pinel e o início de um tratamento humanizado. Sua linha de pensamento deu origem ao que mais tarde viria a ser chamado psiquiatria.

Em sequência surgiram outros psiquiatras, a exemplo de Morel com a teoria da degenerescência que classificava as doenças mentais como sendo de origem orgânica ou hereditária cuja centralidade da doença estava no cérebro. E poderiam estar atreladas ao fator hereditário, com a possibilidade de se desenvolver ou não. As crises poderiam se desenvolver por meio de fatores ocasionais, como o álcool, entre outros determinantes sociais. Sua teoria foi utilizada para a construção de práticas como a lobotomia, um dos tratamentos mais desumanos. Logo após destaca-se Emil Kraepelin com a teoria do biologismo para a qual os transtornos mentais são explicados por meio da ciência. Contribuiu para o que hoje se conhece como DSM-V e o CID-11.

O conhecimento sobre as distintas teses desenvolvidas sobre a doença mental contribuiu para perceber que estas sofreram modificações em suas classificações etiológicas e tratamentos, desde Pinel a Emil Kraepelin. Posteriormente, ao considerar os determinantes sociais, as expressões da questão social como fatores condicionantes ao sofrimento psíquico, geraram uma certa mudança na visão da doença.

Apesar das mais distintas teorias psiquiátricas e posterior descoberta dos psicofármacos, o louco continuou a habitar os espaços de exclusão e segregação, maus tratos, despertando uma insatisfação de alguns segmentos da sociedade. em âmbito mundial. Dando origem ao surgimento de movimentos sociais associados aos profissionais da saúde, aos próprios usuários e familiares em prol de mudanças na forma de tratar as pessoas em sofrimento psíquico.

Em discordância aos tratamentos aos loucos, surgiram as psiquiatrias reformadas. Contudo, essas psiquiatrias não romperam com o modelo tradicional.

Essa façanha só ocorre de fato com o Psiquiatria Basaglia na Itália, causando a ruptura com o modelo hospitalocêntrico e influenciando outros países.

Era necessário um olhar direcionado ao descaso que ocorria no interior das instituições e, após denúncias da classe médica insatisfeito com o tratamento dispensado aos loucos, foi aí então que começou a surgir as mudanças no tratamento e nos direitos desse público tão injustiçado.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Maceió- Al surge da necessidade de mudanças impostas por meio dos movimentos dos trabalhadores de saúde mental e também dos movimentos sociais, do Movimento de Reforma Sanitária, das Conferências Nacionais de Saúde Mental e Saúde, que abordaram a a saúde mental e reivindicaram tratamento humanizado, ruptura com o modelo hospitalocêntrico.

Constatamos o quanto importante foram todos os movimentos e lutas empreendidas para que se alcançasse a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no estado de Ado de Alagoas. A aprovação da Lei 10.216, em 2001, significou um avanço no tratamento e garantia de direitos para as pessoas em sofrimento psíquico. A instituição da Raps, em 2011, pela Portaria 3.088, proporcionou a criação de dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, tendo como figura central os CAPS. Contudo, no ano de 2017, por meio da Portaria 3.588, ocorreram mudanças que desvirtuava o processo de Reforma Psiquiátrica, como a inserção do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial.

Em 2019 ocorre mais retrocessos, o Ministério da Saúde pública a Nota Técnica 11/2019 que entre outras coisas incentiva as internações psiquiátricas ao aumentar o repasse financeiro; internações de crianças e adolescentes; não considera mais que existam serviços substitutivos, todos estão no mesmo patamar, com isso, os CAPS perdem a primazia no tratamento psiquiátrico. Outro retrocesso é a autorização para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia; o financiamento de instituições com características asilares, as Comunidades Terapêuticas. É necessário pontuar a visibilidade do presente processo de desinstitucionalização.

Mediante tudo o que foi exposto, conclui-se que a Reforma Psiquiátrica foi e é primordial para assegurar a garantia dos direitos, resgatar a dignidade e a emancipação humana. Além da ampliação dos serviços de saúde mental, proporcionando

É necessário suporte para transformar a forma de como tratar o sofrimento psíquico. É um processo de buscar a potencialização dos serviços substitutivos

psiquiátricos, considerando como fundamental o respeito da existência-sofrimento-corpo em relação a reconstituição da ambiência social que promova a ressignificação do processo de conquista de cidadania.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 1 edição.

AMARANTE, P. D. C. (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BRASIL. Câmara Legislativa Brasileira. **Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-norma-pl.html> Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. **Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-norma-pe.html>. Acesso em: 13 mai. 2023.

BRASIL. **Decreto Lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941**. Legislação Informatizada. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3171-2-abril-1941-413188-publicacaooriginal-1-pe.html>_ Acesso em: 15 mai. 2023.

BRASIL. **Código de Nuremberg**, 1947. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/codigo_nuremberg.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Diário da União**, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 mai. 2023.

BRASIL. I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL
[https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma#:~:text=A%208%C2%AA%20Confer%C3%AAncia%20Nacional%20de,%20e%20'O%20financiamento%20setorial'](https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma#:~:text=A%208%C2%AA%20Confer%C3%AAncia%20Nacional%20de,%20e%20'O%20financiamento%20setorial) Acesso em 23 de fev.2023

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas**, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Hospitais Psiquiátricos no Brasil. **Relatório de Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos 2018**. Conselho Federal de Psicologia, 2. ed, 2019.

BRASIL. Congresso Nacional. **Projeto de Lei Nº 3657/1989, 1989. Disponível em:** <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-3657-1989#:~:text=Ementa%3A,regulamenta%20a%20interna%C3%A7%C3%A3o%20psi qui%C3%A1trica%20compuls%C3%B3ria.>
Acesso em: 22 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD)**. Departamento de Ciclos da Vida (Deciv). Secretaria de Atenção Primária a Saúde (Saps), setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação – Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação – Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2019.

BRASIL. **Portaria nº. 336/GM/MS de 2002.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 8.142 se 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8142&ano=1990&ato=850o3Zq1keFpWTcff>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Ministério Secretaria-Executiva. **Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Legislação em Saúde Mental 1990 – 2001.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – 3. ed. revista e atualizada.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura:** apostila de monitoria / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil) 1. Psiquiatria. 2. Saúde mental. 3. Transtornos mentais. I. Título. II. Série.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria 3.088 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, 2011.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Governo Federal. **Programa de Volta para Casa 2003**. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - CGMAD/DECIV/SAPS/MS.

Disponível em: <http://pvc.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 abr. 2023.

História de Alagoas – Pioneiros da Psiquiatria Alagoana - 2016

Pioneiros da Psiquiatria alagoana – História de Alagoas (historiadealagoas.com.br).

BRASIL. **Portaria 3.588 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, 2017.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Acesso em 21 de jun. de 2023

BRASIL. **Instrutivo Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – Raps – no Sistema Único de Saúde**. SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Ações Programáticas Brasília – DF 2022

BRASIL. **Constituicao Federal 1934**. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental em dados.2015

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 2019. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 abr. 2023.

BREDA, MZ. **A assistência em saúde mental**. Os sentidos de uma prática em construção. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

BARRETO, J. **O Umbigo da reforma psiquiátrica**: Cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental. Juiz de Fora: UFJF, 2005.

BENETTON, J. **Trilhas associativas**: Ampliando recursos na clínica da psicose. São Paulo: Lemos, 1991.

BUTTI, G. Formação desinstitucionalização em saúde mental. *In*: AMARANTE, P.; CRUZ, CRUZ, L. B. (Org.) **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

CANO, W. **Da década de 1920 a 1930**: Transição Rumo à crise e à industrialização o Brasil. 2012. Disponível em <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/1179/932>. Acesso em: 20 jun. 2023.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CAPONI, S. **A hereditariedade mórbida**: de Kraepelin aos neokraepelianos, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 833-852, 2011a. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2011.v21n3/833-852/pt/>. Acesso em: 02 mai. 2023.

CAPONI, S. As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. **Scientia studia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 29-50, 2011b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ss/a/LS5KCvJgtw6KrnwMCtQwcvd/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

DELGADO, Pedro G.G. Reforma psiquiátrica. Estratégias para resistir ao desmonte. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2019.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FOUCALT, M. **História da Loucura**: Na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2017

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1974.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia – mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 64-73 1999.

HARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional, março/2020, p. 513-540 - Disponível em: www.cfp.org.br. Acesso em: 20 abr. 2023.

JUNQUEIRA, A.M.G.; CARNIEL, I.C. **Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia, 2012**.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200003. Acesso em 3 de junho de 2023

LIMA, S. B. **O Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial no Agreste e Sertão Alagoano sob a ótica dos usuários**. Monografia Universidade Federal de Alagoas – Maceió, 2013.

LINS, C. A.; LIMA, K. P. A. R.; NASCIMENTO, S. M. Entre movimentos e descontinuidades: Protagonismo e resistência na luta manicomial em Alagoas. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas-Tocantins, v. 8, n. 35, 2021.

LOUZÃ NETO, M. R. **Psiquiatria Básica**. Mario Rodrigues Louzã Neto; Hélio Elkis e colaboradores. 2. ed. Dados eletrônicos – Porto Alegre: Artmed, 2007.

MACHADO, R. *et al.* **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Edições Graal, 1978. (Biblioteca de Estudos humanos: Série Saber e Sociedade; v. n. 3)

MARINGONI, G. **História: a história do negro após abolição. A Revista de informações é debates do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas**, 2011 Disponível em:
https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2673%3Acatid%3D28. Acesso em: 11 abr. 2023.

MACEDO, V. A importante contribuição da obra de Nise da Silveira para a Psicologia Analítica de Jung. **Junguiana**, v. 39, n. 2, p. 29-42, 2021. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-08252021000200004
Acesso em: 5 de jan. 2023.

MASIERO, André Luis. **A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 549-572, 2003. Disponível em:
https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Lg63Lg8vPjHT4v3TLvYmpyG/abstract/?lang=pt_
Acesso em: 10 jan. 2023.

MISKOLCI, R. A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, Jan 2006. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/i/2006.v22n1/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

Moradores de bairros afetados pela mineração em Maceió cobram 50% da indenização que a prefeitura deve receber da Braskem | Alagoas | **G1 (globo.com)**. Disponível em: <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2023/04/04/moradores-de-bairros-afetados-pela-mineracao-em-maceio-cobram-50percent-da-indenizacao-que-a-prefeitura-deve-receber-da-braskem.ghtml>. Acesso em: 20 jun. 2023.

NETO, Fuad Kyrillos; DUNKER, Christian Ingo Lenz. Depois do Holocausto: efeitos colaterais do Hospital Colônia em Barbacena. **Psicologia em revista**, v. 23, n. 3, p. 952-974, 2017. Disponível em:
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/8181/13698>. Acesso em: 20 jun. 2023.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: Uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2012.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 178-179, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/wzF5QyZ7pVvVVF5VqRHwSHf/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

OLIVEIRA, A.S; GONÇALVES; H. M.; TSZESNIOSKI, L.C. Processo de desinstitucionalização no município de Maceió, Alagoas: um estudo documental. 2021 Disponível em <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3811> Acesso em 20 de março de 2023

OLIVEIRA, F. A compreensão do fenômeno psíquico na modernidade ocidental e a prática da saúde mental social e higiênica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 4, n. 8, p. 160–165, 2012. DOI: 10.5007/cbsm.v4i8.68662. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68662>. Acesso em: 9 abr. 2023.

OLIVEIRA, R. G. C. M. **Os centros de Atenção Psicossocial e os Desafios para a Desinstitucionalização e Ressocialização dos Usuários**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2023

OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, p. 141-154, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/mCXjJg5g9LGWSDKmXjvKHcg/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2023.

Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES Secretaria de Atenção à Saúde Brasília, agosto de 2017.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 11, p. 241-258, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D9pDGYcrYXDJ7ySYkLyRkpt/>. Acesso em: 07 mai. 2023.

PEDROSO, V. L. B.; ANDRÉA, L. O. B. O. LOBOTOMIA: O CONTEXTO HISTÓRICO E SUAS IMPLICAÇÕES JURÍDICAS. **Anais do EVINCI-UniBrasil**, v. 1, n. 2, p. 92-92, 2015. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/418> Acesso em: 05 mai. 2023.

PEREIRA, M. E. C. Griesinger e as bases da “Primeira psiquiatria biológica”. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v.10, n.4, p.685-691, dez.2007. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 20 dez. 2022.

PEREIRA, M. E. C. Morel e a questão da degenerescência. Clássicos da Psicopatologia. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fundam.** v. 11, n. 3, Set. 2008. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000300012>
Acesso em 08/01/2023

PIRETTI, A. C. S.; VIEIRA, V. B. **O que podemos aprender com a Reforma Psiquiátrica italiana? Observações de uma residente brasileira em Trieste, 2022.**
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69789>
Acesso em 3 de jun. 2023

RIBEIRO, M. C. **A saúde Mental em Alagoas: Trajetória da construção de um novo cuidado.** 2012 – 243f. Tese (Doutorado) Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Acesso em 15 de março de 2023

RIGONATTI, S. P. História dos tratamentos biológicos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 31, p. 210-212, 2004. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rpc/a/W5SkG4fvkxP5rsw6M9YDcBB/?lang=pt>. Acesso em: 17 mai. 2023.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Organização Fernanda Nicacio.** 2. Ed. Editora Hucitec, 2001.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQttP/>
Acesso em: 20 abr. 2023.

SARACENO, B. **Libertando identidades.** Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte. Rio de Janeiro, 2. Ed. 2011

Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas - SESAU. Plano Estadual de saúde de Alagoas 2020-2023
Disponível em
<https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/PES-2020-2023.pdf>
Acesso em 4 de jun. 2023

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBREMANN, M. L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, p. 82-82, 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rprs/a/K3G7Y6MPKHQmdbhtsCytBZx/?lang=pt>
Acesso em: 5 mar. 2023.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 1169-1187, out.-dez. 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2023.

SILVA, G. B.; HOLANDA, A. F. Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1841-1930). **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, v. 27, p. 127-142, 2014. Disponível em:

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6512>. Acesso em: 8 abr. 2023.

SILVA, I. M. DA. **Os males da mente: assistência aos alienados no Brasil na primeira década do século XX**. Revista do Programa de pós em graduação em História da UFOP. Entre Linhas V. 1 N.1, 2022. MARIANA – MG p. 1-14.

TEIXEIRA, M. O. L. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 1 mai. 2023.

TENORIO, I. M. O.; VITAL, M. F. **A Casa dos Silenciados: Uma grande reportagem no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy**. Maceió – Al, 2013.

TRINDADE, R. L. P. *et al.* Avaliação da Organização de Rede de Atenção em Saúde Mental. **Relatório Final FAPEAL**, 2007

TRINDADE, R.L.P. (Org.) **Crise contemporânea e Serviço Social**. Maceió: EDUFAL, 2007

TRINDADE, R. L. P. *et al.* **Saúde Mental e Sociedade: Reflexões a partir do Serviço Social** – Maceió: EDUFAL; Imprensa Oficial Graciliano Ramos – 2017.

VASCONCELOS, E. M. *et al.* **Saúde Mental e Serviço Social: Desafio da Subjetividade e da Interdisciplinaridade** – 2 Ed. – São Paulo: Cortez, 2002

VENÂNCIO, A. T. A. Sobre a desinstitucionalização psiquiátrica: história e perspectivas. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, v. 14, n. 4), p. 1415-1420. 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/83vHh4vcntFyP8zftySqh5c/?lang=pt>
Acesso em: 23 fev. 2023

VIEIRA, J. D. *et al.* **Uma breve história sobre o surgimento e o desenvolvimento do capitalismo, Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-SERGIPE**, v. 2, n. 3, p. 125-137, 2015.

Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/1950>
Acesso em: 11 nov. 2022.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, 190 p. Loucura & Civilização collection. ISBN 978-85-7541-362-3.

<https://doi.org/10.7476/9788575413623>.

