

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

BRENA ALÉXIA ALMEIDA DE LIMA BARBOSA
MARIANA ALVES DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) PARA A
GARANTIA DE DIREITOS DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO
BRASIL NAS DÉCADAS DE 2000 E 2010**

MACEIÓ
2022

**BRENA ALÉXIA ALMEIDA DE LIMA BARBOSA
MARIANA ALVES DA SILVA**

**A IMPORTÂNCIA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) PARA A
GARANTIA DE DIREITOS DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO
BRASIL NAS DÉCADAS DE 2000 E 2010**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, como requisito parcial para obtenção do título de bacharela em Serviço Social, orientado pela Prof.^a Dr.^a Rosa Lúcia Predes Trindade.

MACEIÓ

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Brena Aléxia Almeida de Lima Barbosa e Mariana Alves da Silva
Alunos/as concluintes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 23/05/2022

Título:

A IMPORTÂNCIA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) PARA A GARANTIA DE DIREITOS DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO BRASIL NAS DÉCADAS DE 2000 E 2010

Conceito: aprovado

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
gov.br ROSA LUCIA PREDES TRINDADE
Data: 24/05/2022 15:46:53-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Professor
Documento assinado digitalmente
gov.br Mariana Almeida de Lima Barbosa
orientador
Data: 26/05/2022 16:17:10-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Examinador 1

Documento assinado digitalmente
gov.br Sueli Maria do Nascimento
Data: 26/05/2022 12:29:06-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Examinador 2


Antonio Jorge Belo Matos
Assistente em Administração
FSSO/UFAL
SIAPE: 2412249

Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecemos à Deus por nos permitir vivenciar essa experiência única.

A nossa família, em especial a vó Creuza que mesmo sendo semianalfabeta sempre me incentivou e apoiou nos estudos, apesar de tantas dificuldades. Hoje ela encontra-se em outro plano espiritual, mas continua sendo uma base. (Mariana)

A nossos pais, Nilson, Rinilda (Brena) e Josilene (Mariana), pelo apoio, força e amor incondicional.

A nossos irmãos Benjamim, Beatriz (Mariana) e Bruna (Brena), por acreditar em nosso potencial e por tornar os dias difíceis em momentos leves e felizes.

A nossos amigos, Kallyne, Dâmaris, Ariane, Jhully, Achylle, Karolyne, Camila e Sales por todo apoio e companheirismo ao longo dessa jornada. Em especial deixamos aqui registrado nossa imensa gratidão a nossa amiga Laura, parceira de jornada acadêmica e vida, quem nos deu total suporte, apoio e incentivo.

A Alan Pedro, pelo incentivo, carinho e paciência. (Brena)

A todos os professores, em especial nossa orientadora Rosa Prêdes, por todo o suporte.

RESUMO

O trabalho de conclusão do curso de graduação em Serviço Social tem como objeto de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A pesquisa buscou entender importância dos CAPS para viabilização do direito à saúde mental. Buscamos compreender a sua importância como instituição estatal viabilizadora dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. No que tange a metodologia, por meio de uma abordagem qualitativa, unimos as pesquisas bibliográficas com pesquisas documentais. O trabalho apresenta uma breve passagem pela historicidade da Saúde Mental e os principais fatores que contribuíram para as mudanças dos tratamentos psíquicos, assim, demonstra no decorrer do estudo a trajetória vivenciada pela institucionalização do sofrimento psíquico, os tratamentos desumanos, a exclusão social, abordando os movimentos sociais e grandes profissionais que foram essenciais para humanizar esses tratamentos e instituir direitos. Ao buscar sua historicidade, compreendeu-se que a Saúde Mental passou por várias fases de percepção, pois havia uma linha tênue entre tratamentos dignos e uma parcial e até mesmo total, exclusão social. Em meio a tantos avanços no que tange a Saúde Mental e a consolidação dos CAPS, é necessário fortalecer cada vez mais essas instituições substitutivas ao manicômio e às internações desnecessárias.

Palavras-chave: CAPS. Saúde mental. Direitos. Loucura.

ABSTRACT

The work of conclusion of the graduation course in Social Work has as object of Centers of Psychosocial Attention (CAPS). The research sought to understand the importance of CAPS for the viability of the right to mental health. We seek to understand its importance as a state institution that enables the rights of people in psychological distress. Regarding the methodology, through a qualitative approach, we combine bibliographic research with documental research. The work presents a brief passage through the historicity of Mental Health and the main factors that contributed to the changes in psychic treatments, thus, it demonstrates in the course of the study the trajectory experienced by the institutionalization of psychic suffering, inhuman treatments, social exclusion, addressing the social movements and great professionals who were essential to humanize these treatments and establish rights. When looking for its historicity, it was understood that Mental Health went through several stages of perception, as there was a fine line between dignified treatments and a partial and even total social exclusion. In the midst of so many advances in terms of Mental Health and the institutionalization of CAPS, it is necessary to increasingly strengthen these institutions that replace the asylum and unnecessary hospitalizations.

Keywords: CAPS. Mental Health. Rights. Crazyness.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE MENTAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	17
2.1 Aspectos históricos da saúde mental e a consolidação do modelo manicomial	17
2.2 A crítica ao modelo manicomial e a construção da reforma psiquiátrica Brasileira	28
3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) E A GARANTIA DE DIREITOS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL NAS DÉCADAS DE 2000 E 2010	42
3.1 A garantia de direitos na luta antimanicomial e na reforma psiquiátrica Brasileira	43
3.2 Os CAPS como facilitadores dos direitos relativos à saúde e aos direitos humanos no Brasil nas décadas de 2000 e 2010	54
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresenta os resultados do estudo acerca da relevância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como instituição estatal viabilizadora dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Diante de uma experiência de estágio não obrigatório¹ em um CAPS, presenciando no dia a dia os relatos dos usuários de como os estigmas os cercam e para além desse fato, o quanto o direito dessas pessoas são violados no âmbito social, reforçando como essas instituições são essenciais na vida dessas pessoas. Isto nos motivou a buscar conhecer e entender como se deu o seu desenvolvimento e o que há por trás deste dispositivo de atenção em saúde mental, além de suas funções sociais, uma vez que os CAPS são relativamente novos, sendo relevante buscar a história da Saúde Mental antes da criação desses Centros, e assim, extrair do tema todo o conhecimento que envolve a Saúde Mental e a desinstitucionalização² da loucura.

Neste trabalho, buscamos traçar a trajetória histórica do que ficou conhecido como Saúde Mental e enfatizamos a participação dos CAPS no que se refere à garantia dos direitos fundamentais da pessoa humana. Historicamente, de acordo com Pereira (2011), desde o final da idade média as pessoas em sofrimento psíquico vêm sendo vistas como loucas e submetidas a tratamentos violentos. Situação que período mais tarde resultaria na perda de direitos dessas pessoas, pois, de acordo com Barreto (2009) Os direitos conquistados na era moderna, enquanto cidadãos, eram violados e até mesmo considerados inexistentes, além de serem consideradas incapazes de conviver em sociedade, em virtude do preconceito e até mesmo por não estarem enquadrados frente às normas impostas. No Brasil, mesmo com as garantias conquistadas especialmente a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, lidamos constantemente com circunstâncias que ferem a concepção e efetivação dos direitos e enfrentamos os limites da garantia de direitos numa sociedade capitalista. Ainda assim, a história nos mostra que a saúde mental como direito é uma conquista

¹ Mariana Alves da Silva realizou não obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial Dr^o Múcio Tenório Veras, na cidade de São José da Laje – AL, em 2018-2019.

² Fundamentadas nos estudos de Amarante (1996), a desinstitucionalização é entendida a partir da união de estratégias que levam a desospitalização. Essas, são compreendidas a partir da busca por medidas alternativas para evitar internações inadequadas nessas instituições. Uma outra medida é priorizar a volta dos pacientes já internados para o seu seio social além de estabelecer uma rede de suporte comunitário para o cuidado à Saúde Mental alheia aos Hospitais Psiquiátricos.

e que são necessários dispositivos institucionais para contribuir com a garantia de direitos.

Diante desse contexto cruel, nos desafiamos a estudar a Saúde Mental e, a partir de então, surgiu a seguinte indagação: qual a importância dos CAPS para viabilização do direito à saúde mental? Com o processo de pesquisa, buscamos compreender a importância dos Centros de Atenção Psicossocial enquanto instituição estatal viabilizadora dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, objetivando especificamente abarcar o processo de construção desses CAPS e ainda analisar a importância dessa instituição como facilitador dos direitos fundamentais da pessoa humana no âmbito da cidadania, através do acesso a uma atenção em saúde mental que promova a integração social desde a infância.

Avaliamos que o estudo dessa temática pode contribuir com a desmistificação do estigma da loucura vislumbrando a não reprodução de paradigmas que aconteciam no século XVII, onde os manicômios estavam emergindo e se tornando referência de tratamento (PEREIRA, 2011) uma vez que, em sua maioria, a forma como a sociedade lida com o sofrimento psíquico é resultante do desconhecimento acerca da história da saúde mental como um todo. Além disso, o estudo visa inspirar pesquisas futuras referentes a esta temática com o intuito de contribuir para a disseminação de importantes reflexões acerca das experiências vivenciadas por pessoas em sofrimento psíquico antes do surgimento de uma instituição que visa assegurar seus direitos.

Em outras palavras, o trabalho está centrado na demonstração de uma realidade em que pessoas em sofrimento psíquico eram submetidas a institucionalização do sofrimento psíquico e a consequente violação dos direitos, a fim de desvelar e compreender a forma como os CAPS se inserem nesse contexto. Acontece que essas pessoas eram vistas como loucas, um perigo a ser mantido longe do convívio social e literalmente jogadas à própria sorte em Manicômios, coagidas a formas de tratamentos impiedosas. A exemplo disso, o documentário “O Holocausto Brasileiro” (2020), baseado no livro Homônimo (2013) de Daniela Arbrex³, demonstra na prática a realidade de um genocídio que aconteceu aqui no Brasil, mais especificamente em um Hospital Psiquiátrico de Barbacena - MG, o Hospital Colônia,

³ Daniela Arbrex, diretora e escritora da obra O Holocausto Brasileiro, juntamente com Armando Mendz, lançado em 2016, a qual foi disponibilizado na plataforma virtual YouTube, no canal “Ícones Negros”, postado em 27 de abril de 2018, com duração de 1 hora e 30min.

ao longo do século 20, enfatizando questões atinentes ao papel deste durante oito décadas.

O documentário conta a história de uma das maiores tragédias brasileiras, embora poucas pessoas tenham o conhecimento dessa, em que cerca de 60 mil pessoas morreram em decorrência de um tratamento inadequado, inclusive o local chegou a ser comparado com um campo de concentração. Mas, quem eram essas vítimas? Toda e qualquer pessoa que não se adequa aos padrões impostos pela sociedade: alcoólatras, pessoas tímidas ou tristes, homossexuais, prostitutas, mulheres que engravidaram de patrões e precisavam ser escondidas da sociedade, até crianças rejeitadas, não esquecendo as pessoas que de fato sofriam de transtornos mentais⁴; sendo assim, um grande depósito de indesejáveis sociais. Alguns ex-funcionários relatam como era o dia a dia naquele local, as formas de tratamentos, as formas como os próprios funcionários trabalhavam, enfermeiros e médicos, inclusive como eram as relações familiares desses internos, ficando evidente que esse genocídio velado tinha a conivência de familiares, funcionários, médicos, Estado e da sociedade de maneira geral.

Daniela Arbrex, autora do livro “Holocausto Brasileiro” (2013) e diretora do documentário supracitado, registra em sua obra algumas das formas de tratamento:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs (ARBREX, 2013, p.14).

⁴ É verídico que a loucura ao ser configurada enquanto objeto de estudo médico recebeu o título de doença mental e com isso diferentes nomenclaturas, como transtorno mental e sofrimento psíquico, sendo utilizados em diferentes momentos da história. Por trás dessas nomenclaturas existem diferentes concepções em que difere o sofrimento psíquico do transtorno mental, assim, o termo sofrimento psíquico é criado no período pós-guerra quando Franco Basaglia impulsiona questionamentos e denúncias sobre as condutas excludentes e violentas dos Hospitais Psiquiátricos, trazendo a necessidade de desconstruir o conceito de doença mental, dando espaço ao entendimento da loucura como “existência-sofrimento” da pessoa, porém a nomenclatura transtorno mental é ligada a categoria médica remetendo a fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, reconhecível pelos sintomas ou comportamentos. (Del’Olmo e Cervi, 2017)

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida (ARBREX, 2013, p.14).

Pelo menos trinta bebês foram roubados de suas mães. As pacientes conseguiam proteger sua gravidez passando fezes sobre a barriga para não serem tocadas. Mas, logo depois do parto, os bebês eram tirados de seus braços e doados (ARBREX, 2013, p.14).

Também está posto no impactante e emocionante documentário, depoimentos de pessoas (chamadas de pacientes) que passaram por ali, relatando as mais diversas formas de violação de direitos, psicológicas e físicas que sofriam, os tratamentos, as condições estruturais insalubres, o abandono familiar, o trabalho que eram forçados a fazer, como prestaram serviços ao município fazendo o calçamento de ruas, construção de casas dos próprios funcionários do hospital, em outras palavras, podemos dizer que são sobreviventes de décadas de tragédias que ocasionaram irreversíveis traumas psicológicos. Em vida, os pacientes não tinham qualquer direito assegurado, e em morte muito menos, eram tratados como mercadorias. Arbrex (2020) relata que há registros de vendas de corpos e peças anatômicas para faculdades de medicina, quando não tinha essa comercialização, eram literalmente jogados em carrocinhas e encaminhados para o cemitério localizado no próprio hospital.

A visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia⁵, referência mundial na busca pela humanização dos modelos de atendimento, como cita Arbrex (2020), ao Hospital Colônia em 1979, trouxe muitas mudanças para a instituição. Horrorizado com a situação, considerou o espaço como um campo de concentração e passou a ser um símbolo da luta por mudanças no tratamento.

Só a partir de 1992 o Hospital estava passando por um processo de mudança relacionada à forma de tratamento, ainda haviam muitas características de hospício, mas já com um avanço. Os leitos psiquiátricos foram, aos poucos, substituídos por modelos de atenção mais humanizados, pequenos avanços que foram reconhecidos

⁵ Nascido em 1924, Franco Basaglia formou-se em medicina e dedicou seus estudos à psiquiatria e filosofia. Após uma luta incansável do mesmo, foi decretado definitivamente o encerramento dos hospitais psiquiátricos italianos, mediante aprovação da lei 180, a qual ficou conhecida como Lei Basaglia (SERAPIONI, 2019).

e comemorados. O documentário nos faz refletir sobre quem são os culpados por 80 anos de tortura e violação de direitos humanos. Arbrex (2020) esclarece que seria injusto culpar apenas os funcionários, os familiares, o Estado ou mesmo a sociedade, uma vez que foram décadas de omissão e conivência, onde todos estavam cientes das atrocidades que gerou cerca de 60 mil vítimas fatais na instituição.

Direcionar o estudo para a Saúde Mental se faz necessário abordar sua historicidade, uma vez que é esse resgate histórico que vai nos trazer informações essenciais acerca da trajetória percorrida até a criação e desenvolvimento desses Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contribuição necessária para a compreensão e reflexão da relevância dessa instituição. Dessa, forma, para subsidiar esse estudo, no que tange a metodologia, foram utilizadas pesquisas bibliográficas elaboradas em várias etapas, englobando diferentes referenciais teóricos indispensáveis para a compreensão das particularidades vivenciadas pelas pessoas em sofrimento psíquico, reforçando o caráter investigativo de abordagem qualitativa, ressaltando nossa abordagem a partir de uma perspectiva crítica, uma vez que voltamos nossa atenção para a história da saúde mental e a relevância dos CAPS no processo de luta por direitos. A utilização da pesquisa documental foi imprescindível; realizamos levantamentos de legislações relacionadas à política de saúde, no que se refere ao Sistema Único de Saúde - SUS, especificamente à Saúde Mental e as normatizações dos CAPS. Os resultados desse estudo são apresentados nas seções deste TCC.

Na segunda seção, abordaremos as particularidades históricas da saúde mental e da reforma psiquiátrica, buscando trazer aspectos conceituais e práticas realizadas em diferentes espaços de tempo, conseqüentemente, a consolidação do modelo manicomial. Também serão expostos os movimentos de lutas sociais em busca de melhorias referentes à saúde e os tratamentos destinados às pessoas em sofrimento psíquico, impulsionando críticas ao modelo de tratamento e a necessidade da construção da reforma do sistema psiquiátrico.

Já na terceira seção, direcionamos a discussão para o CAPS enquanto instituição que é fruto da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil, como uma instituição facilitadora dos direitos referentes à Saúde Mental e aos direitos humanos, os avanços em virtude da regulamentação de normas constitucionais que asseguram o exercício da cidadania e a importância da desconstrução da cultura estigmatizante. O estudo permitiu ressaltar a relevância da união entre instituições,

usuários, familiares e sociedade como parte essencial do tratamento e da reintegração social.

O tema pesquisado neste TCC de graduação em Serviço Social levou-nos a reconhecer a importância do tema para a profissão, visto que os vínculos entre Serviço Social e a Saúde Mental são marcados pela história da política de Saúde Mental no Brasil, com destaque para a atuação profissional dos assistentes sociais nos CAPS, instituição essa que carrega o caráter estratégico desinstitucionalizante as instituições manicomiais.

Segundo Patriota *et al* (2010), a inserção do Serviço Social na Saúde Mental no Brasil acontece em meados de 1940, com a criação dos serviços sociais psiquiátricos, através de práticas orientadas pelo método higienista, visando ações para moldar os usuários e seus familiares ao que era considerado como base e modelo para conviver em uma sociedade capitalista que, no Brasil, foi imposto por um Estado ditatorial incentivador de práticas moralizantes para lidar com as consideradas disfunções sociais. Dessa forma, as ações eram submissas a equipe médica, direcionadas a práticas assistencialistas acríticas e burocráticas, que segundo Barbosa (2006) visavam à reintegração social por meio da harmonia entre sociedade e o comportamento considerado “normal”. Inicialmente o serviço social se insere nesse campo através dos Centros de Orientação Juvenil (COJ) e dos Centros de Orientação Infantil (COI), com o dever de identificar e direcionar a tratamentos a crianças consideradas problemáticas, além de auxiliar na implementação da educação higiênica nas escolas e no âmbito familiar. Silva *et al* (2019) mostram que o Serviço Social estava preso às amarras de uma atuação sob a ótica de uma perspectiva higienista em favor do Estado, atuando baseados no campo “psi”, com direcionamentos da psicologia, psiquiatria e psicanálise.

Os processos que levaram profissionais de Serviço Social a questionarem suas bases conservadoras contribuíram para que, a partir do final da década de 1970, a profissão buscasse outros rumos, o que vai colaborar para iniciar a aproximação com as lutas pelos direitos também na saúde mental. Nos países da América Latina houve a experiência do Movimento de Reconceituação⁶, e no Brasil acontece a renovação

⁶ O movimento de reconceituação do Serviço Social na América Latina teve lugar no período de 1965 a 1975, impulsionado pela intensificação das lutas sociais que se refratavam na Universidade, nas Ciências Sociais, na Igreja, nos movimentos estudantis, dentre outras expressões. Ele expressa um amplo questionamento da profissão (suas finalidades, fundamentos, compromissos éticos e políticos, procedimentos operativos e formação profissional), dotado de várias vertentes e com nítidas

crítica⁷ do Serviço Social. Nesse processo de renovação crítica, como afirmam Patriota *et al* (2010), tanto o Serviço Social quanto a Saúde Mental passaram por mudanças que trouxeram para atuação dos assistentes sociais um agir profissional amplo, com a capacidade e autonomia de percepção de outras necessidades que não se enquadram apenas na política de saúde.

É interessante salientar que a renovação crítica do Serviço Social e a luta antimanicomial na Saúde Mental possuem muitos aspectos em comum, ambos percorreram e ainda percorrem uma trajetória de lutas sociais em prol da efetivação e garantia dos direitos sociais, a qual foram e ainda são negados a indivíduos considerados impróprios ao convívio social por apresentarem aspectos que se distinguem do que é considerado normal na sociedade capitalista. Diante disso, podemos fazer uma alusão da relação entre o surgimento e consolidação do Serviço Social e da política de saúde pública no Brasil; estes se assemelham inicialmente pela forma assistencialista e burocrática adotada, em seguida por perpassar o eixo da consolidação de direitos (PEREIRA, 2011).

Nesse sentido, o Serviço Social tem seu agir em uma prática interventiva na garantia da cidadania, nos aspectos políticos, civis e econômicos, direitos esses adquiridos em um longo processo de lutas sociais. Situando os CAPS nesse contexto, enquanto instituição destinada a pessoas com transtornos mentais, segundo Pereira (2011) os CAPS possuem princípios fundamentais, tais como a organização de um serviço efetivo substituto aos Hospitais Psiquiátricos, prezando por: desinstitucionalização, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, promoção da cidadania e (re)construção de autonomia, dentre outros, promovendo, acima de tudo, a viabilização de um tratamento digno e humanizado. Barbosa (2006) nos diz que o serviço social há anos vem configurando sua atuação profissional na divisão sociotécnica do trabalho, tendo sua atividade profissional consolidada nas estruturas institucionais públicas e privadas prestadoras de serviços sociais viabilizadores de

particularidades nacionais. Mas sua unidade assentava-se na busca de construção de um Serviço Social latino-americano: na recusa da importação de teorias e métodos alheios à nossa história, na afirmação do compromisso com as lutas dos “oprimidos” pela “transformação social” e no propósito de atribuir um caráter científico às atividades profissionais (IAMAMOTO, 1998, apud lamamoto, 2009, p.201-250).

⁷ Esse processo de renovação crítica do Serviço Social é fruto e expressão de um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade e do Estado no país, com forte presença das lutas operárias, que impulsionaram a crise da ditadura militar (IAMAMOTO, 2009, p.4).

políticas sociais, voltadas para suprir as necessidades de reprodução da força de trabalho.

Dessa forma, o Serviço Social no contexto da saúde mental se apresenta como uma das profissões que contribuem para o processo de desmistificação das patologias psiquiátricas, compreendendo a totalidade do indivíduo, entendendo que a saúde mental vai além de um fator biológico, atuando nas particularidades dessas pessoas de maneira a identificar as expressões da questão social, intervindo para assegurar a garantia de seus direitos, uma vez que trata-se de uma profissão de caráter sociopolítico, crítico, investigativo e interventivo.

Assistentes sociais têm sua participação como membro integrante da equipe multiprofissional dentro dos CAPS agindo de maneira a intervir nas expressões da questão social a que os usuários do serviço estão vivenciando, assegurando seus direitos enquanto cidadãos, além de contribuir ativamente no processo de mudanças de paradigmas historicamente construídos, buscando o cumprimento dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, a especificidade desses profissionais no âmbito da saúde mental em geral e em especial dos CAPS, está em seu conhecimento e prática relacionados à proteção e garantia dos direitos sociais (PEREIRA, 2011).

Em seu agir profissional, como relatam Santos e Noronha (2010), o Assistente Social faz o uso de instrumentos potencializadores de suas ações interventivas, sendo este um conjunto de fatores que estabelecem uma condição necessária para a efetivação de suas finalidades, ou seja, os instrumentos são criados conforme a finalidade da ação profissional, são elaborados conforme um conhecimento teórico e utilizados de forma consciente e intencional. Essas técnicas são provenientes de uma construção histórica e o uso delas é importante, mas é preciso pensar e construir instrumentos conforme a demanda da atual leitura da realidade, ir além do que foi instituído historicamente.

Guerra (1995) nos explica que para se ter um agir profissional efetivo, é preciso o uso da instrumentalidade, isto se refere a capacidade e/ou qualidade do profissional de previamente idealizar sua finalidade, além de buscar os meios possíveis para alcançar o objetivo. Em outras palavras, a instrumentalidade não se reduz aos instrumentos técnicos da profissão, vai além disso, se caracteriza na racionalidade do profissional em, a partir da demanda posta, idear a finalidade e, considerando as condições objetivas e subjetivas, ter a capacidade de adequar os meios, as condutas,

os instrumentos necessários para se chegar a esse fim. Dessa forma, vê-se que a instrumentalidade é construída e reconstruída historicamente e socialmente devido a conjuntura vigente, não havendo uma forma fixa de realização da profissão.

Segundo Barbosa (2006) o projeto profissional dos assistentes sociais se apresenta aliado aos conceitos base do movimento da Reforma Psiquiátrica. A profissão assim como o movimento, através das lutas cotidianas, busca a efetivação plena dos direitos sociais das pessoas em sofrimento psíquico, através de iniciativas que buscam a ampliação e consolidação da cidadania dessas pessoas, com acesso igualitário a serviços sociais, resultando em melhores condições de vida e no respeito a suas diferenças. Ao ler Nascimento (2009) foi possível entender que essas iniciativas só são possíveis devido a reconfiguração da política de saúde mental, na qual a rede assistencial da saúde mental passou a ser entendida para além dos limites e moldes do hospital psiquiátrico, tendo a construção de instituições desinstitucionadoras, tais como os CAPS que estimula a participação comunitária e da sociedade civil organizada enquanto importantes ferramentas de desestigmatização do indivíduo em sofrimento psíquico.

Em nossa pesquisa, pudemos perceber que assistentes sociais podem ser profissionais inteiramente comprometidos com a política de saúde mental e com os direitos sociais de seus usuários. Com sua inserção nos serviços de Saúde Mental, em especial nos CAPS, instituição de caráter substitutivo aos manicômios e espaços de cuidado e atenção às pessoas em sofrimento psíquico, tais profissionais, são capazes de contribuir consideravelmente, visto que a nova política de saúde mental resultante da reforma psiquiátrica requer profissionais críticos, humanistas, qualificados tecnicamente, dentre outros atributos que o serviço social carrega em suas funções profissionais em defesa aos direitos humanos e sociais (PEREIRA, 2011).

Desta forma, Pereira (2011) ainda esclarece que a atuação profissional dos assistentes sociais nos CAPS acontecem em diferentes frentes de atuação, sejam através de articulações realizadas com a família dos usuários, com a comunidade ou com a própria instituição; seja desenvolvendo atividades de suporte social, que podem acontecer no âmbito da saúde ou com outras políticas sociais, seja na área de lazer, educação ou outros, além de desenvolver projetos sociais, fazendo encaminhamentos para concessão de benefícios, para obtenção de documentos, apoiando o exercício dos direitos civis dessas pessoas, dentre outras situações como a necessidades de

acolhimentos, orientações, visitas domiciliares e institucionais, busca ativa, dentre outras demandas que podem ser apresentadas aos assistentes sociais nesse campo de atuação.

Ainda segundo a autora supracitada, o profissional inserido nos CAPS se depara com situações que expressam total fragilidade no que diz respeito à proteção social de seus usuários, fato que podemos atrelar as desigualdades resultantes da relação capital versus trabalho existente na nossa sociedade capitalista. Assim, os CAPS possibilitam aos assistentes sociais exercerem suas funções profissionais ultrapassando as limitações físicas da instituição, possibilitando articulações junto à comunidade em busca de viabilizar aos usuários e seus familiares acesso aos recursos sociais disponíveis, contribuindo na construção de novos espaços sociais que possibilitem aos usuários dos CAPS o reconhecimento de sua autonomia e capacidade. Por isso, o Serviço Social se apresenta como categoria profissional de extrema importância na efetivação da política de Saúde Mental visto que nesse ambiente é necessário profissionais que possam atuar compreendendo as necessidades sociais em sua totalidade, buscando desenvolver atividades que ampliam o atendimento das demandas postas por cada usuário, numa visão que possibilita a prestação de serviços, tomando como base a o reconhecimento dos direitos que lhes são garantidos, além de seus familiares que também devem ser assistidos já que são considerados uma das bases de apoio fundamental ao desenvolvimento pessoal daqueles que se encontram em sofrimento psíquico.

Por isso, pensar a loucura enquanto doença que precisa ser estudada e que as pessoas acometidas por ela necessitam de cuidados específicos foi decisivo para a superação dos tratamentos tortuosos e pela busca de tratamentos humanamente adequados. Assim, podemos dizer que os CAPS são instituições governamentais que atuam como intermediários entre os usuários e o meio social, além de possibilitarem condições fundamentais para um tratamento completo, levando qualidade de vida a estes e seus familiares, ainda auxiliando no desenvolvimento da autonomia deles, lhes propiciando a oportunidade de exercerem sua cidadania, enquanto cidadãos de direitos inseridos em uma sociedade. Deste modo, este estudo tem o intuito de promover a compreensão do processo de consolidação dos CAPS e desvelar a sua importância como facilitador dos direitos fundamentais da pessoa humana no âmbito da cidadania, através da reintegração social, desconstruindo

estigmas com objetivo de fomentar o entendimento sobre a notoriedade dessas instituições para viabilizar o direito à Saúde Mental.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE MENTAL E DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL

Buscar um resgate histórico é indispensável quando se trata dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma vez que analisar essa historicidade nos traz informações imprescindíveis acerca da trajetória percorrida pela Saúde Mental, o que envolve conceitos e práticas sobre loucura, doença mental e sobre transtornos e sofrimentos psíquicos. A partir de um determinado momento essa história envolve a luta por direitos e os CAPS têm sido importante instituição estatal, inserida na política de saúde, mediadora da inserção de pessoas com transtornos mentais na sociedade contemporânea.

2.1 Aspectos históricos da saúde mental e a consolidação do modelo manicomial

Em nossos estudos, foi possível perceber a existência de dois direcionamentos na trajetória histórica do que foi chamado de loucura, ou doença/saúde mental. Segundo Ferreira *et al* (2016), na Grécia antiga os loucos⁸ eram apontados como intermediários dos deuses para com os povos, eles eram considerados porta vozes das entidades místicas/divinas, a população considerava as particularidades dos loucos como algo que só pessoas especiais poderiam possuir, eram valorizados e exaltados como se fossem as próprias divindades. Pereira (2011) esclarece que nesse período histórico não existia estigmatização ou exclusão dessas pessoas, sendo vistas como privilegiadas, pois acreditava-se que através de seus momentos de delírios, elas estariam se comunicando com as verdades divinas, sendo possível sua intervenção no destino das demais pessoas.

⁸ Salientamos que ao longo do estudo foram utilizados termos como loucos, doentes mentais, e afins em respeito às definições utilizadas por autores devidamente referenciados e pelo fato de que a loucura não possui uma concepção homogênea de sua conceituação, visto que a depender do período histórico ela pode apresentar ambiguidade em relação a seu conceito, desta forma, ressaltamos que as autoras têm ciência que atualmente algumas nomenclaturas são inadequadas ao que se refere ao sofrimento psíquico.

Os gregos defendiam a ideia de que a divindade Zeus possuía o poder sobre todas as coisas e seus resultados. Tal divindade agia no plano cósmico, decidindo de forma soberana sobre o destino das coisas e dos indivíduos e quando algo a ameaçava ela roubava dos homens a razão. Dessa forma a loucura era vista como um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não fossem contestados pela vontade dos homens (PEREIRA, 2011, p.37).

No final da idade média essa figura de divindade é quebrada, entrando em cena o segundo direcionamento, em que a loucura já se vinculava às questões espirituais e religiosas, o louco que era visto como algo divino devido sua singularidade, passa a ser demonizado pelo mesmo motivo, ou seja, culpabilizado por se diferenciar dos demais sujeitos. A igreja católica acreditava que essas pessoas ameaçavam o domínio da instituição sobre a sociedade. “

O louco, nesse contexto, passa então a ser visto como uma pessoa perigosa. Isto porque a possessão demoníaca só ocorre em homens em falta, ou seja, descrentes, uma vez que as pessoas boas não são atingidas pelo demônio (PEREIRA, 2011, p.39).

Dessa forma, a igreja alegava que tais indivíduos estavam possuídos por demônios, eram perigosos e que essa situação caracterizava a sua descrença em relação aos preceitos religiosos. Praticava-se a tortura, que na época eram práticas que pretendiam retirar dos demônios nos indivíduos, assim, essas pessoas eram trancadas em lugares onde passavam por "rituais religiosos de exorcismo ou adorcismo⁹" (FERREIRA et al, 2016, p.74). Então, essas pessoas foram sendo estigmatizadas, perderam sua liberdade e autonomia, levando ao ferimento de seus direitos enquanto cidadãos.

Entre os séculos XV e XVI, a loucura passa a ser rotulada moralmente, o que a levou “ser tratada com liberalidade, mantendo o louco em liberdade” (PEREIRA, 2011, p. 39), vagando junto aos pobres pelas ruas dependendo de caridades para sobreviver, situação essa que era vista como resultado da vontade de Deus, por isso o auxílio aos pobres eram visto como ato da salvação humana, ou seja, a exploração de uma classe social sobre a outra era tida como desígnio de Deus para que os apropriadores da riqueza socialmente construída, pudessem ser salvos através da “benevolência”, fato que já se tratava de uma expressão da questão social resultante das problemáticas do sistema feudal.

⁹ “O adorcismo de possessão refere-se às manifestações diabólicas, as irrupções involuntárias do mal.” (FERREIRA et al, 2016, p.74)

Segundo Barreto (2009) com o declínio da sociedade feudal, tornou-se evidente o aumento das expressões da questão social¹⁰ levando a propagação da desigualdade/vulnerabilidade, gerando uma grande crise social, que ocasionou um aumento significativo de pedintes nas cidades, além de muitos episódios de crimes. E “com o advento da Revolução Industrial, muitos dos grupos marginalizados tornaram-se mão-de-obra potencial para o trabalho, o que não ocorreu com os doentes e os insanos” (BARRETO, 2009, p.27).

O século XVIII ficou conhecido por algumas grandes revoluções que marcaram a história da sociedade e conseqüentemente da loucura. Com esses processos revolucionários inaugura-se "uma nova ordem econômica, política e social, traduzida no projeto da Ilustração, que é a expressão histórica do Iluminismo" (BARBOSA, 2006, p. 18) a qual buscava libertar os homens de mitos, fortalecendo o entendimento da razão inerente à emancipação pessoal, desencadeando sua autonomia.

A Revolução Industrial que se iniciou na Inglaterra, comandou uma espécie de seleção dos indesejáveis vistos como aptos para comporem o mercado de trabalho industrial, a qual estava em processo de desenvolvimento e carecia de mão-de-obra barata, com isso, os loucos já vistos como sem razão “se apresentavam inaptos ao labor e ofereciam perigo à paz e à tranquilidade social, foram encaminhados a um local específico para essa população, que viria a ser o hospital psiquiátrico”(BARRETO, 2009, p.27), portanto eram excluídos do mercado de trabalho e conseqüentemente do convívio social. Vê-se então que qualquer pessoa que apresentasse características fora dos padrões estabelecidos nas normas do trabalho industrial e da moral burguesa, eram internadas em instituições asilares objetivadas a realizarem uma espécie de limpeza social.

Com o advento da revolução industrial, os antigos incapazes tornam-se socialmente indispensáveis e vão constituir a reserva humana operadora da grande indústria. As críticas ao antigo esquema de assistência, com base no liberalismo, que via nela um bastião de absolutismo e um desperdício de força de trabalho e de vidas humanas, possibilitam a libertação dos presos internados arbitrariamente pela vontade da família. Assim, todos os grupos, que no período precedente conviviam com os loucos, vão sendo restituídos à liberdade, com exceção dos próprios loucos (BARBOSA, 2006, p. 21/22).

Ainda no século XVIII, os processos decorrentes da Revolução Francesa foram um “momento histórico ímpar; palco de várias transformações econômicas, sociais e políticas que têm muita importância para a área da medicina e o campo da saúde e,

¹⁰ "Questão social é produto da desigualdade de classes, que marca a nossa sociedade, através do modo de produção capitalista." (SILVA, 2012, p.27)

em nosso interesse particular, para a história da psiquiatria e da loucura” (AMARANTE, 2007, p. 22). Ainda segundo o autor, a Revolução Francesa foi um processo de superação do Estado Absolutista, liderado até então pela aliança entre a aristocracia monárquica e o clero. Barreto (2009) esclarece que a Revolução Francesa foi um marco que auxiliou no surgimento da ordem moderna e no reconhecimento dos indivíduos enquanto cidadãos, criando uma nova visão do homem, o homem da razão, capaz de participar da esfera pública, inserindo-se no mundo de trocas e do contrato social, “na qual, a cidadania seria resguardada por um contrato social, cabendo ao Estado soberano o papel de instância que salva guardaria o direito e a liberdade dos indivíduos” (BARRETO, 2009, p.20). Entretanto, a priori, a concepção de cidadão não foi atribuída aos loucos, visto que, a mesma foi estabelecida aos considerados racionalmente normais, restando aos loucos apenas o estigma de despossuídos de razão, perdendo-se o seu livre arbítrio.

Na ruptura com a sociedade feudal, é importante lembrar que esses marcos históricos trouxeram novas formas de produção de mercadoria, além de alterar a divisão sociotécnica do trabalho, resultando em um novo sistema econômico, social e político, ou seja, no modo de produção capitalista, levando a uma nova sociedade.

A sociedade passa a ser percebida como uma associação livre de seres autônomos e iguais perante a lei, dispostos a comprar e vender sua força de trabalho. Essa relação pressupõe conotações diferentes quanto à realização da liberdade, preconizada de acordo com a classe social (burguesa ou trabalhadora) a que o indivíduo pertencesse (BARBOSA, 2006, p. 19).

A sociedade capitalista traz em sua base estrutural um sistema político/econômico que almeja o acúmulo de riquezas, trazendo grandes mudanças no entendimento da loucura. O fato é que, em uma sociedade declaradamente capitalista, onde o trabalho é o grande responsável por manter esse sistema, os indivíduos são classificados de acordo com sua capacidade ou não da venda dessa força de trabalho, pois são forçados a se venderem constantemente configurando-se em uma espécie de mercadoria, sendo vítimas de processos políticos, econômicos e sociais desse sistema excludente (MARX, ENGELS, 2008). É evidente que diante do condicionamento físico/psíquico dos loucos, resultantes de seu adoecimento, sua capacidade em executar atividades trabalhistas passa a ser questionada. A depender do estágio em que esse sofrimento psíquico se encontra, suas condições para executar as funções do trabalho podem se tornar significativamente comprometidas,

além do convívio social, o que não justifica a exclusão definitiva dessas pessoas em relação ao mercado de trabalho ou até mesmo à sociedade.

Nesse caso, os loucos por serem vistos como incapazes de gerar mais-valia, ou seja, valor excedente resultante da exploração desse trabalhador, passaram a ser vistos como inúteis/improdutivos e marginais. Assim, ficará visível que na classe trabalhadora serão valorizadas as pessoas consideradas aptas ao trabalho, estas serão exploradas através da venda de sua força de trabalho, "cedendo temporariamente ao capitalista o direito de dispor dela" (MARX, 1988, p.24), enquanto os considerados inaptos serão discriminados e excluídos da sociedade sendo direcionados a prisões e leprosários, sendo encarcerados e misturados com criminosos e leprosos, embora estes não aceitavam dividir o seu espaço com os loucos. Com o avanço do capitalismo, as pessoas consideradas capazes de gerar riquezas foram retiradas desses lugares e incluídas no mercado de trabalho, situação essa que não foi o caso dos loucos que acabaram por serem direcionados a lugares específicos buscando por cuidados médicos, ato que levou ao surgimento dos grandes hospitais, ou melhor falando, os Hospitais Gerais (PEREIRA, 2011).

Os Hospitais Gerais, surgiram no século XVII, inicialmente foram criados com o propósito de acomodar os indivíduos indesejáveis socialmente, ou melhor, os loucos e os considerados improdutivos, sendo um novo espaço que oferecia o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Para o filósofo Michel Foucault, o surgimento desses Hospitais foi de fundamental importância para a definição de um novo lugar social para loucura (AMARANTE, 2007). No entanto, nesses ambientes essas pessoas passavam por tratamentos desumanos e cruéis, tais hospitais assemelhavam-se a prisões. "Ambos funcionavam como depósitos da miséria, onde se encontravam insanos, pobres, mendigos, vagabundos e demais doentes" (PEREIRA, 2011, p.41), ou seja, propagavam a exclusão social dos indivíduos, favorecendo a internação dessas pessoas, sendo elas determinadas por autoridades reais e judiciárias. Por isso, Foucault já nos dizia: "O Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semi jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa". (FOUCAULT, 2004, p. 57) ou seja, possuíam um poder absoluto sobre a vida dos que ali estavam internados.

Porém, apesar dessas condutas, nesse período a loucura ainda não era vista como objeto de pesquisa que demandasse um tratamento diferenciado, apenas no

final do século XVII e no século XVIII foi que médicos passaram a procurar entender a loucura (PEREIRA, 2011). Só após a Revolução Francesa, o louco passou a ser visto enquanto doente, assumindo um lugar de destaque na sociedade, a loucura tornou-se uma problemática atrelada aos ideais de Igualdade, Liberdade e Fraternidade que guiou o ideal revolucionário em conjunto à ordem moderna, a qual, todos os espaços sociais deveriam ser democratizados (AMARANTE, 2007). Dessa forma, a ordem moderna tendenciou o entendimento da loucura enquanto uma problemática, “sustentada pelos ideais de igualdade, porque o louco se transforma em um ser semelhante, um cidadão com o qual podemos e precisamos nos comunicar e a quem se deve o cuidado e o tratamento” (BARRETO, 2009, p, 28).

A loucura passou por algumas mudanças que marcaram a história dos loucos na sociedade, Amarante (2007) nos diz que essas mudanças evidenciam os múltiplos entendimentos acerca da loucura e dos loucos, que também se aplicou aos lugares que lhes eram destinados, como os asilos, as prisões, as igrejas e os hospitais. Ela passou a chamar atenção de médicos, pesquisadores e estudiosos que passaram a aprofundar seus estudos sobre o assunto, levando ao seu reconhecimento enquanto doença mental, fato que acabou por estimular a exclusão que já existia sobre essas pessoas.

A loucura, ao ser capturada pelo saber médico, com o advento do hospital psiquiátrico no século XVIII, ganha o status social de enfermidade, devendo ser tratada nos hospitais psiquiátricos. A função das instituições era, segundo a ideologia vigente na época, diagnosticar as doenças mentais e tratá-las conforme o entendimento médico psiquiátrico, bem como manter a loucura longe dos olhares da sociedade (RIBEIRO, 2006, p. 36).

As instituições de internação foram criadas no século XVII para acomodar os considerados indesejáveis, inclusive os loucos e, foi justamente nesse período que a loucura foi assimilada como “contrária à razão”, como afirma as autoras Trindade *et al* (2007). Ao final desse mesmo século, diante das diversas situações trágicas ocorridas nesses ambientes, gerou questionamentos em pessoas que procuravam compreender as problemáticas ali existentes, sendo o médico Philippe Pinel¹¹ uma dessas. Pinel ao explorar os Hospitais Gerais teve a oportunidade de transformar a loucura em objeto de pesquisa, auxiliando no surgimento da psiquiatria (BARRETO, 2009) ele representou e inaugurou o surgimento da Medicina Mental ou Psiquiatria, assim, passou a estudar as anomalias classificando os diferentes tipos humanos em:

¹¹ “Philippe Pinel, médico enciclopedista, filósofo e naturalista, considerado o pai da psiquiatria moderna” (PEREIRA, 2011, p.42).

“melancolias, manias sem delírio, manias com delírio e demência” (TRINDADE *et al*, 2007, p. 29).

Diante de tais descobertas surge o primeiro tratamento para a loucura, desenvolvido por Pinel, a qual acreditava que os loucos "deveriam ser "reeducados" em sua moral e reinseridos na comunidade quando curados" (DE TILIO, 2007, p.197). Pois, a loucura seria resultante de desvios morais, sendo a educação, através de conteúdos moralizantes a melhor forma de solucionar esses desvios, então os loucos mudariam seus comportamentos "inadequados" podendo ser curados e sua razão restaurada. O pensamento que dominava era

[...] que a loucura era proveniente de uma lesão do cérebro, e sob influência do Iluminismo, que propunha a reforma social e elevação moral, considerou-se que a loucura era desencadeada por um caráter mal formado e desenvolvido. Assim, Pinel cria o “Tratamento Moral”, primeiro método terapêutico para a loucura na modernidade, através dos confinamentos, maus tratos e sangrias. Surge então o hospital psiquiátrico, mais conhecido como hospício ou manicômio, lugar social dos loucos (Trindade *et al*, p.29, 2007).

Barreto (2009, p. 30) esclarece que "nesse processo cria-se um círculo vicioso, no qual, para devolver a razão, é necessário o enclausuramento, porém, quando enclausurado, o estigma cola à pessoa, impossibilitando-lhe de exercer seus direitos de cidadania." Pinel, ao propor a liberdade dos loucos, limitava-os a um tratamento asilar, sob óptica de total isolamento. Segundo Amarante (2007, p. 29) esse tratamento não significava a perda da liberdade desses indivíduos, uma vez que poderiam devolver ao homem a liberdade subtraída pela alienação, pois, “se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo”.

No final do século XVII, em 1793, Pinel assume a direção do Hospital Francês Bicêtre¹² em Paris e passou a propagar uma nova concepção de loucura, sendo denominada como um tipo de distúrbio das funções intelectuais, a qual estaria relacionada a aspectos físicos e morais, descoberta essa que precisou de uma grande reformulação na forma de cuidado para com estes doentes, precisando de saberes e técnicas específicas. Para isso, surgiu a primeira escola psiquiátrica e, tendo Pinel como um dos principais representantes na França, o conhecimento produzido por ele

¹² “O Bicêtre havia sido construído a priori para dar abrigo à pobreza, acolhendo, além dos loucos, velhos, indigentes e condenados, somando-os aos presos políticos da Revolução Francesa” (PEREIRA, 2011, p.42).

fazia referência ao alienismo, o qual estava baseado no entendimento da loucura como uma alienação mental.

Mas o que significa alienação? Alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. Para Hegel, que analisou o livro de Pinel, a alienação não seria a perda absoluta da Razão, mas simples desordem em seu âmago. Mas, poderíamos arguir, poderia a Razão ser parcial ou por definição implicaria em totalidade? (AMARANTE, 2007, p. 30).

Também conhecida na época moderna como sendo uma desrazão. Ou seja, a loucura sendo vista como uma negatividade da razão, que segundo Barreto (2009, p. 29) foi o mesmo que "condenar o louco à condição de excluído daquilo que definiria a própria humanidade do homem", visto que nessa época a razão é notada como característica essencial do ser humano e que o fato de ser considerado como alienado era o mesmo que dizer que essas pessoas representavam um sério perigo à sociedade, por não conseguirem distinguir entre o certo e o errado, por "perderem o juízo", contribuindo assim para produção de atitudes sociais de medo e para discriminação dessas pessoas (AMARANTE, 2007).

Como relatam as autoras Trindade *et al* (2007), a escola alienista, como era conhecida, produzia o conhecimento psiquiátrico com a perspectiva de um saber legítimo capaz de examinar, julgar e impor um tratamento, sendo essencial a privação das relações sociais, isolando-os do mundo externo, em prol de uma coletividade, moral e social e inclusive da manutenção da ordem pública. Pois, para Pinel, "o isolamento propiciado pela hospitalização permitiria isolar a "alienação em seu estado puro" para conhecê-la livre de quaisquer interferências. Mas tornava-se também, e pela primeira vez, lugar de propósito de cura" (AMARANTE, 2007, p. 31).

Segundo Pereira (2011), tempos mais tarde, como parte de seus estudos, Pinel decidiu "libertar" os loucos de suas amarras e os deixou livres pelos arredores dos muros do hospital, ato que, através da observação o levou a identificar novos comportamentos não identificados enquanto os loucos estavam trancados na instituição, uma vez que antes estavam completamente isolados e não tinham contato com os demais pacientes ou até mesmo com os funcionários, levando a ter interações físicas entre eles. Assim, Pinel conseguiu sair um pouco das questões morais e introduziu tratamentos físicos, direcionado a uma nova visão da psicopatologia, sendo esses tratamentos, utilizados como meio de manter a ordem nas instituições

manicomiais, levando o tratamento moral a ser utilizado apenas em situações disciplinares.

O olhar constante da instituição cerceava a circulação dos loucos, que eram observados em todos os momentos e lugares dentro do hospital psiquiátrico, restando-lhes vagar por entre os corredores à espera dos doutores da razão, senhores incontestáveis de mapas, que conduziam à cura (RIBEIRO, 2006, p. 37).

Como já dizia Foucault (1978), as correntes dos loucos são retiradas para que possam ser alienados pelo querer médico, não sendo libertos para exercer sua livre vontade, continuavam presos, mesmo sem amarras. Por isso, Foucault ainda esclarece que "a verdade humana que descobre a loucura é a imediata contradição daquilo que é a verdade moral e social do homem" (p.565) visto que a cura dessas pessoas estaria baseada na verdade por trás da razão de outrem que não aceitavam as subjetividades dos loucos enquanto verdadeira razão, levando a repressão dessas inquietações.

Uma clara oposição se estabelece, a razão como lugar seguro para o homem habitar e construir sua verdade de um lado e, a loucura como objeto de estudo da psiquiatria, de outro. As luzes da razão que iluminaram o mundo moderno deixaram à margem a loucura e o saber que ela produzia. Silenciados pela ciência, restou apenas o lugar do fora para os considerados inadequados aos ideais de civilidade (BARBOSA, 2006, p. 41).

A priori para a psiquiatria, segundo Vieira (1981), o louco não deveria ser tratado com repressão, mas sim com disciplina, esclarecendo que o lugar dele seria no hospício, privado de sua liberdade, em constante violação.

No que diz respeito à saúde mental no Brasil, o estudo das autoras Trindade *et al* (2007) nos traz informações preciosas sobre sua trajetória no país. O surgimento do primeiro Hospício brasileiro aconteceu em 1852, no Rio de Janeiro, através de decreto do Imperador da época, o Hospício Dom Pedro II que muito se parecia com o modelo de hospício francês, sendo o Brasil "o primeiro país na América Latina a fundar um grande manicômio com base no alienismo que havia na França" (LIANDRO, 2018, p. 5). De acordo com Pereira (2011) neste período histórico colonial, a chegada da família real trouxe grandes mudanças para o contexto social e econômico do país, tornando gritante as expressões da questão social, sendo necessário medidas que pudessem mascarar e que fossem eficientes no controle social dessas problemáticas.

Segundo Liandro (2018) na época do império, a saúde mental já se apresentava como uma problemática que já tinha uma certa atenção pois, para as famílias tradicionais e ricas da sociedade carioca, ter uma pessoa com algum transtorno mental em seu vínculo social era motivo de vergonha. Nessa época, os

doentes mentais eram levadas a Casas de Misericórdia para serem afastadas do convívio social devido ao “perigo” que apresentavam à sociedade, seus tratamentos eram elaborados pelas entidades religiosas que fomentaram a necessidade do isolamento a essas pessoas, sendo considerado como forma de intervenção terapêutica, uma característica básica do regime médico que não se diferenciavam das condutas policiais da época, atos esses que levaram a evidenciar que a aceitação da loucura como doença nada mais seria do que uma forma dos “normais” se livrarem da convivência social com os doentes mentais e dos demais indivíduos socialmente indesejáveis, ocasionando uma extrema propagação da exclusão social (CARNIEL, 2008).

De acordo com as autoras Trindade *et al* (2007), no Brasil, foi criada a Lei Federal de Assistência aos Alienados, reconhecendo que havia tratamento medicalizado para a doença mental numa perspectiva de cura.

Então, em 1903 é criada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, que determinou a fiscalização das instituições psiquiátricas. Em 1890 foram criadas colônias para o isolamento dos loucos e nos anos 1910/1920 deu-se início a uma nova proposta terapêutica: o trabalho agrícola em colônias agrícolas. Com o mau resultado dessa iniciativa ganha força a proposta de hospitalização definitiva. Nas décadas de 1940/1950 há o predomínio da eletroconvulsoterapia, as lobotomias, a terapia insulínica e, em meados dos anos 1950, do tratamento medicamentoso (TRINDADE *et al*, p.33, 2007).

Tal situação acarretou no aumento de instituições destinadas às pessoas que sofriam com transtornos mentais, a qual as mesmas tinham o objetivo de disciplinar seus pacientes, além de produzirem “socialmente a normalização dos comportamentos, sendo passíveis de intervenção do saber médico psiquiátrico, resultando em uma atuação de higienização da sociedade” (LIANDRO, 2018, p. 5).

Desta forma, Correia Jr. e Ventura (2014) nos dizem que os manicômios limitaram a subjetividade através de tratamentos que condenavam os sujeitos à obediência de métodos primitivos, não tendo direito a escolhas, vivendo em condições desumanas, sendo colocados em celas escuras que se pareciam com caixas, onde não era possível ver qualquer resquício de luz, sendo acorrentados às suas paredes.

Eis, portanto, a loucura devolvida a uma espécie de solidão: não a solidão ruidosa e de certo modo gloriosa que lhe foi possível conhecer até a Renascença, mas outra solidão, estranhamente silenciosa; uma solidão que aos poucos a isola da comunidade confusa das casas de internamento e a cerca com uma espécie de zona neutra e vazia (FOUCAULT, 1978, p. 459).

Barreto (2009) nos diz que, durante muitos anos, as pessoas que estavam presas nessas instituições, não recebiam tratamentos humanizados; tinham suas

vidas violadas de todos os modos, sendo estigmatizadas de não possuírem razão, sendo denominados de alienados, tendo seu aprisionamento em hospitais psiquiátricos como tratamento curativo, submetidos a testes, tratamentos inadequados, privados de sua liberdade, impossibilitados de exercer seus direitos de cidadania.

Diante desse contexto, o psiquiatra Franco Basaglia não concordava com a forma que a psiquiatria via os pacientes, pois,

Fraco Basaglia considerava que a psiquiatria tinha um “mal obscuro” por haver separado um objeto fictício, 'a doença', da existência global e complexa dos sujeitos e 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 vivencia. 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...” Ocuparam-se das doenças e esqueceram-se dos sujeitos que ficaram apenas como pano de fundo das mesmas (AMARANTE, 2007, p. 66).

Por isso, Silva (2012) complementa que a institucionalização da loucura trouxe inúmeras consequências para as pessoas em sofrimento psíquico, como a fragmentação e/ou extinção do convívio familiar, a perda da identidade, de liberdade, dentre outras. E, por seguinte, viu-se que tais tratamentos curativos tinham muitos gastos e não chegavam a resultados positivos sobre sua eficácia. Tornou-se cada vez mais evidente que tais condutas para com os loucos não se baseavam em priorizar a saúde dos mesmos, mas, de buscar uma solução para suas particularidades consideradas distantes das subjetividades de pessoas vistas como normais, em posse de sua razão, por isso, os manicômios eram ambientes que ocasionavam aos loucos a perda de todas as suas referências de vida (CARNIEL, 2008).

No contexto de meados do século XX, esses tratamentos psiquiátricos receberam muitas críticas devido aos seus baixos índices de eficácia, diante de seu perfil de enclausuramento. Além de não possibilitar as condições base para efetivação plena da cidadania, que já fazia parte da época moderna, trouxe o regime político democrata e o cidadão como figura essencial desse sistema, então, rompendo com a sociabilidade entre a loucura e os direitos estabelecidos aos cidadãos pela revolução Francesa que em seu movimento trouxe a bandeira dos direitos humanos, sociais e políticos como superação do Estado Absolutista e Pinel, intencionando alcançar a cura da loucura com seus tratamentos moralizantes, também foi alvo de julgamentos (AMARANTE, 2007).

A sociedade foi adquirindo consciência acerca das circunstâncias em que as pessoas em sofrimento psíquico estavam inseridas, de que as formas de tratamento como o isolamento e o tratamento moral feriam gravemente sua cidadania, representavam situações e pensamentos que contrariavam os ideais libertários da época, tornando evidente a contradição dessas instituições, já que pretendiam libertar os loucos a partir de seus aprisionamentos.

2.2 A crítica ao modelo manicomial e a construção da reforma psiquiátrica Brasileira

Em meados do século XX, intensificam-se os questionamentos às práticas violentas e excludentes dos hospitais psiquiátricos/manicômios, que se baseavam na ideia de que os loucos poderiam ser curados e terem sua razão restaurada. Nesse mesmo contexto, várias propostas visaram superar o modelo asilar das instituições manicomiais, “mostrando que o preconceito, a discriminação, o isolamento, o enclausuramento, falta de higiene e maus-tratos, que os portadores de transtornos mentais recebiam em nome de um tratamento, alimentavam, o tempo todo, a loucura” (CARNIEL, 2008, p. 22). É fato que os antigos tratamentos para com as pessoas em sofrimento psíquico não eram eficazes, resultando no surgimento mundial de vários movimentos políticos/sociais que contestavam as práticas e funções dos manicômios no tratamento da loucura. Foi então que emergiram propostas que tinham como premissa a reforma do modelo de atenção psiquiátrica, trazendo grandes novidades que, a princípio, estavam voltadas para reorganizações técnico-científicas e administrativas da psiquiatria e por seguinte foi direcionado ao caminho de eliminar os manicômios (BARRETO, 2009).

A autora ainda nos mostra que essas tentativas de reforma começaram a ganhar espaço após a Segunda Guerra Mundial, num contexto de luta pelos direitos humanos alguns segmentos sociais passam a enxergar a realidade cruel em que os pacientes psiquiátricos se encontravam, já que as condições de tratamento nesses hospitais eram desumanas. Em alguns países essa reforma aconteceu através da propagação da ideia de transformar o manicômio em uma instituição terapêutica, utilizando-se da psicoterapia institucional ou da comunidade terapêutica para tratar a loucura.

Segundo Amarante (2007), tanto a psicoterapia institucional quanto a comunidade terapêutica traziam a ideia de que os resultados negativos nos

tratamentos estariam relacionados à forma de gerir o próprio hospital e que a solução seria adotar mudanças. Em alguns lugares foi notado a ineficácia dessas instituições, levando-se a construir serviços assistenciais que iriam qualificar o cuidado terapêutico, diminuindo a importância do hospital psiquiátrico, como propôs a desinstitucionalização instaurada nos Estados Unidos. Por conseguinte, ainda segundo o autor, também tiveram duas grandes correntes que influenciaram as reformas nos sistemas psiquiátricos mundiais, traziam em seus ideais a crítica ao modelo científico psiquiátrico a qual buscava aniquilar essas instituições manicomiais, são a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Territorial Italiana, ou melhor dizendo, Psiquiatria Democrática Italiana.

De acordo com Barreto (2009) a França foi um dos países que adotou a Psicoterapia Institucional; psiquiatras franceses se reuniram em jornadas nacionais para debater ideais em virtude do tratamento da loucura, tais encontros resultaram na elaboração de um documento que trazia 24 pontos que originou a mais nova psiquiatria francesa, trazendo a internação como parte importantíssima para o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico. Segundo Trindade *et al* (2007), essa perspectiva desconsiderava o que a doença mental representava de fato para a sociedade, então, objetivava restaurar o perfil terapêutico que os Hospitais Psiquiátricos possuíam, desconsiderando ainda a realidade social em que as pessoas em sofrimento psíquico estavam inseridas. Com isso, levou-se ao resgate dos manicômios como instituições primordiais para o tratamento da loucura, pois acreditava-se que nesses ambientes todas as pessoas que se encontravam internadas teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade. Na Grã Bretanha, a alternativa proposta foram as comunidades terapêuticas, a qual, buscavam a democracia nas relações de participação na organização das atividades, enfatizando a liberdade de comunicação e

tinha como pressupostos a garantia de continuidade do tratamento (desde atenção primária, generalistas, inclusive atendimento psiquiátrico, operando visitas domiciliares) e o controle do acesso aos cuidados especializados (Barreto, 2009, p. 42).

Ainda como nos esclarece Amarante (2007), não só a comunidade terapêutica quanto a psicoterapia institucional, afirmavam que a psiquiatria poderia ter qualidade desde que houvesse mudanças nos Hospitais Psiquiátricos, levando-o a funcionar como instituição terapêutica. O período posterior à Segunda Guerra Mundial trouxe inúmeras consequências para a saúde de várias populações, não só físicas como

também e principalmente mentais, fato que ocasionou sobrecarga nos serviços de saúde e conseqüentemente, escassez de profissionais e baixas condições de serviço de qualidade. E, como estratégia para ampliar a capacidade de tratamento, foram organizadas reuniões em grupos com os próprios pacientes para que houvesse troca de experiências, discussões das dificuldades enfrentadas por cada um, os planos e projetos de vida e dentre outras temáticas, foi colocado em pauta também as propostas de trabalho, práticas que envolviam tanto os pacientes como também os funcionários.

Essa experiência, ainda segundo o autor supracitado, obteve ênfase a partir de 1959, com Maxwell Jones, onde este passou a incentivar a participação ativa de todos os envolvidos nas atividades desenvolvidas nesses ambientes enquanto parte do tratamento, organizando grupos de discussão e grupos operativos. Assim, ele entendia que deveria haver interação de ambas as partes interessadas e essa seria a função terapêutica, uma tarefa a ser assumida por funcionários, pacientes e claro, familiares, um tratamento em conjunto que possibilitaria evitar casos de violência ou abandono. E, foi nesse contexto que as comunidades terapêuticas surgiram, como uma democratização das relações sociais, lutando para uma organização igualitária e contra a hierarquização dentro das instituições, parte do processo de reforma institucional.

Nos Estados Unidos (EUA), em 1955, segundo Barreto (2009), foi instaurada uma desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos devido ao aumento das condições precárias nesses tratamentos, além do aumento considerável de maus tratos e violações de direitos que se tornaram mais visíveis nos pós Segunda Guerra mundial. Tais fatos levaram o presidente da época, John Kennedy, a promover um programa nacional de saúde mental, conhecido como saúde mental comunitária. Este programa centralizava a assistência comunitária e objetivava a redução de leitos psiquiátricos e fechamentos de hospitais psiquiátricos, tendo como base a psiquiatria preventiva idealizada por Gerald Caplan. Ele se utilizou de conhecimentos da saúde coletiva para basear a psiquiatria, considerando que esta intervenção poderia ser realizada através de condutas que levariam a prevenção de doenças mentais, tendo como premissa a redução das doenças mentais nas comunidades, promovendo a saúde mental das pessoas.

Caplan adotava uma teoria etiológica inspirada no modelo da História Natural das Doenças, de Leavell e Clark, que pressupõe uma linearidade no processo saúde/enfermidade, e uma evolução (paradoxalmente) 'a-histórica' das doenças. Por consequência, em seu entendimento, todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Na medida em que as doenças mentais eram entendidas como sinônimo de desordens, julgava-se poder prevenir e erradicar os males da sociedade. A "busca de suspeitos", expressão utilizada pelo próprio Caplan, foi uma estratégia muito importante no sentido de detectar pessoas que poderiam desenvolver uma patologia mental para tratá-las precocemente (AMARANTE, 2007, p. 48).

No entanto, ao invés de ajudar as pessoas em sofrimento psíquico, gerou uma caça aos que apresentavam aspectos de doença mental e, quando identificadas, essas pessoas eram encaminhadas a um psiquiatra para que pudessem passar por uma investigação diagnóstica, realizando uma intervenção preventiva e possivelmente evitando a evolução da doença.

Após as reformas supracitadas, surgiram críticas a esses métodos, o que gerou rompimento com parte do paradigma psiquiátrico tradicional. Fato que corroborou na emergência de duas importantes correntes filosóficas que são a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, ambas discordavam de práticas psiquiátricas realizadas na época para o enfrentamento da loucura.

Segundo Amarante (2007) a antipsiquiatria é pensada logo após alguns psiquiatras implementarem nos hospitais em que trabalhavam métodos reformistas da época, tais como as Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional, pois, viram que as estratégias utilizadas anteriormente eram ineficientes, utilizando-se da opressão e violência contra as pessoas tidas como loucas, situação que ultrapassou as paredes das instituições psiquiátricas. Ronald Laing e David Cooper foram dois dos psiquiatras que se destacaram na luta contra essas reformas, eles acreditavam que os loucos eram desmerecidos não só pelas instituições que deveriam lhes acolher, mas também por suas famílias e pela sociedade, por isso, perceberam que seria necessário uma antítese à atual teoria psiquiátrica, ou seja, antipsiquiatria, pois, queriam demonstrar que a loucura não se tratava apenas de questões patológicas, mas de um conjunto de fatores que se estabeleciam entre o indivíduo e sua relação com a sociedade. Desta forma, na "Antipsiquiatria não existiria, enfim, a doença mental enquanto objeto natural como considera a psiquiatria, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social" (AMARANTE, 2007, p. 53).

Complementando, Trindade *et al* (2007) nos esclarece que a Antipsiquiatria teve seu início na Inglaterra, na década de 1960, objetivando mostrar que a psiquiatria

como um conhecimento voltado para lidar e tratar a questão mental não estava sendo eficaz, sendo insuficiente para responder os problemas ocasionados pela doença mental, afirmando que não se podia conter os delírios dos loucos.

A segunda corrente foi denominada de Psiquiatria Democrática Italiana, que de acordo com Amarante (2007), também surgiu na década de 1960, quando Franco Basaglia e outros psiquiatras se propuseram a reformar o hospital psiquiátrico de Gorizia e logo mais o de Trieste. A Psiquiatria democrática italiana como também a antipsiquiatria, inicialmente se inspirou na Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional, como vislumbre de tornar os tratamentos ofertados nas instituições psiquiátricas efetivos, levando a reabilitação dos pacientes. No entanto, Basaglia percebeu que mesmo com a reformulação desses ambientes através de medidas administrativas, ainda não tinham como oferecer tratamentos dignos aos seus pacientes, pois, viu-se que o problema estava na ideologia psiquiátrica, a qual, enxergava esses lugares “não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (p. 56). Por isso, seria necessário a superação desses lugares.

Ainda segundo Amarante (2007), para Basaglia a instituição psiquiátrica acabava em tomar as rédeas sobre a vida de seus pacientes, lhes tirando seus desejos, seus direitos e seu livre arbítrio e ele pretendiam tratar a loucura não focando na doença, como se o sujeito fosse um hospedeiro da mesma, mas pelo contrário, ele via a doença a partir do sujeito, levando em consideração o contexto social do indivíduo a partir de sua existência, libertando-os de suas amarras estigmatizantes¹³ que:

Tirar as correntes dos alienados presos nas celas é abrir-lhes o domínio de uma liberdade que será ao mesmo tempo o de uma verificação; é permitir que apareçam numa objetividade que não mais será ocultada nem nas perseguições, nem nos furores que lhes correspondem; é constituir um campo asilar puro [...] (FOUCAULT, 1978, p.513).

Nessa perspectiva, a psiquiatria Italiana afirmava que o tratamento da doença mental deveria acontecer no âmbito das comunidades, assim, tirando o poder dos

¹³ “O estigma é um atributo que produz um descrédito amplo na vida do sujeito; em situações extremas, é nomeado como marcas de desvantagem em relação ao outro” (BARRETO, 2009, p.18).

hospitais psiquiátricos que perderam sua funcionalidade, uma vez que, estes já não faziam o seu papel de cuidador, mas ao contrário, eram repressores.

Segundo Barreto (2009, p.45), Basaglia e alguns colegas psiquiátricos trazem na psiquiatria italiana duas questões principais, a priori, a radicalização da ideia de separação entre loucura e doença mental e a dissociação da ideia que direcionava os loucos ao perigo, tendo “como premissa a não existência de descontinuidade entre psiquiatria e política, entre doença mental e cidadania”.

Sem dúvida Basaglia, foi o grande nome da reforma psiquiátrica italiana, além de seus ideais ele também trouxe em suas pautas uma proposta sócio sanitária a qual os novos ambientes de tratamento seriam abertos 24 horas por dia, “encarregados de serviços médicos ambulatoriais, hospitalização breve, centros de tratamento-dia, hospital noturno, alimentação e serviços de assistência social” (BARRETO, 2009, p. 45), assim, tornando cada vez mais possível o desmonte dos manicômios sem que as pessoas em sofrimento psíquico fossem abandonadas ao caos.

As propostas e críticas da Psiquiatria Democrática Italiana, conforme Silva (2012), voltava-se para uma realidade consolidada, em que a loucura gerava uma espécie de indústria, uma fonte de gerar riqueza para as instituições privadas, embora os problemas também estivessem nas instituições estatais públicas, pois elas consumiam produtos dessa indústria. A indústria farmacêutica e as clínicas psiquiátricas foram as que mais lucraram com a institucionalização da loucura, que ofereciam assistência à saúde mental centrada na cura dos pacientes. “A doença mental tornava-se objeto de lucro, ocorrendo a sua mercantilização, e surpreendente o aumento do número de leitos e hospitais psiquiátricos, conveniados ou totalmente custeados pelo Estado” (PEREIRA, 2011, p.47).

A indústria farmacêutica e os donos de clínicas psiquiátricas lucram, seja na manutenção desse usuário com grande quantidade de medicação, e/ou internações por longos períodos que não oferecem ao portador de sofrimento mental a possibilidade de socialização. Já que o mesmo “é inútil” para o mercado de trabalho, deve-se “arrumar” instituições como os hospitais psiquiátricos onde seus administradores e/ou donos tratam os portadores de transtorno mental como verdadeiro “resto” da sociedade, retirando com o tratamento deles o lucro que os mesmos não produzem vendendo/explorando sua força de trabalho (SILVA, 2012, p.37)

Desta forma, percebe-se que o chamado paciente psiquiátrico que está inserido no sistema capitalista, mesmo não produzindo como na lógica do capital exige, sempre vai servir como uma fonte de riqueza para o sistema, seja ele “livre” ou

enclausurado, uma vez que sua presença na sociedade é suficiente para servir de mercadoria para o sistema.

Compreender o histórico da Saúde, especificamente no âmbito da saúde mental, nos diferentes países em diferentes tempos históricos nos permite entender essa história se tratando do Brasil. Inicialmente a assistência à saúde em seu âmbito geral tinha um perfil voltado para a cura e não estava acessível para todos os indivíduos, sendo o sistema inteiramente de cunho privado. Só a partir de 1920 houve a possibilidade de uma assistência acessível de maneira gratuita, desde que o trabalhador possuísse carteira de trabalho regularizada e assim poderiam participar de uma das primeiras formas de intervenção do Estado frente às expressões da questão social, a qual hoje conhecemos por Políticas Sociais¹⁴. Apenas em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o acesso ao serviço de Saúde passou a ser um direito universal e dever do Estado, independentemente da situação trabalhista, resultando em mudanças no cenário da saúde Brasileira.

De acordo com Silva (2012) o movimento de Reforma Psiquiátrica chegou ao Brasil, em meados dos anos de 1970, período ainda marcado pelo estado ditatorial, a qual era oferecido tratamentos que reforçaram os rótulos marginalizados das pessoas em sofrimento psíquico, lhes deixando à mercê de contínuos tratamentos desumanos, sendo esses os únicos disponibilizados.

A política de saúde chega ao final da década de 1970 mantendo um modelo de atendimento caótico e elitista, e os movimentos sociais requisitavam à implantação de uma rede de serviços básicos que apontassem para a descentralização do setor, pregando a participação popular e a integração dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social (PEREIRA, 2011, p.24).

No período ditatorial militar, as pessoas em sofrimento psíquico ainda eram vistas como incapazes e tinham seus direitos limitados, prevalecendo ainda o modelo hospitalocêntrico. Nesse mesmo período,

o governo brasileiro celebrou um convênio com hospitais psiquiátricos privados, o Plano de Pronto Ação, repassando a esses hospitais recursos públicos destinados ao tratamento psiquiátrico no país (BARROSO e SILVA, 2011, p. 70).

¹⁴ Anteriormente conhecidas como Protoformas, possuíam um caráter moralista, repressivo e punitivo, também conhecido como “A lei dos Pobres”, uma das primeiras formas foi a lógica do Seguro Social. Segundo Behring e Boschetti (2008) haviam duas principais formas de atuação, o modelo bismarckiano e o modelo beveridgiano. Respectivamente, idealizado por Otto von Bismarck, na Alemanha em meados de 1883, propõe a seguridade social a partir da lógica do seguro privado, acessível apenas para contribuintes e o outro, idealizado por Willian Beveridge, emergiu como uma crítica ao modelo anterior, em meados de 1942, propondo o acesso aos direitos de forma universal. No Brasil, as políticas sociais tiveram a influência dos dois modelos, configurando um modelo híbrido.

Ato esse que concretizou a preconização dos tratamentos em busca da higiene mental, limitando os direitos dessas pessoas, além de concretizar uma grande privatização dos recursos públicos do país.

Em 1976, ainda no contexto do regime militar surgem as primeiras manifestações no setor de saúde, médicos e funcionários da Divisão Nacional em Saúde Mental (DINSAM¹⁵), denunciaram anormalidades em uma das unidades hospitalar, levando a repercussão de tal situação que positivamente resultou no apoio de vários movimentos, tais como, o Movimento de Renovação Médica (REME) e apoio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) enquanto espaços de discussão e produção do pensamento crítico na área e foi nesse contexto que surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que em união ao Movimento de Reforma Sanitária, que já estava mobilizado por mudanças no modelo de assistência à saúde no Brasil e por uma sociedade democrática, também acabou impulsionando a construção do movimento da luta antimanicomial na década de 1980 (CARNIEL, 2008).

O Movimento da Luta Antimanicomial surgiu com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, como ressalta Trindade *et al* (2007), a qual, complementando ainda que nesse mesmo período, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, se uniu ao Movimento de Reforma Sanitária em prol da mudança do serviço de saúde no Brasil, buscando a expansão e humanização nesse serviço e por melhores condições de trabalho.

Segundo a autora Silva (2012), nos anos de 1975, 1978 e 1979, o famoso psiquiatra Franco Basaglia fez importantes visitas ao Brasil que mudaram todo o rumo da psiquiatria Brasileira, visto que impulsionaram um cenário de movimentos reformistas que marcaram momentos de denúncia, mobilização e luta por uma nova política de saúde mental, em busca de acabar com os manicômios e toda as crueldades que neles aconteciam, ou seja, lutar pela mudança do cenário de maus-tratos e constantes violências sofridas pelos internos nesses ambientes.

¹⁵ Órgão responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental do Ministério da Saúde (CARNIEL, 2008, p. 24).

As vindas de Franco Basaglia contribuíram decisivamente para a constituição do movimento de transformação no país, seja em 1978, quando veio juntamente com Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, Thomaz Szasz ao I Congresso Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, ou em 1979, quando veio para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte, e realizou uma visita histórica ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena, que expôs para a sociedade brasileira a crueldade e violência da assistência psiquiátrica que era prestada às pessoas em sofrimento mental (AMARANTE, 2007, p.78).

O movimento de Psiquiatria Democrática Italiana, liderado por Basaglia, foi sem dúvida a grande referência e influência para a superação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, a qual a proposta de Basaglia em relação aos tratamentos seria de colocar “a doença entre parênteses” para que fosse possível que os pacientes acometidos com patologias psiquiátricas pudessem ser vistos enquanto sujeitos, possibilitando uma visão abrangente diante da integralidade dos pacientes, levando a oferta de serviços que os abracem e acolham, oferecendo cuidado humanizado e incentivando a inserção dos mesmos na sociedade. Assim, tornando possível espaços psiquiátricos que lidam com pessoas e não apenas com as doenças, espaços sociáveis. Ressaltando a necessidade de extinção do modelo hospitalocêntrico e a necessidade de criação de serviços substitutivos a esses, além de lutar por transformações nas práticas e concepções sobre a loucura aqui no Brasil (AMARANTE, 2007).

Apenas com a chegada dos anos 1980, o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil ganhou visibilidade, auxiliando na ampliação participatória de outros setores que não se limitavam ao âmbito da saúde pública, nesse processo de reforma (PEREIRA, 2011). Desta forma, é verídico falar que o final da década de 70 foi um período de grande importância histórica no que se refere aos avanços políticos/sociais do país e conseqüentemente em relação aos avanços das políticas públicas de saúde para pessoas em sofrimento psíquico. Segundo as autoras Barroso e Silva (2011), no final da década de 1970 surgiram os primeiros sinais de redemocratização do Brasil, resultando no final da ditadura militar, situação que gerou possibilidades de mudanças na saúde pública, como também na Saúde Mental.

Lüchmann e Rodrigues (2007, p. 402) nos descrevem essas instituições como estruturantes da exclusão social dos loucos, que exprimem controle sobre a vida dessas pessoas, além de mascarar as violências que sofriam, utilizando-se de “uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura”, com o passar do tempo, essa

situação acabou resultando na organização de alguns profissionais levando ao movimento de Trabalhadores em Saúde Mental que buscava o enfrentando dessa expressão da questão social.

O movimento traz a tona uma realidade desconhecida pela maioria dos cidadãos, dando vazão a denúncias de violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, a hospitalização, a cronificação, a estigmatização do doente mental, as condições de trabalho e a hegemonia da rede privada em detrimento da rede pública (PEREIRA, 2011, p. 53).

Vale ressaltar que o Movimento de Reforma Sanitária se deu enquanto ações ideológicas, políticas, econômicas e culturais, postas em diferentes espaços de tempo, como nos mostra o autor Paim (2007), afirmando o movimento como uma forma de democratização da saúde que foi concretizado e teve as ideias sistematizadas no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, possibilitando colaborar com a criação de novas propostas sociais e seus avanços.

Seria possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma "totalidade de mudanças" em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2007, p. 151).

O Movimento de Reforma psiquiátrica Brasileiro se desenvolve amplificando a desconstrução de estigmas¹⁶, da segregação, em prol da garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, tendo o Estado como efetivador da proteção social dessas pessoas e de seus familiares, possibilitando grandes avanços no que diz respeito a política de saúde mental, práticas essas que se vinculavam à tradição italiana de desinstitucionalização dos loucos construída por Basaglia (SILVA e ROSA, 2014). O mesmo ganhou ainda mais força com a garantia dos Direitos Humanos instaurada na Constituição da República Federativa do Brasil¹⁷, uma vez que,

¹⁶ Para os estigmatizados, a sociedade reduz as suas oportunidades, esforços e movimentos, não lhes atribui valor. Ao atribuir o estigma a uma pessoa, colocando-a como alguém diferente em uma sociedade que determina o modelo que interessa para manter o padrão de poder, o diferente assume o caráter de estar à margem e passa a ter que responder ao que a sociedade determina, ou seja, pertencer ao grupo de rechaço; logo, pertencer ao que não pertence à sociedade (BARRETO, 2009, p. 18/19).

¹⁷ A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, é um marco jurídico da proteção dos Direitos Humanos, também é conhecida por "Constituição Cidadã".

assegurar a dignidade humana alcançou, como superprincípio, o status de direito de todos os cidadãos (CORREIA JR. e VENTURA, 2014). Dessa forma, foram instauradas iniciativas que lutavam pelo fim do modelo asilar dos Hospitais Psiquiátricos, pois haviam se tornado inviáveis por reforçarem a discriminação, tratamentos violentos e por propagarem a exclusão social, ferindo os princípios da dignidade humana, tornando-se uma problemática política, necessitando de programas de incentivo a conscientização da sociedade em relação a cidadania e aos direitos humanos dos doentes mentais (FERNANDES *et al*, 2003).

Passos (2018) diz que no Brasil, os hospitais psiquiátricos foram comparados aos navios negreiros, onde os loucos morriam como desconhecidos, sem dignidade, o que contribuiu para o surgimento de movimentos sociais como o da luta antimanicomial que questionavam os métodos e estruturas desses ambientes repressivos e excludentes, que de acordo com Barreto (2009), essa exclusão social seria o resultado de problemáticas de um processo de inclusão precário, com desafios diários que aumentavam os estigmas a qual, os atos de incluir acabam por concretizar a exclusão marginalizada dessas pessoas, gerando-se uma necessidade de adotar práticas que promovessem maior acolhimento dos doentes mentais.

Ribeiro (2004) nos diz que, através das práticas executadas na Reforma Sanitária, a Luta Antimanicomial criou forças, levando a realização de mudanças no âmbito da saúde mental que vislumbravam a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos em busca do resgate a cidadania, apontando para a necessidade da inserção social, procurando a melhor forma de proporcionar qualidade de vida para as pessoas com transtornos mentais, como já previsto na psiquiatria democrática.

A Luta Antimanicomial se constitui como um movimento político que tem como eixo principal a construção da cidadania do louco e sua inclusão social. Transformação radical dos dispositivos sociais milenares, até então, utilizados com a loucura, promovendo um autêntico movimento político que busca produzir soluções para além do que já existe, novas categorias e conectores no campo social que possam articular toda rede de assistência e cidadania (RIBEIRO, 2006, p.60).

Dessa forma, surgiram frequentes denúncias em relação à violação dos Direitos Humanos dentro das instituições manicomiais, não só brasileiras como também de outros lugares do mundo, deixando evidente para algumas pessoas a função excludente dos hospitais psiquiátricos. Viu-se que a subjetividade dos pacientes poderia ser entendida como referência da doença e não apenas como algo básico do indivíduo, visto que, “com o domínio da noção de doença mental, uma

simples necessidade básica, inclusive de autocuidado e autonomia, pode ser entendida como um mero sintoma. Nada mais é do sujeito: tudo se refere à doença!" (AMARANTE, 2007, p. 68), situação que evidenciou a estigmatização que era efetivada contra essas pessoas, a qual, as viam como perigo iminente a si e a sociedade, além de não serem considerados dignos de exercerem sua cidadania, sendo incapazes de expressarem sua opinião diante de situações civis, sociais e políticas.

Em 1989 no Rio de Janeiro, Basaglia fundou um Instituto que carregava o seu nome como emblema, o então instituto Franco Basaglia (IFB), este ambiente trouxe como foco de suas práticas, a Saúde Mental, prestando assessorias, pesquisas na área, além de promover atividades voltadas para a defesa dos direitos dos usuários de serviços psiquiátricos, levando a emergir novas formas de políticas em saúde mental. O objetivo da entidade foi incentivar políticas de resgate ao direito à cidadania de pessoas em sofrimento psíquico, demonstrando que a institucionalização da loucura era ineficaz para o tratamento e gerava uma espécie de punição do adoecimento psíquico, como nos esclarece a autora Silva (2012).

Basaglia tornou-se referência mundial na luta antimanicomial, Movimento que inspirou a Lei 180, Lei Basaglia, a qual dispõe da substituição do conceito psiquiátrico e extinção dos manicômios. ele foi um dos principais teóricos que defendiam a desinstitucionalização da loucura, além de optar por um tratamento com aspectos humanizados que objetivava resgatar a dignidade e a cidadania do portador de transtorno mental (PEREIRA, 2011). Por dirigir o Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, testemunhou abusos e negligências no tratamento dos enfermos, como o mesmo relata:

É hábito nos hospitais psiquiátricos concentrar os pacientes em grandes salas de onde ninguém pode sair, nem mesmo para ir aos sanitários. Em caso de necessidade o enfermeiro vigilante aperta uma campainha para que um segundo enfermeiro venha buscar o paciente e o acompanhe. A cerimônia é tão demorada que muitos doentes acabam fazendo suas necessidades ali mesmo. Essa reação do paciente a uma ordem desumana é interpretada como "ofensa" dirigida ao pessoal médico ou como expressão do seu grau de incontinência, que é um resultado direto da doença. [...]

Num hospital psiquiátrico os doentes "agitados" são submetidos ao "garrote". Quem não conhece o ambiente do manicômio não sabe do que se trata: é um sistema muito rudimentar, utilizado praticamente por toda parte, para fazer com que o doente desmaie através da sufocação. Joga-se um lençol sobre a sua catiça, em geral molhado para que não possa respirar, que depois se torce com força em torno do pescoço. Ele perde imediatamente os sentidos (BASAGLIA, 1985, p. 99-100).

E justamente na década de 1980, com a luta antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica Brasileira¹⁸ teve a devida visibilidade, efetivando as políticas comunitárias e ambulatoriais, que vislumbravam o resgate de autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, juntamente com sua reinserção na sociedade. (Correia Jr. e Ventura, 2014)

a proposta principal da Reforma Psiquiátrica Brasileira localiza-se na substituição do modelo manicomial, entendido como inadequado e reprodutor de diversas formas de exclusão social e cronificação dos loucos. [...] Esse movimento colocou as instituições psiquiátricas em evidência, apresentando as contradições e a insuficiência desse modelo de tratamento, identificado com mecanismos repressivos de controle social e político (RIBEIRO, 2006, p.63).

Segundo as autoras Silva e Rosa (2014), o movimento da Luta Antimanicomial foi um divisor de águas para as pessoas em sofrimento psíquico, pois, a busca pela substituição do modelo hospitalocêntrico, deixava de lado atuações imediatistas, priorizando o conjunto de subjetividades a qual essas pessoas estavam inseridas, tendo um amplo atendimento, onde a assistência abarcava a união entre o sujeito e suas particularidades pessoais e sociais, reconhecendo o direito dessas pessoas.

Tais práticas tentaram promover que o tratamento aos acometidos se desse cada vez mais próximo ao ambiente social, de caráter não isolacionista e restrito ao médico psiquiatra, havendo maior e necessária participação de equipe multi/interdisciplinar, de familiares e da rede social do acometido no tratamento, promovendo a horizontalização das relações entre os acometidos e seus cuidadores (DE TILIO, 2007, p.198).

Além da reforma no tratamento psiquiátrico e ainda visando a extinção dos manicômios existentes, impedindo que novos fossem criados além da substituição desses por outros serviços assistenciais, novos paradigmas foram criados, como é o caso do projeto de Lei Paulo Delgado, 3.567/89, lei que concretizou partes das propostas geradas no Movimento de Reforma Psiquiátrica, a qual dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas em sofrimento psíquico, redirecionando o modelo assistencial e humanizando ao tratamento de forma que o indivíduo seja tratado com respeito no sistema de saúde, priorizando sua recuperação no meio familiar e social (BRASIL, 2005).

¹⁸ A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6).

Dessa forma, Trindade *et al* (2007) nos esclarece que o Deputado Paulo Delgado, responsável por esse projeto de lei, assegura para o campo legislativo a necessidade de elaboração da regulamentação da assistência psiquiátrica no Brasil. Ressaltamos que, o projeto de lei foi apresentado em 1989, mas, somente foi aprovado em 2001, levando 12 anos de debates. Embora essa Lei, a qual foi baseada na lei 180, já mencionada anteriormente, só tenha sua aprovação em 2001, desde 1989 foram criados alguns serviços alternativos para a substituição dos manicômios e assim, assegurar a legalidade das novas resoluções no campo da Política de Saúde Mental no Brasil. Segundo Correia Jr. e Ventura (2014) nesse mesmo período fica fortificada a busca por medidas que venham de fato romper com o padrão hospitalocêntrico em busca de humanização dos tratamentos.

Ainda de acordo com Correia Jr. e Ventura (2014) essas medidas impuseram o respeito aos direitos humanos, estabelecendo mudanças como a proibição de celas fortes nos hospitais psiquiátricos, além do oferecimento de lazer, reintegração social e inviolabilidade de suas correspondências, ou seja, construindo uma nova forma de tratar a saúde mental, levando ao reconhecimento dos loucos enquanto cidadãos, e para que a extinção dos manicômios não se tornasse uma falácia política e de fato viesse a acontecer, como afirma Ribeiro (2006), foi necessário que a assistência ofertada aos indivíduos em sofrimento psíquico acontecesse bem articulada entre os diversos serviços e instituições de saúde mental, assim, oferecendo tratamentos que explorassem a importância de construir ações de cidadania em defesa aos direitos humanos.

A partir dos anos 1990, Trindade *et al* (2007) registram que entre os anos de 1992 a 1995, houve grandes avanços no processo de reformulação à assistência psiquiátrica brasileira, ocorrendo a substituição dos manicômios por leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, objetivando o não isolamento e a reinserção desses em sociedade. Dessa forma, "consolida-se a desinstitucionalização psiquiátrica, afirmando o Brasil como um dos principais centros institucionais de reforma e assistência psiquiátrica" (TRINDADE *et al*, 2007, p. 36). Ainda neste mesmo período, esse processo de desinstitucionalização tornou-se uma política pública, enfatizando a necessidade da criação de serviços substitutivos e uma rede de atenção à saúde mental que estivesse interligada, abrangendo diversos serviços, como é o caso dos Centros de Atenção Psicossocial. apesar dos mesmos iniciaram seus surgimentos ainda na década de 80, somente em 2002 tiveram sua expansão.

Ribeiro (2004) relembra que o primeiro CAPS no Brasil surgiu em 1986, na cidade de São Paulo e foi denominado de Professor Luís Rocha Cerqueira. O autor explica ainda que onde antes funcionava um setor técnico e administrativo da Coordenadoria de Saúde Mental, órgão responsável pela assistência à psiquiatria extra-hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde, foi transformado para tornar-se um espaço de realização de uma nova forma de atendimento no que se refere à Saúde Mental, a qual o principal intuito seria um tratamento que evitasse internações, mas com a preocupação de oferecer acompanhamento intensivo, adequado e com a inserção destes na sociedade.

A Reforma psiquiátrica a partir de seus ideais vem construindo um novo estatuto social para o louco, o de cidadão, que deve ter seus direitos efetivados igualmente ao de qualquer outra pessoa, independentemente de sua condição patológica (CARNIEL, 2008), e assim, esse serviço fez com que os hospitais perdessem seu status de referência no tratamento de pessoas com transtornos mentais, já que esses Centros objetivam a "gradual desospitalização dos internos e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, bem como a instalação da tríade prevenção/tratamento/reabilitação" (DE TILIO, 2007, p. 199).

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica nos mostra que o tratamento clínico do sofrimento psíquico é necessário, mas o internamento não é a forma mais adequada uma vez que produz/reproduz a exclusão social, dentre outras formas de violência aos usuários. Nesse sentido, ela nos mostra a urgência de substituição do modelo manicomial, sendo necessário a criação de uma rede de serviços de atenção psicossocial humanizada que propunha novas formas de tratamento respaldadas na liberdade respeitando os direitos dessas pessoas.

3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) E A GARANTIA DE DIREITOS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL NAS DÉCADAS DE 2000 E 2010

Como foi discutido nas seções anteriores, a trajetória sócio-histórica da loucura percorreu um longo caminho de lutas até se caracterizar ao que hoje compreendemos como saúde mental. O louco, sendo considerado enfermo, adquiriu o direito ao tratamento, no entanto, essa rotulação concretizou ainda mais a exclusão desses indivíduos na sociedade, assim, essa contradição fez parte da estruturação da história da loucura; em diferentes momentos vimos que a mão que dava o direito ao tratamento muitas vezes era a que o retirava; a definição do status de doente

concretizou a estigmatização de uma pessoa sem razão, condenando-os à exclusão social e a destituição de seus direitos sociais.

Se por um lado, confere-se ao louco o estatuto social de doente com direito à assistência e a tratamento, sob a proteção do Estado, por outro lado autoriza-se a exclusão social desse indivíduo, destituindo-o de seus direitos sociais, isto é, sua condição política a de cidadania plena (FERNANDES, *et al*, 2003, p. 38).

O desenvolvimento de mecanismos de substituição aos manicômios foram estratégias que proporcionaram às pessoas em sofrimento psíquico tratamentos humanizados que asseguram seus direitos. Por sua vez, o CAPS é uma instituição estatal que faz parte de uma rede de atenção à saúde mental que se caracteriza como uma estratégia de desinstitucionalização dos manicômios que tende a estimular a reinserção dos usuários na sociedade e no convívio familiar, além de estimular a autonomia dos mesmos, seja no âmbito pessoal ou social. Nessa seção, portanto, vamos abordar a questão dos direitos como parte da estruturação da reforma psiquiátrica no Brasil e as particularidades do principal dispositivo de atenção psicossocial – o CAPS.

3.1 A garantia de direitos na luta antimanicomial e na reforma psiquiátrica Brasileira

Diante de tudo que já foi exposto nos capítulos anteriores, quando pensamos na garantia de direitos das pessoas em sofrimento psíquico, logo nos vem à memória o longo percurso de violações a que essas pessoas eram submetidas, foram décadas de maus tratos, enclausuramento e preconceito. No Brasil, a situação começou a mudar com o fim da ditadura militar, através de movimentos democráticos que se instalaram por todo território. De acordo com De Tilio (2007) as propostas que surgiram com esses movimentos apresentavam caráter distinto das práticas executadas nos hospitais psiquiátricos, já que não aceitavam a privação de liberdade como meio de tratamento, o distanciamento do âmbito social não era visto como adequado, muito pelo contrário, os indivíduos não mais eram vistos a partir de suas patologias, tendo sua dignidade restaurada, lhes sendo garantido o status de cidadão. Pudemos verificar, portanto, que os conflitos entre a perspectiva manicomial e aquelas que produziram alternativas a esse modelo passam pela discussão sobre direitos e cidadania, sobre os quais falaremos agora.

Ribeiro (2006) nos diz que a oferta e garantia dos direitos básicos dessas pessoas passaram a ser vistas como necessárias, buscando-se soluções que

pudessem articular toda rede de assistência e cidadania, pois, o “louco” agora seria “merecedor” de seus direitos civis, políticos e sociais, além de exercer de fato os seus Direitos Humanos. Como nos alerta Barreto (2009), a loucura não poderia se resumir apenas a fenômenos psicopatológicos, se configurando em um conjunto de circunstância que engloba pessoas, saberes e poderes.

Ao longo da história da loucura, todas as sociedades criaram determinadas interpretações sobre fatos e coisas relacionados aos loucos e, assim como a loucura, o conceito de cidadania também passou por diferentes formas e sentidos mediante a cada momento histórico, tendo diferentes mudanças em relação às suas perspectivas formais e práticas e se tratando da inclusão social dos loucos é importante levar em consideração cada conceituação histórica, seja sobre cidadania, seja sobre loucura (NASCIMENTO, 2009).

Na modernidade, ainda segundo o autor supracitado, Marshall foi um dos autores mais importantes que estudou a cidadania¹⁹, em uma de suas obras - *Cidadania, Classe Social e Status* (1967) - trouxe como conceituação da cidadania a sua fragmentação em três aspectos imprescindíveis para convivência das pessoas em sociedade, principalmente ao se tratar dos loucos, que seria a junção dos direitos civis, políticos e sociais, se configurando na construção do cidadão, a qual, os direitos civis estariam relacionados com a liberdade e igualdade dos indivíduos perante a lei; Os políticos seriam o direito do indivíduo de participar de situações referentes ao poder político, tal como eleitor, exercendo seu poder de voto e os sociais são direitos fundamentais à subsistência humana em sociedade, seja ele garantindo a educação, a saúde, o trabalho ou outros, constituindo-se uma junção essencial a convivência das pessoas no âmbito da sociedade.

Se tomarmos esse parâmetro, já é possível identificar que as pessoas em sofrimento psíquico passaram por imensas e variadas negligências em relação aos seus direitos enquanto cidadãos, já que eram vistos pelo estigma de desarrazoado e incapazes de exercerem quaisquer atos de cidadania, deixando-os à mercê da benevolência de terceiros. É válido ressaltar que na modernidade a razão era a

¹⁹ É importante lembrar que a obra de Marshall é um estudo sobre cidadania que tem sua conceituação presa à matriz jurídica em que resume a cidadania à titularidade de direitos, diferenciando-se da concepção de Marx, já que Marshall não questiona os conflitos da sociedade capitalista, entre capital x trabalho, apenas pretende igualar o status jurídico-político dos cidadãos limitando-se a um aparato institucional, desconsideração o fato de que no sistema capitalista as pessoas mesmo sendo postas como iguais e livres, continuam presas a comercialização da força de trabalho humana, ou seja, os “cidadãos livres” sendo subordinados ao capital. (BRITO, 2018)

característica estruturante da essência humana e a base para as relações sociais. Dessa forma, o "louco" enquanto indivíduo desarrazoado, não foi aceito pela sociedade e nem mesmo foi considerado cidadão, já que eram considerados inadequados socialmente no que se refere às leis da razão e da moralidade, assim, construindo uma muralha entre razão e loucura (RIBEIRO, 2006). Por isso, "pensar a inclusão social desses sujeitos, logicamente, remete ao desenvolvimento da cidadania, e a cidadania, para as pessoas portadoras de transtornos mentais, ficou restrita aos direitos humanos universais e à sua inscrição no universo da razão." (BARRETO, 2009, p. 30) ou seja, lhes restando apenas a fraternidade.

no mesmo momento e contexto histórico em que foi construído o conceito de cidadania – como esta responsabilidade e possibilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social – foi construído também, em parte pelos mesmos atores sociais, o conceito de alienação mental. Se o alienado era considerado um despossuído da Razão plena – e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza - existiria, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido um cidadão (AMARANTE, 2007, p.34).

Sobre o status de cidadão,

todos aqueles que possuem esse status são considerados livres e iguais no que tange ao respeito aos direitos e obrigações a ele vinculados, não existindo nenhum princípio universal que delibere antecipadamente quais serão esses direitos e obrigações (NASCIMENTO, 2009, p.33).

Por isso, a construção da cidadania no âmbito da saúde mental, enquanto mecanismo de inclusão social diz respeito a um processo social complexo, com altos e baixos, sendo necessário estratégias que possam mudar as mentalidades, atitudes, relações sociais das pessoas que olham para o "louco" com estigma, preconceito e marginalização. Pois, para superar todas as problemáticas acumuladas que envolvem as práticas desumanas e a estigmatização da loucura, é preciso mais do que trocar os manicômios por serviços substitutivos, é necessário que haja uma radicalização nas formas de entender, lidar e tratar as pessoas em sofrimento psíquico, é necessário a construção de novas condutas para com essas pessoas (BOTTI *et al*, 2006).

Como já visto na seção anterior, a promulgação da lei Basaglia em 1978 foi sem sombra de dúvidas a base para que a loucura ganhasse sua devida visibilidade, levando a construção de políticas sociais que pudessem tratar o "louco" enquanto indivíduo de direitos, tendo a oportunidade de um tratamento humano. Nesse sentido, a Lei Basaglia foi responsável por determinar a extinção dos hospitais psiquiátricos, possibilitando as condições legais para um novo cenário assistencial e político da loucura (AMARANTE, 2007). De Tilio (2007) nos diz que a mesma também proibiu

a construção de novos hospitais psiquiátricos, além de mudar parte do Código Penal Italiano que atrelava a figura do “louco” ao de periculosidade criminal. Não mais se permitiram internações de longa estadia, com duração indeterminada, tornando-se referência mundial na busca pela substituição dos manicômios por serviços substitutivos.

No Brasil, de acordo com Carniel (2008) essas mudanças tornaram-se evidentes devido à crise da Divisão Nacional em Saúde Mental (DINSAM)²⁰, em 1978, iniciada através de denúncias feitas por médicos que identificaram irregularidades em uma unidade hospitalar, que posteriormente gerou uma greve de funcionários de quatro unidades da DINSAM, tal situação acabou repercutindo-se pelo país resultando no “apoio de vários movimentos como o Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).” (CARNIEL, 2008, p. 24), que ganharam força na década de 1979 com a visita de Franco Basaglia ao país.

A vinda de Basaglia foi de suma importância para o fortalecimento do movimento, realizando na ocasião, reuniões, visitas e debates com os membros e interessados na questão, além de visitar o Hospital Colônia de Barbacena e compará-lo a um campo de concentração nazista (PEREIRA, 2011).

Desta forma, a vinda de Basaglia ao Brasil estimulou o aumento de denúncias sobre abusos cometidos contra os pacientes, além das péssimas condições de trabalho, ano que também ficou marcado pela criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em vários lugares do Brasil (SILVA, 2012).

Segundo Correia Jr. e Ventura (2014) o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, e por associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, denunciando as violações que aconteciam nos manicômios, o que levou a união de diferentes categorias profissionais e vários segmentos da sociedade em busca de romper com o então sistema psiquiátrico. Carniel (2008) por sua vez, esclarece que o MTSM surge exigindo a transformação da assistência psiquiátrica, que através das propostas de reformulação do sistema assistencial consolidou o pensamento crítico sobre o saber psiquiátrico, lutando pelo fim dos manicômios, mas também em buscando de uma

²⁰Órgão responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental do Ministério da Saúde” (CARNIEL, 2008, p. 24).

regularização da situação trabalhista, reivindicando reajuste salarial, férias, 13º salário, dentre outros direitos trabalhistas.

O movimento traz a tona uma realidade desconhecida pela maioria dos cidadãos, dando vazão a denúncias de violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, a hospitalização, a cronificação, a estigmatização do doente mental, as condições de trabalho e a hegemonia da rede privada em detrimento da rede pública (PEREIRA, 2011).

Assim, o MTSM durante um longo período se configurou como principal movimento que tratava da reforma psiquiátrica brasileira, liderando o movimento, tanto nos aparatos teóricos, quanto nos práticos (NASCIMENTO, 2009).

Já na década de 1980, a história da saúde mental foi marcada por congressos, encontros, debates e conferências, além de movimentos reformistas que trouxeram à debate no país, um novo conceito de saúde. a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru-SP, ocasionaram um importante avanço na política de saúde mental (CARNIEL, 2008).

Segundo Pereira (2011), a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, teve como tema a Saúde como direito de todos e dever do Estado, além de debater temáticas como: A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial, dentre outras, que ostentou um diferencial em relação aos encontros anteriores, ele contou com a participação da sociedade civil. Amarante (2007) reforça que se encontravam presentes no evento, profissionais de saúde, usuários, familiares, sindicatos, igrejas, partidos políticos, enfim, vários segmentos da sociedade brasileira, enredados pelo movimento da reforma sanitária²¹. Foi nessa conferência que

Foram definidas as bases do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, tendo, pela primeira vez, a convocação de entidades representativas da sociedade civil nos debates, com uma participação efetiva na discussão dos programas do governo, assim como na formulação das políticas públicas de saúde (NASCIMENTO, 2009, p.52).

Pois, os trabalhadores não mais aceitaram as condições precárias a que eram submetidos, o que levou a reivindicarem pelos seus direitos, tais como, o direito universal à saúde, buscando-se novas formas de entender as especificidades da saúde. Dito isto, foi então com a participação popular que a sociedade pôde conhecer

²¹ Objetivava produzir uma reforma nas políticas e práticas de saúde que vigoravam no país, tendo em vista a possibilidade de obtenção efetiva da assistência e dos serviços relacionados à saúde por toda a população brasileira (NASCIMENTO, 2009, p.50).

o conceito ampliado de saúde que se difere totalmente das concepções antecedentes. A saúde não mais seria vista pela ausência da doença, mas pelo conjunto de fatores que fazem parte do ser social, como o acesso ao lazer, à educação, ao trabalho, à habitação, dentre outros (BRASIL, 1986). Desta forma, a VIII Conferência Nacional de Saúde através da sistematização da reforma sanitária, auxiliou no desenvolvimento de novas condutas da reforma psiquiátrica.

A partir do movimento da Reforma Sanitária, nos anos 1980, começa a se delinear um novo projeto de saúde que passa a valorizá-la como direito de todo cidadão a ser garantido pelo Estado, envolvendo princípios como a equidade do atendimento, a integralidade da atenção e a participação social do usuário (SILVA, 2012, p.38).

Direitos esses que mais tarde seriam inseridos e assegurados pela promulgação de uma nova constituição brasileira de 1988, desta forma, a VIII Conferência Nacional de Saúde resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de auxiliar no debate sobre saúde mental, configurando-se como o pontapé inicial para estimular os debates sobre a situação da saúde no país, além de impulsionar a luta por uma sociedade democrática, visto que a luta pela instituição do SUS parte da sociedade, objetivando “construir um modelo de saúde que fosse público; que tivesse a participação da população através mecanismos de gestão, como os Conselhos de Saúde; entre outras características” (SILVA, 2012, p.39). Assim, foi através da criação do SUS que a saúde mental pôde desenvolver formas de tratamento gratuitos, estimulando a construção de espaços que acolhem e tratam os usuários da saúde mental humanamente e com dignidade, valorizando-os como cidadãos.

O SUS trouxe em sua estrutura de forma detalhada todo o funcionamento de um sistema universal e gratuito, que se utiliza dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social, prezando pela democracia e exercício da cidadania dos usuários desse sistema, o mesmo disponibiliza serviços que são portas de entrada para integralidade da assistência à saúde, oferecidos por redes de atenção à saúde, sendo a atenção psicossocial como uma delas (BRASIL, 2005).

Desta forma, é verídico falar que o SUS foi conquistado a partir de movimentos sanitários, democráticos, políticos, sociais e reformistas que aconteceram entre as décadas de 1970 e 1980, em um momento histórico delicado. Embora a época estivesse sendo marcada pelo grande avanço da tecnologia, ainda estava vigente um

estado autoritário que atacava os programas sociais e de saúde, resultando em cortes progressivos dos recursos da saúde em geral, afetando diretamente toda população brasileira, o que levou aos intensos movimentos de crítica e de forte resistência ao regime ditatorial (NASCIMENTO, 2009).

Segundo Barbosa (2006, p.70) o movimento de reforma sanitária "trouxe consigo uma nova concepção de saúde, entendida como resultado das condições de vida da população, ultrapassando o mero conceito de saúde como ausência de doença" por isso, a diversidade cultural e as desigualdades socioeconômicas são aspectos que devem ser colocados à frente de quaisquer estratégias de promoção à saúde mental. desse modo, é preciso entender que a saúde em seu âmbito geral, não poderia ser vista a partir de um conceito homogêneo, uma vez que, a depender do tempo histórico, a concepção de saúde e de suas especificidades se alteram, dito isto, podemos então falar que a saúde se constitui de "um processo que envolve aspecto social, político e econômico, estando sob influência de mudanças significativas a depender do contexto inserido" (BEZERRA *et al*, 2016, p.4).

No que diz respeito à saúde mental, o SUS possibilita estimular a conscientização de que a convivência com pessoas em sofrimento psíquico não oferece riscos para a sociedade, contrariando essa visão arcaica e equivocada, a inclusão social é parte do tratamento, além disso, o transtorno mental não faz do paciente uma pessoa impossibilitada de conviver em sociedade e exercer sua cidadania, o tratamento deve estar ancorado na perspectiva da busca pelo fortalecimento da autonomia e a devida integração social (SILVA, 2012). Por isso, a participação popular foi e é um mecanismo democrático social que segundo Amarante (2007), em um cenário de redemocratização nacional, a participação social e política dos indivíduos na sociedade foi objeto de merecido destaque, não se limitando apenas aos movimentos da saúde mental mas abrangendo todos os âmbitos das políticas de saúde, levando a um avanço inquestionável da saúde, tendo direitos que foram almejados no movimento de Reforma Sanitária introduzidos na Constituição de 1988, alguns artigos que se trata exclusivamente da saúde, são, Art. 196; 197; 198; 199 e Art. 200, sendo o Art. 196, o que traz a saúde como direito de todos com acesso universal e igualitário, sem estigmas e o Art. 200 aborda as competências do sistema único de saúde (BRASIL, 1988).

Ainda no ano de 1986, no Canadá, mais precisamente na cidade de Ottawa, foi realizada a I Conferência Internacional sobre promoção à saúde, que trouxe ao público

de alguns países o entendimento de saúde como resultante de determinantes sociais, onde concluíram que a ocorrência de problemas de saúde estaria relacionada a fatores sociais advindos das desigualdades econômicas e sociais (HEIDMANN, IVONETE T.S. BUSS *et al.* 2008). Fato que corroborou para a sistematização de políticas públicas de saúde que tratassem a saúde para além da doença, reafirmando a importância da promoção à saúde.

Já em 1987 no Rio de Janeiro, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental que trouxe a debate,

novas diretrizes para a reestruturação dos serviços em saúde mental, como a priorização de investimentos nos serviços fora dos ambientes hospitalares e interdisciplinares em oposição à tendência hospitalar, na qual o tratamento era de responsabilidade exclusiva da psiquiatria (RIBEIRO, 2006, p. 62).

A mesma, também resultou em recomendações para que profissionais da área se unissem a sociedade civil em prol de combater a psiquiatrização do social, estimulando a participação da população em todo o processo de construção e efetivação das políticas de Saúde Mental, sugerindo também a priorização de investimentos em serviços extra hospitalares e multiprofissionais, se contrapondo aos manicômios (PEREIRA, 2011).

A I CNSM constituiu-se em importante fórum de discussão que situou a saúde mental na luta de classes, questionou o modelo psiquiátrico vigente e propôs a substituição dos leitos psiquiátricos por leitos em hospitais gerais públicos e/ou serviços alternativos. Ela consolidou uma efervescência de discussões que já vinham ocorrendo na sociedade civil (BARBOSA, 2006, p.76).

O II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também realizado em 1987, foi a base para o início das movimentações da reformulação da psiquiatria brasileira, acontecendo por todo o país, levando o lema “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS” aos ouvidos da sociedade, que no âmbito cultural acabou em instaurar o dia 18 de maio como dia alusivo a mesma, em prol de construir uma sociedade livre de manicômios, assim, concretizando o início do Movimento de Luta Antimanicomial impulsionando a reforma psiquiátrica (CARNIEL, 2008).

Ao se tratar da garantia de direitos, a promulgação da Constituição Cidadã, em 1988, foi sem dúvida um marco de extrema importância para sociedade brasileira, principalmente pelo fato da sociedade ter passado por grandes e densas transformações sociais e políticas durante a ditadura militar (1964-1984), em que, “partidos políticos foram extintos, os sindicatos foram fechados, os meios de comunicação passaram a ser controlados, pessoas foram perseguidas, exiladas,

configurando-se um quadro de extrema repressão e coerção” (NASCIMENTO, 2009, p.40).

A Constituição de 1988 promoveu um amplo espaço ao exercício, social e político, assegurando a garantia e proteção aos direitos de todo e qualquer cidadão brasileiro, independentemente de cor, raça, etnia ou patologia (NASCIMENTO, 2009) fato que auxiliou em todo processo de reconhecimento dos loucos enquanto cidadãos de direitos, sendo estimulada a necessidade de substituição gradativa do modelo hospitalocêntrico por espaços e serviços substitutivos que tratassem seus usuários com sua devida dignidade, segundo Amarante (2007), esses serviços de atenção psicossocial devem ter estruturas flexíveis que não corram o risco de se tornarem ambientes burocráticos e nem mesmo se referenciar em ações interventivas, uma vez que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças. desta forma, A promulgação da Constituição Brasileira assegurou a saúde como direito fundamental ao indivíduo, sendo ofertada a partir de políticas públicas sociais e econômicas, apresentando-a como direito de todos os cidadãos e dever do Estado provê-la, configurando-se um direito universal e igualitário em virtude de proporcionar uma melhor condição de vida aos brasileiros, através do acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde ofertados pelo SUS.

Ao pensarmos a reforma psiquiátrica no âmbito legislativo, Carniel (2008) vai nos dizer que, as mudanças que aconteceram na saúde mental, que vem construindo uma nova visão social para o “louco”, onde este passa a ser visto como de fato um cidadão, só foram possíveis com a criação do projeto de lei citada anteriormente, que levou os usuários a ter o direito de ser assistidos por uma equipe que lhes proporcionaram o melhor tratamento do sistema de saúde, levando em consideração as suas subjetividades. O "louco" passou a ser tratado respeitosamente, teve a família inserida em todo o processo de seu tratamento, visando auxiliar na melhoria do quadro clínico, no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, além de auxiliar na inserção no campo do trabalho e na sociedade, sendo protegido contra qualquer forma de abuso e exploração.

O novo modelo de cuidado, os usuários dos serviços têm à sua disposição equipes multidisciplinares para a confecção e implementação de todo o plano terapêutico, onde ele próprio, o usuário, adquire o status de agente do próprio tratamento, conquistando o direito de se organizar em associações que podem se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo a inserção social de seus membros, incluindo os CAPS, clubes de convivência e de lazer assistidos, cooperativas de trabalho protegido e residências terapêuticas, entre outros (CARNIEL, 2008, p. 25).

Nesse percurso histórico, através de movimentos sociais, como o da luta antimanicomial, que trouxe como eixo principal de suas concepções a construção da cidadania ao louco e sua inclusão social, tendo a reforma psiquiátrica focalizada na substituição das instituições manicomiais devido a propagação da violação de direitos, além da exclusão social (RIBEIRO, 2006), mais precisamente no ano de 1989 foi proposto à sociedade um projeto de lei que ficou conhecida nacionalmente como Lei Paulo Delgado (10.216), a qual, buscava regulamentar os direitos da pessoa em sofrimento psíquico, garantindo proteção e acolhimento contra qualquer forma de violação de seus direitos, além de estimular a extinção progressiva dos manicômios no país, levando as ideias da reforma psiquiátrica ao campo da legislação, a mesma “propunha a ampliação e discussão sobre a Saúde Mental num contexto amplo no país, a partir de então diversos Estados e Municípios elaboravam suas leis” (PEREIRA, 2011, p.54).

Segundo Barbosa (2006), o movimento da luta antimanicomial com sua estratégia fundante de exterminar os manicômios lhes substituindo por serviços extra-hospitalares, além de tornar evidente a loucura no meio sociocultural, objetivando reconstruir a cidadania e poder de trocas sociais das pessoas em sofrimento psíquico, sem dúvidas, foi o impulso necessário para o surgimento da lei 10.216, no entanto, foi preciso alguns anos para que ela viesse a ser aprovada, fato que só ocorreu em 2001.

Durante o período de tramitação da Lei Paulo Delgado, outras formas e dispositivos de luta foram utilizados, como a “Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região”, que aconteceu em novembro de 1990, em Caracas, onde representantes de diversos países formularam a Declaração de Caracas, onde existe uma sinalização clara que os direitos humanos e civis dos portadores de transtorno mental sejam respeitados (SILVA, 2012).

A lei 10.216, promove mudanças no modelo de atenção à saúde mental, enfatizando a desospitalização e garantindo os direitos da pessoa em sofrimento psíquico que necessite de uma eventual. Essa lei veio para desconstruir o isolacionismo e a usurpação da subjetividade dos indivíduos em sofrimento psíquico e dar lugar a uma estrutura legal protetiva do cidadão e da democratização de um

tratamento de inclusão dos excluídos, na tentativa de se efetivarem os direitos protegidos pela Constituição Federal de 1988 (CORREIA JR. e VENTURA, 2014).

A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade” (BRASIL, 2005, p. 55-56).

As discussões envolvidas na aprovação da lei 10.216 foram capazes de consolidar várias ideias que apareceram reafirmadas em portarias, leis estaduais e muitas leis municipais que foram publicadas e aprovadas entre as décadas de 1990 e 2000, possibilitando o desenvolvimento da atenção em saúde mental, a qual, trouxe como um dos seus objetivos a inclusão social dessas pessoas que tanto sofriam e sofrem. No entanto, não é possível assegurar essa inclusão social apenas por intermédio da legislação, é preciso que haja mudanças na cultura que enxerga o doente mental enquanto pessoa perigosa, necessitada de enclausuramento. (BARRETO, 2009). Aqui, os direitos humanos se destacam para “inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental” (AMARANTE, 2007, p. 69-70).

Desde os primeiros anos do movimento da luta antimanicomial é evidente quão importante foi a articulação entre os movimentos democráticos/sociais para a reforma do sistema psiquiátrico brasileiro, impulsionada por “desenvolver-se em conjunto com os processos de democratização e participação social, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização da política de saúde e a luta por equidade e justiça social”, (SAMPAIO, BISPO JÚNIOR, 2021, p.2) tornando possível uma nova e humana forma de ver e prestar assistência aos loucos, criando uma rede descentralizada e articulada de tratamento, prevalecendo a intenção de pôr um fim nos hospitais psiquiátricos, buscando “o fortalecimento de políticas públicas que promovam o cuidado em rede e em liberdade, garantindo a prerrogativa de saúde mental enquanto direito humano” (SAMPAIO, BISPO JÚNIOR, 2021, p.2). Dessa forma, essas iniciativas culturais se tornaram a ponte para a transformação do lugar social da loucura. (FERREIRA, *et al*, 2016).

A Saúde Mental é um dos campos sociais que mais teve seus Direitos Humanos violados, em sua maioria, considerados como inexistentes, além da

exclusão dos direitos civis e políticos, da participação na vida em sociedade. De acordo com Barreto (2009) a estigmatização atrelada às pessoas em sofrimento psíquico leva a sua exclusão em sociedade, os impedindo de construir sua identidade, visto que a mesma se constrói através das relações sociais vivenciadas, portanto uma rotulação resultaria em um processo complexo de exclusão social.

O autor Ruiz (2012, p. 55) nos diz que essa situação descrita acima está intrinsecamente relacionada a configuração atual da nossa sociedade, a qual, “[...] o regime capitalista, com sua forma de organização da economia, da cultura, da política e da vida social em suas distintas dimensões potencializa e amplia a violação dos mais diversos direitos humanos”. Essas violações não acontecem apenas em situações de guerra ou conflitos, como imaginávamos, mas também em vários campos de debate social, por isso, “as políticas públicas, os modelos de assistência e as estratégias de inclusão social não deverão ser baseados somente em evidências médicas e psicopatológicas, mas também em evidências sociais” (BARRETO, 2009, p. 91) pois, a Questão Social resultante desse sistema se configura em diversas interfaces relacionadas a problemáticas sociais.

A não consideração dos Direitos das pessoas em sofrimento psíquico e a consequente violação destes, levaram essas pessoas por caminhos tortuosos. Foi através dos movimentos sociais, a sensibilização de grandes nomes no âmbito da Saúde Mental e a criação de instituições de tratamentos humanizadas que a história do sofrimento psíquico foi vista por um outro ângulo. Os CAPS tiveram participação essencial nesse processo, desenvolvendo práticas de cuidado à Saúde Mental respeitando os Direitos garantidos às pessoas em sofrimento psíquico.

3.2 Os CAPS como facilitadores dos direitos relativos à saúde e aos direitos humanos no Brasil nas décadas de 2000 e 2010

No Brasil, os CAPS surgiram na década de 1980, mais especificamente, o primeiro surgiu no estado de São Paulo, em 1987, denominado de Professor Luís da Rocha Cerqueira, tendo sua valorização e expansão apenas em 2002, devido a conquista do financiamento pelo Ministério da Saúde, o qual foi de fundamental importância para o processo de mudanças na forma de assistência prestada às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005). Configurando-se um dos serviços inseridos na Rede de Atenção à saúde mental e atuando como uma das ferramentas de desinstitucionalização dos manicômios, propõe serviços para evitar as internações,

lhes oferecendo tratamentos baseados em novas condutas humanitárias propostas pelo novo fazer psiquiátrico, além de ofertar serviços estimulantes a inclusão social (FERREIRA *et al*, 2016).

Dessa forma, o atendimento oferecido nesses espaços substitutivos através de serviços psicossociais, como é o caso do CAPS, possibilitam que a hospitalização do usuário seja feita apenas em casos de extrema necessidade, visto que a partir do fechamento gradativo dos Hospitais Psiquiátricos e da redução contínua de leitos psiquiátricos, devido ao êxito da Reforma Psiquiátrica. A internação de pessoas em sofrimento psíquico passou a ser permitida apenas em casos extremos, conforme a lei 10.216, de 06 de Abril de 2001 que prevê casos de internações, como está posto no Art. 4º, a qual propõe que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, o Art. 6º complementa, determinando ainda que a internação psiquiátrica somente acontecerá mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos, salvo em casos que sejam exceções, como está prescrito no Art. 7º em que a pessoa pode solicitar voluntariamente sua internação, ou mediante seu consentimento, devendo assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento (BRASIL, 2001).

Documento do Ministério da Saúde sobre os CAPS, (Brasil, 2004) esclarece que qualquer pessoa que esteja em sofrimento psíquico severo e/ou persistente pode ser atendida pelos CAPS, podendo ser encaminhada por algum serviço de saúde ou procurando diretamente a Instituição. A partir do primeiro atendimento, compreendendo a situação de cada usuário é que vão ser construídas estratégias e projetos terapêuticos personalizados, de forma individual, conforme cada necessidade e singularidade. Vale ressaltar que as estratégias de tratamento podem acontecer de maneira extra institucional, como uma forma de reabilitação psicossocial, respeitando as possibilidades de cada um e o seu cotidiano.

As atividades desenvolvidas pelos CAPS acontecem a partir da construção dos projetos terapêuticos individuais, a partir de atendimentos ofertados diariamente, analisando-se a especificidade de cada usuário sobre a necessidade do acompanhamento com consulta ambulatorial semanal ou mensal, ou até mesmo o comparecimento diário (RIBEIRO, 2004). Assim, o CAPS é um espaço de tratamento aberto, com atividades terapêuticas que incentivam à autonomia, a inclusão social, em busca dos direitos de cidadania, dentre outros. Nesse sentido, essa instituição

oferece diversas formas de atividade terapêuticas como por exemplo a psicoterapia, oficinas terapêuticas, atividades artísticas, atividades comunitárias, além, do atendimento domiciliar e aos familiares, tais atividades podem ocorrer de forma individual, em grupo, em família ou para estes e atividades comunitárias. É desta forma que o CAPS, respeitando as possibilidades de cada um, articula o cuidado à saúde mental no âmbito clínico e as estratégias de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2005).

O processo de reabilitação psicossocial vai trazer em suas ações tratamentos que respeitem as particularidades de cada pessoa, vislumbrando sua recuperação, para então minimizar as consequências advindas de sua patologia, lhes permitindo ter liberdade e autonomia para que exerçam suas funções sociais (PITTA, 1996). Assim, estimulando a cooperação do próprio usuário em relação ao tratamento e da população no que diz respeito ao acolhimento pela reinserção social.

A reabilitação psicossocial é uma estratégia que implica numa mudança de toda política dos serviços de saúde mental e envolve os profissionais, os usuários, os familiares dos usuários e a comunidade em geral. A reabilitação é um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e de plena contratualidade em três cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social (NASI; SCHNEIDER. 2011, p. 2).

É importante sempre levar em consideração outros fatores primordiais da vida dessas pessoas, ou seja, buscar trazer a imagem do “louco”, enquanto cidadão, estabelecendo uma relação positiva entre sociedade, sofrimento mental e instituições, devolvendo a esses sujeitos a autonomia e responsabilidade de sua vida, além de servir como instrumento para a construção material de seus direitos. Nesse sentido, a inclusão social não se trata apenas de respeitar os direitos já existentes, mas também de estruturar os novos. Assim, percebe-se que a forma de atendimento dos CAPS não está restrita apenas aos muros institucionais, dessa forma, o atendimento pode acontecer de várias modalidades, (BRASIL, 2004)

- Intensivo: necessário para pessoas que possuem sofrimento psíquico grave, sendo fundamental o atendimento diário e inclusive domiciliar, se for o caso.
- Semi-intensivo: atendimento realizado quando há melhoria no quadro clínico, mas a pessoa em sofrimento psíquico necessita ainda de uma atenção contínua, mas não diária, para se estruturar e recuperar, podendo também ser a domicílio.

- Não-intensivo: realizado quando não há necessidade de atendimento à domicílio, podendo acontecer resumidas vezes nos meses e à domicílio, se for o caso.

Tais Centros permitem acompanhamento constante dessas pessoas, sendo acolhidas e atendidas em suas comunidades, o que fortalece os laços sociais em seu território e perto da família, constituindo-se em condutas contributivas para a efetividade do tratamento, visto que a função do CAPS é desenvolver atividades que se direciona ao caminho da inclusão social, sempre estimulando o fortalecimento dos laços familiares e comunitários, além da busca pela plena garantia dos direitos de cidadania dessas pessoas, construindo uma nova visão para a loucura, que não seja de estigma (BARRETO, 2009).

Os CAPS se diferenciam em segmentos a depender de sua estrutura, capacidade de atendimento, usuários e dinâmica populacional de onde estão inseridos, sendo o perfil populacional um dos critérios mais importantes nesse quesito, devendo ser fortemente considerado no que se refere ao planejamento das ações de cada instituição. Dessa forma, de acordo com o que está prescrito no Art. 1º, posto na Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, considerando a lei 10.216, de 06 de abril de 2001, a qual estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2002), brevemente listados a seguir:

- CAPS I: Possuindo um menor porte, esses Centros cobrem uma população que esteja em média entre 20 a 70 mil habitantes e possui uma equipe mínima de 9 profissionais, podendo atender até 240 pessoas mensalmente. Seu horário de funcionamento é de 8 às 18 horas, em dois turnos, de segunda a sexta, seus usuários são adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- CAPS II: São Centros de médio porte, atendendo a população acima de 70 mil habitantes, possuindo uma equipe mínima de 12 profissionais, podendo atender até 360 pessoas por mês. Seu horário de funcionamento é de 8 às 18 horas, em dois turnos, de segunda a sexta, podendo comportar um terceiro turno INDO até às 21:00 horas. Seus usuários são adultos com transtornos mentais severos e persistentes;

- CAPS III: São Centros de maior porte, atendendo uma população acima de 200 mil pessoas. Conta com equipe de 16 profissionais, podendo atender em média 450 usuários. Esse serviço atende a grande complexidade, estando aberto todos os dias, inclusive finais de semana e feriados, por 24h. Realiza também internações curtas, podendo chegar até no máximo 7 dias;
- CAPSi: Esses Centros estão habilitados para atender as demandas de crianças e adolescentes que possuem transtornos mentais, em um município com mais de 200 mil habitantes, possuindo capacidade para atender cerca de 180 usuários mensais, contando com uma equipe mínima de 11 profissionais, seu horário de funcionamento é de 8 às 18h, em dois turnos, de segunda a sexta, podendo comportar um terceiro turno indo até às 21:00 horas;
- CAPSad: São Centros direcionados para pessoas que fazem uso excessivo de álcool e outras drogas, em um município com mais de 70 mil habitantes, podendo atender até 240 usuários por mês, contando com uma equipe mínima de 13 profissionais. seu horário de funcionamento é de 8 às 18h, em dois turnos, de segunda a sexta, podendo comportar um terceiro turno indo até às 21:00 horas e ainda conta com uma média de 2 a 4 leitos para desintoxicação e repouso dos usuários.

Dessa forma, a diversificação de estratégias de tratamento tem sido importante dispositivo de Atenção à Saúde Mental, considerando as necessidades particulares de cada usuário do serviço, uma vez que, o CAPS tem como função promover essa humanização no tratamento. Nesses Centros de Atenção Psicossocial usuários e familiares encontram a base fundante para o enfrentamento do sofrimento psíquico e adquirem autonomia para prosseguir com os cuidados necessários sem que tenham dependência institucional, garantindo-lhes um acompanhamento digno, respeitando seus direitos. As subjetividades que permeiam todo processo existente na vida das pessoas em sofrimento psíquico nos demonstram a importância dos espaços substitutivos para efetivação das políticas públicas de saúde mental.

É imprescindível destacar que o protagonismo dos próprios usuários e familiares frente ao tratamento é fundamental. A concepção de estar inserido em todas as etapas do tratamento é parte essencial da reabilitação das pessoas em sofrimento psíquico na busca da formação e/ou fortalecimento de sua autonomia, assegurando-lhes que estão no controle sobre sua vida e vontades, sejam elas dentro das

instituições de tratamento ou em seu cotidiano. O Ministério da Saúde, em seu manual dos CAPS, destaca que

As organizações de usuários e/ou familiares têm cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial no Brasil, participando ativamente da discussão sobre os serviços de saúde mental e promovendo atividades que visam a maior inserção social, a geração de renda e trabalho e a garantia de seus direitos sociais (BRASIL, p. 2004, p. 28).

No que diz respeito à participação ativa dos familiares e da comunidade em geral, ainda segundo Brasil (2004), um dos grandes objetivos dos CAPS é justamente o fortalecimento desses vínculos. Vale destacar que em muitos casos, os familiares são a ligação mais próxima que os usuários do serviço têm e esse vínculo torna-se indispensável para que os CAPS cumpram seu papel no tratamento, de forma que esse laço possibilita ser uma continuidade do tratamento fora da instituição, atuando também como instrumentos terapêuticos e de promoção à saúde e cidadania.

Ao que se refere a participação direta da comunidade, esta

poderá ser parceira dos CAPS através de doações, cessão de instalações, prestação de serviços, instrução ou treinamento em algum assunto ou ofício, realização conjunta de um evento especial (uma festa, por exemplo), realização conjunta de projeto mais longo, participação nas atividades rotineiras do serviço (BRASIL, p. 2004, p. 29).

Diante do exposto, buscamos pesquisar referências que abordassem na prática a relevância dos CAPS no cotidiano de pessoas em sofrimento psíquico, partindo do ponto de vista dos próprios usuários do serviço, suas vivências, de seus familiares e sociedade como um todo.

Está disponível na plataforma virtual YouTube uma Roda de Conversa²² virtual explanando reflexões acerca dos 20 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica, realizando uma retrospectiva dessa história e situando as tendências no contexto pandêmico. E, a convite do grupo organizador do evento, Sueli Nascimento²³ abordou importantes reflexões acerca da vivência e cotidiano enquanto familiar de usuário do CAPS, enfatizando a instituição enquanto espaço de participação popular, debate político e de reivindicação em prol do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. A mesma ressalta a relevância do Fórum de Saúde Mental de Maceió-AL, explicando que esse espaço é um coletivo iniciado em 2018 por profissionais da Saúde Mental

²² Evento promovido pelo Grupo de Pesquisa e Extensão Saúde Mental e Sociedade vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social - UFAL. Exibido ao vivo no dia 28 de maio de 2021 e transmitido pelo canal oficial da PROEX-UFAL.

²³ Professora Dr^a da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Familiar de usuário do CAPS, integrante do grupo operacional do fórum de saúde mental e membro do comitê editorial do *Podcast Loucamente*.

objetivando estimular o controle social direcionado a melhoria da atenção em saúde mental na capital alagoana. Desde então, há reuniões de profissionais da categoria de saúde, usuários e familiares, além de estudantes e professores universitários e os demais defensores do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Há uma forte união de outros movimentos que buscam fortalecer a defesa do cuidado em liberdade, levantando a bandeira “por uma sociedade sem manicômios”. Para a Saúde Mental, a liberdade é terapêutica e enclausurar, por tanto, não é tratar, referenciando a psiquiatra alagoana Nise da Silveira a qual defendia a ideia da cura através da ausência de preconceito.

Sueli ressalta ainda que ao falar em uma sociedade sem manicômios, está para além da ausência de hospitais psiquiátricos, mas sim, está para uma vida sem estigmas, acabando com todo e qualquer encarceramento não só de corpos como também de mentes, a qual infelizmente essa ainda é uma realidade de um país, onde a concepção de liberdade é o ideal mas não é o real. E, na condição de familiar, a mesma ainda problematiza as internações e salienta o quão benéfico são os serviços substitutivos, enfatizando a necessidade da liberdade e (re)construção da autonomia das pessoas em sofrimento psíquico. Finaliza sua fala ressaltando a necessidade de respeitar as pessoas em suas diferenças, e, como mãe de uma pessoa em situação de sofrimento psíquico, ela se dedica à luta antimanicomial, destacando que o ideal de sociedade é um lugar livre, justo e acolhedor, bom para todas as pessoas. Ao final, afirma a frase símbolo da luta antimanicomial "nenhum passo para trás, manicômios nunca mais."

Nesse mesmo evento, Marli Márcia²⁴, usuária do CAPS, ao ser questionada sobre como é a experiência dela em relação a ser cuidada em um serviço substitutivo e comunitário como o CAPS, enfatizou a importância do contato com os demais colegas de tratamento e os serviços que são oferecidos nesta instituição, exemplificando as oficinas terapêuticas, onde há uma troca de saberes, havendo momentos de aprendizagem e também de trocas de conhecimentos, onde ela aprende, mas também compartilha. Também falou da importância de estar inserida em todos os passos do tratamento, afirmando “nada para nós, sem nós”. Fala sobre como é torturante estar trancado e o quanto se sente empoderada por ter liberdade e ter a possibilidade de lutar pelo fortalecimento e expansão dos CAPS. Cita que ainda

²⁴ Usuária do CAPS Sadi Carvalho, AL, artesã em crochê, representante do Fórum de Saúde Mental de Maceió - AL, da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA e da ASSUMA.

é preciso que a sociedade olhe com carinho para a Saúde Mental, entendendo que o tratamento vai além do uso de remédios.

Dentre muitos estudos com essa temática, trouxemos o artigo *Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais da vida cotidiana* (SALLES e BARROS, 2013), a qual realizou entrevistas com usuários do serviço, conscientes e sem déficit cognitivo moderado ou grave. Para a coleta de dados, as autoras utilizaram de entrevistas semiestruturadas, mediante perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado pôde expressar-se e relatar sua vivência. O que mais se destacou no resultado da entrevista supracitada foram os relatos de solidão, as autoras destacam que sofrimento psíquico e isolamento social andam lado a lado, uma vez que os usuários sentem o abandono, o desprezo, o isolamento feito pela sociedade, sentem-se desvalorizados e muitas vezes os próprios se retrai devido a experiências negativas. O sofrimento psíquico não impossibilita a criação de vínculos, em sua maioria, o isolamento está relacionado a forma como a sociedade os enxerga e não com a patologia em si.

Nesse contexto, a reabilitação psicossocial oferecida pelo CAPS é efetiva no que diz respeito a superação do isolamento, reforçam sua autonomia e socialização ao oferecer um ambiente de acolhimento, de troca de experiências, uma vez que o usuário convive com pessoas que também estão em busca desse cuidado com a saúde mental. Assim, durante a entrevista, os próprios usuários afirmam que através dos Centros de Atenção criam laços afetivos com os demais usuários ao compreenderem que compartilham das mesmas vivências, possibilitando inclusive estender as amizades para além dos muros da instituição, não ficando dependentes do CAPS.

Um outro estudo que também traz entrevistas destacando a relevância do CAPS é o *Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários* (NASI; SCHNEIDER, 2011). A partir dos relatos, compreende-se que os serviços oferecidos pelo CAPS proporcionam segurança para essas pessoas, os mesmos reconhecem a importância da instituição e da qualidade do atendimento, explicando que o acompanhamento causa uma sensação de bem-estar e alívio por haver outras alternativas para além da hospitalização. Ainda segundo as autoras, expressam a relevância de uma rede bem articulada de serviços intersetoriais, com outras instituições, como por exemplo a articulação com abrigos, proporcionando uma ampliação no suporte a estes usuários para além do CAPS.

Mencionam também a importância e qualidade da equipe multidisciplinar, a qual estabelece vínculos afetivos e de confiança, sensação de segurança, acolhimento, atenção e apoio, vínculos fundamentais para o tratamento. Destacam as atividades das oficinas terapêuticas realizadas, as atividades em grupo proporcionam a interação social, ferramenta principal da atenção psicossocial. Segundo os relatos descritos, através do CAPS os usuários recuperam sua autonomia, se conscientizando da sua própria responsabilidade em querer prosseguir com o tratamento, a ter força de vontade e se ajudar.

Durante muito tempo, tratar a saúde mental tinha como sinônimo o isolamento, resultando no afastamento do convívio social e inclusive de seu seio familiar. Com o avanço das formas de tratamento, a família pôde ser inserida nesse cuidado, sendo então parte do processo de reabilitação psicossocial, oferecendo cuidado e acolhimento no dia a dia. Nessa perspectiva, o estudo *Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família* (CAMATTA *et al*, 2011) avaliou o CAPS frente a perspectiva dos familiares de usuários do serviço, através de uma pesquisa qualitativa, objetivando coletar dados para demonstrar a relevância da união entre família e serviço para a efetivação da atenção em saúde mental.

Os autores supracitados destacam que para alcançar um atendimento de qualidade requer aprofundamento nos estudos da área, precisa de subsídios específicos no campo da saúde mental, uma vez que há características particulares da área e subjetividades de cada usuário. Os familiares abordados nesse estudo ressaltaram a importância da qualidade da equipe multidisciplinar, reconhecendo os envolvimento dos profissionais, o acolhimento, o comprometimento e a responsabilização, segundo eles, são características marcantes da equipe. Um outro relato aborda as atividades oferecidas no Centro de Atenção, como as atividades terapêuticas, essas auxiliam no desenvolvimento dos participantes, promovendo interação e adaptação, potencializando sua autonomia.

Como já foi dito em outros momentos, os Centros de Atenção Psicossocial promovem a autonomia dos usuários, permitindo que se vejam como responsáveis e protagonistas de suas vidas e de seu próprio tratamento, devendo inclusive fornecer estratégias e recursos suficientes para tal e para a reinserção saudável em sociedade, eles:

funcionam em âmbito municipal com objetivo de oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (DEL’OLMO, CERVI, 2017, p.215).

Exigindo assim, uma articulação efetiva com os demais serviços da saúde, que com a construção das estratégias da reforma psiquiátrica para extinção os Hospitais Psiquiátricos e suas formas desumanas de tratamento, prezando pela validação dos Direitos Humanos acima de tudo, resultou na Rede de Atenção à Saúde Mental, sendo ofertado diversos serviços de saúde, criando condicionantes que possibilitam a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade, ou seja, serviços articulados em prol de um bem comum. Pois

A rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005, p. 25).

Desta forma, “as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em ‘rede’, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2007, p.88), para que seja possível a construção de relações entre sujeitos e não de sujeitos e doença - esquecem que existe uma pessoa por trás da patologia - ou seja, uma relação entre os profissionais que estão dispostos a ouvir e cuidar das dificuldades e expectativas dessas pessoas que vivenciam e fazem parte das problemáticas envolvidas no espaço do sofrimento psíquico e desses sujeitos que estão passando por situações delicadas e precisam saber que estão sendo ouvidos, assim, sendo estabelecido além do vínculo profissional, o afetivo, fazendo com que essas pessoas sintam realmente acolhidas, assim, construindo uma rede de cuidados humanizada e efetiva, ou seja, a Rede de Atenção à Saúde Mental (AMARANTE, 2007).

É perceptível que para que a saúde mental de fato funcione, proporcionando o melhor cuidado aos pacientes psiquiátricos, a Rede de atenção à saúde mental brasileira integrante do Sistema Único de Saúde, é uma estratégia de grande eficácia para efetivação plena das ações e serviços substitutivos, pois, ela além de prezar pela

inclusão social, desestigmatizando, ela não está simplesmente limitada a um único serviço, articulando diferentes segmentos do âmbito da saúde, tendo os CAPS como um desses espaços estratégico (BRASIL, 2005).

Nesse aspecto, a Rede de Atenção à Saúde Mental precisa ser ampla e atender as mais diversas demandas postas.

A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços (BRASIL, 2005, p. 31).

Segundo o Ministério da Saúde, Brasil (2005), dentre os demais serviços, os CAPS possuem valor estratégico para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira, uma vez que, foi a partir do surgimento desse serviço que possibilitou a organização dessa rede substitutiva aos Hospitais Psiquiátricos, sendo ela uma Instituição Estatal que articula não só a Rede de Atenção à Saúde Mental como também a Política de Saúde Mental, uma de suas grandes funções, promovendo então o acolhimento, vislumbrando preservar e fortalecer a autonomia e os laços sociais e comunitários de cada usuário, ressaltando o auto protagonismo durante todo o tratamento.

A proposta dos CAPS é oferecer à população local acompanhamento clínico, integração social dos usuários, disponibilizando acesso ao trabalho, lazer, exercício da cidadania, buscando reforçar os laços familiares e comunitários, e para isso dispõe de um espaço adequado para atender à demanda específica, como consultórios, salas para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para a recreação (TRINDADE *et al*, 2007, p. 43).

Vê-se então a importância dos CAPS na preservação e fortalecimento de laços de seus usuários com a sociedade, em um processo de convivência, fato que corrobora no sentimento de pertencimento ao âmbito social, pois, o indivíduo sente-se capaz e valorizado, tornando-se mais confiante em si e em prosseguir com o seu tratamento, visto que nesses espaços os usuários são instigados a terem autonomia em toda a trajetória do seu tratamento, visto que além do oferecimento de tratamento humanizado, os CAPS articulam os seus recursos em variadas redes, sejam no âmbito jurídico, educacional, social, sócio sanitário ou outras (BRASIL, 2005). Desenvolver atividades que unam sociedade, família e a pessoa em sofrimento mental são fundamentais para sua reabilitação, por mais simples que sejam, o fato de serem vistos como cidadãos lhes causam um sentimento de valorização, onde para eles sua

contribuição ativa na sociedade e em seu tratamento é de fundamental importância no processo de sentir-se parte de algo. Por essa e outras razões, os CAPS têm caráter substitutivo, e não complementar ao hospital psiquiátrico.

A função do CAPS é desempenhar um papel diferenciado no caminho da inclusão social, pautado no estímulo e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, nas parcerias, na garantia dos direitos de cidadania, no espaço de possibilidade para a construção de outro olhar para a loucura. Que não seja o do preconceito (BARRETO, 2009, p, 39).

Embora essas pessoas tenham algumas limitações devido a patologia, não devem ser vistas como incapazes de conviver em uma sociedade, sendo preciso além de atendimento humanizado na garantia da qualidade de vida, é preciso assegurar e estimular o processo de cidadania dos usuários, respeitando suas singularidades e subjetividades, auxiliando na promoção da inserção social dos mesmos com ações intersetoriais (BARRETO, 2009) seja através do acesso ao trabalho, onde existem programas que estimulam a criação de cooperativas e associações e realizam oficinas de geração de renda, a qual se tem o movimento conhecido como Economia Solidária lutando contra a exclusão social e econômica de pessoas estigmatizadas.

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

Seja através do lazer, a qual se tem os Centros de Convivência e Cultura que:

São dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais. O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde (BRASIL, 2005).

Seja exercendo autonomia de seus direitos civis, tendo liberdade de escolhas sobre sua vida, sendo respeitados enquanto cidadãos de direitos, pois, de acordo com a constituição federal brasileira de 1988, em seu Art. 5º consta que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, lhes sendo garantido o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988). E no

fortalecimento dos laços familiares e comunitários, através da participação ativa dessas pessoas na busca por uma política pública e coletiva para a saúde mental, que potencializa todo processo da Reforma Psiquiátrica.

É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco da sociedade. Afinal, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para os "loucos" (BRASIL, 2005).

Ferreira *et al* (2016) nos esclarece que o CAPS traz em suas condutas, serviços que incentivam a todo momento o protagonismo de seus usuários em relação a sua vida, não os isolam e tão pouco lhes separam do convívio familiar e social, ele é um dispositivo de desinstitucionalização dos manicômios que auxilia na recuperação e reintegração social dessas pessoas que se encontram em situação de sofrimento psíquico, respeitando cada singularidade, vislumbrando uma vida digna a seus usuários. Salles e Barros (2013) reforçam que a tarefa de incluir socialmente vai bem mais além do trabalho dos profissionais de saúde e familiares, é responsabilidade também da comunidade em geral, é preciso então modificar a forma como a sociedade lida com pessoas em sofrimento psíquico, anulando toda e qualquer forma de discriminação e preconceito.

É no cotidiano que as relações são construídas, sejam elas de aproximação ou isolamento, sendo esta última ainda mais comum, e é justamente nesse momento que a comunidade auxilia no tratamento, através do acolhimento. As autoras citadas acima ainda ressaltam que apesar do isolamento social que muitos se encontram, não se pode associar como uma característica própria da patologia, mas sim uma consequência acarretada pela estigmatização advinda da sociedade, que em grandes casos vem da própria família. Por isso, é importante que no âmbito do tratamento os envolvidos precisam ter uma boa relação de confiança e respeito, seja durante uma simples entrevista, ou durante o processo de reabilitação psicossocial.

Vale destacar que a rejeição advinda da sociedade é sentida e estimula atos de isolamento por parte do próprio indivíduo, onde eles acabam sentindo medo de socializar, se restringindo apenas a amizades construídas na instituição de tratamento, seja no CAPS ou em outros. Por isso, os usuários sintam-se mais à vontade em conviver, conversar, criar vínculos com aqueles que possuem a mesma

singularidade, isso por aflorar-se o sentimento de igualdade que encontram uns nos outros.

A doença mental não é algo que impossibilita as pessoas de se relacionarem com os outros; o fato de eles manterem uma rede social ou não, está mais ligado ao contexto social do que à doença em si. A constituição destes relacionamentos é algo positivo tanto para eles quanto para as pessoas de sua rede social (SALLES e BARROS, 2013, p.7).

Porém, mesmo o Caps sendo um importante dispositivo de referência no tratamento do sofrimento psíquico, é importante lembrar que a Saúde Mental no Brasil e no mundo, não está limitada apenas a um único serviço de apoio, essa instituição é uma ferramenta governamental que faz parte de algo maior, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004, p.12).

A RAPS é uma rede de cuidados extra-hospitalar composta de vários serviços estratégicos substitutivos que buscam suprir todas as necessidades particulares dos seus usuários, a mesma, traz como um dos seus principais objetivos a articulação dos diferentes setores das políticas públicas de saúde em seu âmbito geral, indo do âmbito da saúde básica, partindo da atenção primária até a reabilitação psicossocial, no campo da saúde mental, como,

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, ações integradas e sistemáticas de saúde mental com a atenção básica, os Centros de Convivência, o Leito Psiquiátrico em Hospitais Gerais, espaços de convivência, inclusão pelo trabalho e ampliação do programa "De volta para Casa. (BARRETO, 2009, p.36-37).

Assim, ampliando os cuidados, com atendimentos multidisciplinares assegurando seus direitos, enquanto cidadãos. (MOREIRA, 2017)

A Rede de Atenção à Saúde Mental tem o alcance a diversos serviços e equipamentos, a qual, caracteriza-se por ser essencialmente pública, com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, atuando como uma base comunitária e respeitando os direitos das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). Somente a grandeza de uma rede ampla e completa é capaz de lidar com a complexidade das demandas de pessoas estigmatizadas por décadas, frente a um país de tamanha desigualdade social.

A implantação do SUS trouxe grandes conquistas para saúde pública Brasileira, sendo a atuação da equipe multidisciplinar uma delas, essa conquista possibilitou ampliação e inserção de diversas profissões nos discursos e atendimentos, envolvendo um olhar ampliado sobre as especificidades da saúde (PEREIRA, 2011). Nesse contexto, entende-se que lidar com a saúde mental está associado a um conjunto de fatores, uma vez que, o serviço está pautado na união entre usuário e seu desenvolvimento de autonomia, o serviço, que vai além de uma instituição de saúde, envolve equipe multidisciplinar qualificada, intersectorialidade, diversificação de estratégias para um tratamento humanizado e efetivo, além da participação ativa de familiares e sociedade, prezando pelo fortalecimento desses vínculos.

Ainda referenciando o documento do Ministério da Saúde referente aos CAPS, (BRASIL, 2004) descreve as atividades exercidas pela instituição, onde expressa que o paciente recebe atendimento multiprofissional que pode ocorrer diariamente, a depender do quadro clínico do usuário, também são atribuições do CAPS o acolhimento interdisciplinar e as atividades terapêuticas que trabalham a saúde mental do paciente objetivando (re)inseri-los na sociedade. No entanto, não podemos esquecer que para não ocorrer a exclusão dos indivíduos com transtornos mentais é necessário o apoio da rede para que seja possível abranger a execução de ações inclusivas, partindo dos familiares e seguindo em direção a outras pessoas, instituições de saúde e outros setores, assim, pondo em prática as ações intersectoriais.

As ações intersectoriais, que têm um maior envolvimento da equipe e de usuários e familiares, partem do núcleo de geração de renda do CAPS. Nestas são realizadas várias articulações com setores diversos, públicos e civis, no sentido de viabilizar a participação em feiras, que ocorrem no município e na capital. Isso tem viabilizado certa renda para seus participantes (BARRETO, 2009, p. 86).

A intersectorialidade nos serviços de Atenção à Saúde Mental, é uma ferramenta capaz de promover um atendimento integral e completo ao usuário, estando atento às demais demandas sociais para além da saúde, sendo então capaz de articular com outros serviços que possam dar continuidade a essa Atenção Psicossocial, como por exemplo o acesso à bens e serviços essenciais, alimentação, educação, lazer, dentre outros. Barreto (2009) afirma ainda que a articulação dos cuidados clínicos com os programas de reabilitação psicossocial possibilita aos profissionais entenderem as particularidades e o ritmo de readaptação de cada paciente, promovendo aos usuários o protagonismo de suas vidas. Não se pode esquecer que esses usuários são pessoas

que em sua maioria, estão saindo de manicômios, onde passaram por procedimentos tortuosos, que puderam agravar ainda mais as condições psicossociais.

Os CAPS se constituíram, então, numa ampliação tanto na intensidade dos cuidados aos portadores de transtornos mentais quanto de sua diversidade, incluindo as especificidades de sua clientela e da cidade ou local onde estão inseridos (RIBEIRO, 2004, p. 5).

Ao se tratar de saúde mental, é importante lembrar que para que de fato aconteça a desinstitucionalização da loucura, a rede de serviços em saúde mental precisa estar bem articulada, os profissionais precisam estar inteiramente comprometidos com o objeto de intervenção, respeitando-os frente a suas particularidades, mantendo uma boa relação de troca, para que o indivíduo sinta-se reconhecido enquanto sujeito, cidadão, gerando uma confiança mútua, proporcionando um amplo campo de estratégias para as ações de fortalecimento dos vínculos dos familiares, da sociedade e se possível da construção da autonomia e produtividade dos próprios usuários, para assim, desencadear uma auto responsabilização, estimulando os mesmo a permanecer no tratamento, participando ativamente e por vontade própria e vislumbrando sua própria melhoria.

Em suma, os CAPS se configuram como uma instituição de caráter substitutivo, a qual, possibilita aos usuários, tratamentos que vão além dos limites do espaço físico institucional, articulado com outros serviços e claro, com o apoio da comunidade são de extrema importância para o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, além de promoverem a desestigmatização. Essa união entre saúde e sociedade possibilita a construção de novos espaços que auxiliem a esses usuários um reconhecimento social adequado pois, quando se trata de desinstitucionalização, há uma grande dificuldade com relação aos cuidados extra-hospitalares, principalmente no âmbito da reinserção social devido às necessidades individuais e diferenciadas, além da cultura estigmatizante que acompanha os loucos por onde passam, é preciso que elas sejam vistas como capazes, desconstruindo a cultura de estigma que as perseguem por décadas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar sua historicidade, compreendeu-se que a Saúde Mental passou por várias fases de percepção, pois havia uma linha tênue entre tratamentos dignos e uma parcial e até mesmo total, exclusão social. Inicialmente não havia a concepção de saúde mental, pois durante o período da mitologia, eram considerados como intermediários dos deuses, sendo exaltados e acolhidos. Posteriormente, ao final da Idade Média, enfatiza-se a concepção de loucura, considerada uma forma de possessão demoníaca; segundo a Igreja Católica as pessoas só eram acometidas se estivessem descrentes com a religião, levando-os a tratamentos tortuosos como sessões de exorcismos. A partir de então, a designação da desrazão e o estereótipo de loucos e incapazes de conviver socialmente bem foi sendo atribuída a essas pessoas e conseqüentemente, surgiu a necessidade de os afastar do convívio, ou seja, isolar socialmente. Assim, ao observar sua trajetória nos deparamos com a desumanidade que pessoas em sofrimento psíquico vivenciaram.

A conceituação dos transtornos mentais como doença não assegurou o direito a tratamentos adequados, pelo contrário, representou uma estratégia de higienização da sociedade. Foram criadas instituições para acomodar não apenas os considerados loucos na época, mas também as pessoas que eram indesejadas socialmente, as que não se adequaram aos padrões estabelecidos e que eram incapazes de gerar riquezas para a manutenção do sistema capitalista vigente, surgindo assim os Hospitais Gerais, também conhecidos como “depósito de misérias”, coagindo-os a viver em espaços para tratamentos onde eram reclusos e submetidos a maus tratos físicos e morais em meio a condições desumanas.

Essas formas de tratamentos chamaram atenção de pesquisadores e estudiosos que tentavam compreender as problemáticas inerentes a esses ambientes e a diversas situações trágicas ali ocorridas e através dos avanços desses estudos na área surgiu a psiquiatria. Foi visto que lidar com a psiquiatria necessitava de saberes e técnicas específicas para o caso, fundamentando-se nos princípios do alienismo e, ainda sob privação de liberdade, as primeiras formas de tratamentos eram processos educativos compostos por ações moralizantes com a intenção de sanar os desvios morais e assim, curar o sofrimento psíquico.

Após um longo período surgiram várias denúncias diante da violação dos direitos humanos dentro dessas instituições psiquiátricas, ficando evidente que tais ações não visam de fato uma busca pela melhoria da saúde dessas pessoas, mas sim, uma forma de repressão. Devido a ineficácia de tais tratamentos, a sociedade aos poucos foi adquirindo consciências das barbáries ocorridas, começaram a surgir vários movimentos políticos e sociais contestando a configuração desse modelo manicomial. O psiquiatra Franco Basaglia, juntamente com outros colegas de profissão, elaboraram propostas de mudanças no que se refere aos modelos de tratamentos, estratégia que objetivava enxergar a pessoa em sofrimento psíquico para além de sua patologia, considerando a sua totalidade e visando a garantia de seus direitos.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, possuindo Basaglia como símbolo e referência mundial na busca por melhores condições de tratamento e desinstitucionalização do sofrimento psíquico, é definida pela transformação de práticas e valores culturais e sociais dos quais possibilitaram que a Saúde Mental fosse vista sob um novo olhar, proporcionando avanços no que diz respeito a política de Saúde Mental e a desinstitucionalização, servindo de base para processo de desenvolvimento do serviços que substituíssem essas instituições manicomiais e assegurassem seus direitos enquanto cidadãos, oferecendo-lhes tratamento humanizado além de prover a desconstrução dos estigmas historicamente construídos para com as pessoas em sofrimento psíquico, respeitando suas particularidades.

A compreensão da Saúde Mental de maneira geral nos diferentes tempos históricos se faz necessário para subsidiar os estudos desses movimentos no Brasil, uma vez que foram essas experiências que inspiraram o movimento de reforma psiquiátrica aqui no Brasil, principalmente a Psiquiatria Democrática Italiana. A necessidade do desenvolvimento de estratégias e serviços que substituíssem os manicômios era um fato, mas esse movimento só foi amplamente discutido ao final da década de 70 e com o impulso gerado através da visita do psiquiatra Basaglia ao país, proporcionando grande mobilização contra a institucionalização do sofrimento psíquico e o direito a um tratamento humanizado, fazendo valer os direitos adquiridos constitucionalmente.

Alguns outros Movimentos sociais fizeram parte dessa luta em prol da Saúde, como o Movimento da Reforma Sanitária, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde e dentre outros. A união desses movimentos possibilitou a força e o alcance

necessário para promover mudanças no sistema de saúde brasileiro, buscando a expansão e melhoria nas condições de trabalho para os profissionais dessa área. Apontando ainda para a necessidade da desinstitucionalização e humanização nos tratamentos psíquicos, ou seja, buscavam uma mudança radical no âmbito da saúde como um todo e, em especial, da Saúde Mental.

Os avanços sociais advindos dessas lutas foram sentidos aos poucos, a conquista da lei 180, também conhecida como Lei Basaglia, determinava o fechamento progressivo dos Hospitais Psiquiátricos já existentes e a não construção de novos. A partir de então, novos paradigmas foram criados, impulsionando outros projetos, como é o caso da Lei Paulo Delgado, a qual concretizou as propostas da Reforma Psiquiátrica dispondo da proteção dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Vale ressaltar que essa lei ficou em tramitação durante longos 12 anos para então ser de fato aprovada. Já na década de 90, mudanças no que se refere ao tratamento psiquiátrico foram estabelecidas como, por exemplo, a substituição de instituições psiquiátricas por leitos em Hospitais Gerais, intencionando o não isolamento e a reintegração social.

A trajetória histórica escancara a real necessidade e urgência de serviços substitutivos aos manicômios que fosse capaz de lidar com a Saúde Mental para além dos muros de uma instituição de maneira que o serviço respeitasse as particularidades advindas do sofrimento psíquico entendendo-as como dignas de tratamentos humanizados, lhes proporcionando a oportunidade de criação de estratégias de (re)construção de sua cidadania e autonomia. Estratégias que unissem vários serviços referentes à saúde mental e proporcionasse humanização, reintegração social e incentivo à participação dos familiares e comunidade nesse processo. Foi essencial que tais serviços acontecessem em articulação com os demais serviços e instituições de saúde mental e, nesse aspecto, foi com a Rede de Atenção à Saúde Mental e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial que a reforma psiquiátrica foi de fato consolidada no Brasil, garantindo-lhes ações que assegura a defesa dos direitos humanos.

É fato que os Direitos das pessoas em sofrimento psíquico foram, por longo e dolorosos anos, negligenciados e desconsiderados enquanto cidadãos, anulando-os do conceito de cidadania. A promulgação da Constituição de 88 foi uma indispensável aliada nesse processo, uma vez que possibilitou uma nova ordem social, assegurando a saúde como um direito universal e igualitário, garantido através de políticas sociais

e econômicas. O SUS também foi essencial, tornando possível a criação de estratégias humanizadas para a assistência ao sofrimento psíquico, possibilitando uma rede de atenção descentralizada e bem articulada. A partir de então, a assistência à psiquiatria brasileira foi reformulada, consolidando as diretrizes traçadas pela Reforma Psiquiátrica, onde o processo de desinstitucionalização tornou-se uma política pública. Nesse contexto, integrando a rede de atenção à saúde mental, dentre outras instituições, os Centros de Atenção Psicossocial surgiram como uma estratégia prática da humanização do tratamento psíquico, sendo este um serviço de referência nesse campo da saúde.

Configurando-se como a principal ferramenta de desinstitucionalização e havendo 5 modalidades, os CAPS se diferenciam em aspectos tais como o quadro clínico do usuário do serviço e a dimensão populacional do local onde estão inseridos. Vale ressaltar que o atendimento/tratamento não está restrito aos muros institucionais, havendo algumas formas de atendimento domiciliar e articulação com outros serviços. Tal estratégia proporciona ao usuário, por meio de ações multidisciplinares e intersetoriais, o acolhimento considerando a individualidade de cada um, o desenvolvimento de autonomia, a ressocialização, possibilitando respeitar e assegurar os direitos básicos, sua dignidade e cidadania, lhes permitindo ser protagonistas de seu próprio tratamento. Tais aspectos são partes integrantes do processo de reabilitação psicossocial. A prova disso é uma célebre frase utilizada pelos usuários do serviço: “nada para nós, sem nós”, afirmativa que concretiza a importância do respeito às suas escolhas.

A fundamentação teórica abordada até então provoca profundos momentos de reflexão, pois, embora houvesse incontestáveis avanços nesse âmbito, é fato que ainda há um longo percurso pela frente, principalmente no que se refere aos estigmas socioculturais resultantes de um longo período de preconceito, dificuldade de lidar com as diferenças e até mesmo o desconhecimento da história da saúde mental. Esse último fator merece um destaque pois há pouca discussão acerca do tema na contemporaneidade e é justamente por isso que se reproduzem as concepções retrógradas, fortalecendo os estigmas. As rotulações como loucos e anormais ainda são comuns e infelizmente ainda há a visão de que pessoas que tenham sofrimento psíquico devam ser afastadas do convívio social e o tratamento seja reduzido ao uso de medicamentos, responsabilizando apenas as políticas públicas e não levando em consideração a importância da participação familiar e social.

A ideia de periculosidade e o método higienista ainda está fortemente enraizado, muitas vezes de forma velada. Fortalecer os vínculos das pessoas em sofrimento psíquico para com familiares e sociedade como um todo mudam todo o rumo do tratamento. Embora parte da sociedade venha assimilando lentamente a relevância de tal ideia, a expansão dos debates sobre o tema, disseminando cada vez mais os CAPS e suas propostas de humanização do tratamento, é essencial para a mudança de postura. Essas pessoas precisam ser vistas como pessoas normais em busca de tratamento, como qualquer outra pessoa cuidando de sua saúde. Por isso, mesmo diante de avanços legislativos é necessário que haja a superação da cultura estigmatizante que existe sobre essas pessoas.

Nesse sentido, o estudo nos proporcionou conhecer o papel importantíssimo que os Centros de Atenção Psicossocial têm na garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, que foi nosso maior objetivo e nesse percurso de aprendizado pudemos assimilar o quão árduo foi o processo de criação e desenvolvimento dessas instituições. Ainda em meio a tantos avanços no que tange a Saúde Mental e a consolidação dos CAPS, é necessário se atentar a fortalecer cada vez mais essas instituições substitutivas, priorizando a possibilidade de aumento, dentro do possível, dos recursos destinados a esses serviços, que possibilitem o incentivo e ampliação dos CAPS e dos serviços disponibilizados neste.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde Mental e atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. / Paulo Duarte de Carvalho Amarante. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro** / Daniela Arbex. – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. YouTube. 27 de abril de 2018. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=5eAjshaa-do>. Acesso em: 25 fev. 2020.

BARBOSA, Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo. **Saúde mental e demandas profissionais para o serviço social**, Dissertação (mestrado em Serviço Social). Maceió, Universidade Federal de Alagoas, 2006.

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

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. Biblioteca Básica de Serviço Social. V. 2. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro. SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. **Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas**. J Hum Growth Dev. 2016; 26(1): 11-16.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann; COTTA, Eline Mascarenhas; CÉLIO, Fabiano de Almeida. VISITA AO MUSEU DE LOUCURA: UMA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 52 – 57, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 336 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. de 2005.

BRITO, Rose Dayanne Santos de. A crítica de Marx ao conceito de cidadania. **Revista da Faculdade de Direito da UFRGS**, Porto Alegre, n. 39, vol. esp., p. 129-140, dez. 2018.

CAMATTA, Marcio Wagner et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011, v. 16, n. 11. p. 4405-4414. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FzsVFDfGzP48cCM7br5ZVJr/?lang=pt>. Acesso em: 02 dez 2021.

CARNIEL, Aline Cristina Dadalte. **O acompanhamento terapêutico, sob a luz da reforma psiquiátrica, visa mudar a forma estigmatizada de ver o portador de transtorno mental, passando a enxergar, nesse, a subjetividade de quem realmente convive com sofrimento psíquico, valorizando então os laços sociais e afetivos**. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, 2008.

CORREIA JR, R; VENTURA, C.A. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil- da legalização da exclusão à dignidade humana. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.15, n.1, 2014.

DEL'OLMO. Florisbal de Souza. Cervi. Taciana Marconatto Damo. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Seqüência**, Florianópolis, n. 77, p. 197-220, nov. 2017.

DE TILIO, Rafael. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, [online]. 2007, vol.17, n.37, pp.195-206. <https://www.scielo.br/j/paideia/a/sTG9pzZ4kwGpj6W3XkdS59x/abstract/?lang=pt>

FERNANDES, Josicelia Dumêt, Oliveira, Maria Rita e Fernandes, Juliana. **Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade**. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2003, v. 37, n. 2. Acesso em: 27 Julho 2021, pp. 35-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vdY87G9SWPFKtpMCHnPmQHv/?lang=pt>. Acesso em: 04 dez 2021.

FERREIRA, J. T. *et al.* Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes**, Rolim de Moura, vol. 4, n. 1, jan./jun., p. 72-86, 2016. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/334098659_Os_Centros_de_Atencao_Psicossocial_CAPS_Uma_Instituicao_de_Referencia_no_Atendimento_a_Saude_Mental_The_Care_Centers_Psychosocial_Caps_a_Reference_Institution_on_Call_to_Mental_Health. Acesso em: 12 dez. 2021

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na idade clássica**. 7º ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2004.

FOUCAULT, Michael. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo, Cortez. 1995.

HEIDMANN, IVONETE T. S BUSS et al. **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2006, v. 15, n. 2. Acesso em: 16 junho 2021. p. 352-358. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/W4mZfM69hZRxdMjtSqcQpSN/?lang=pt>. Acesso em: 24 Mar 2021.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na cena contemporânea. In Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Cfess/Abepss/UnB, 2009.

LIANDRO, Bismarck. A EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: REINSERÇÃO SOCIAL. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza, ano MMXVIII, Nº. 000126, 16/07/2018. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/evolucao-da-saude-mental-no-brasil-reinsercao-social>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MARX, Karl. **Salário, Preço e Lucro**. 6ª Edição, São Paulo, global, 1988 f.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do partido comunista**, São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MOREIRA, Maria Inês Badaró. ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. **Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários**. *Saúde e Sociedade* [online]. 2017, v. 26, n. 2. Acesso em: 25 fevereiro 2021, p. 462-474. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PkZqTgktdvt6R4wJT6PqTqR/?lang=pt>. Acesso em 10 out. 2021

NASCIMENTO, Rodrigo Costa do. **Loucura e Cidadania: Avanços e Impasses da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

NASI, Cíntia e SCHNEIDER, Jacó Fernando. **O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2011, v. 45, n. 5 [Acessado 6 Julho 2021] , pp. 1157-1163. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Ts8dq9WxHXwKK3BkpqpPgSk/?lang=pt>. Epub 25 Out 2011. Acesso em: 09 set. de 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica / Jairnilson Silva Paim. – Salvador: J.S. Paim, 2007.

PASSOS, R. G. “**Holocausto ou Navio Negreiro?**”: **inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileiras**”. Argum., Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>. Acesso em 10 out. 2021

PATRIOTA, L. M.; EULÁLIO, M. DO C.; LIMA, G. DA S.; DA SILVA, M. D. A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 55 - 65, 26 jul. 2010.

PEREIRA, Jaira Alana Claro. **O serviço social na saúde mental: Um estudo acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da reforma psiquiátrica** / Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011.

RIBEIRO, Fabrício Junio Rocha. **Da razão ao delírio: por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura** / Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2006. 131f.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, set. 2004.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. **Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2129-2138, July 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2020.

SAMPAIO ML, BISPO JÚNIOR JP. **Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental**. Cad. Saúde Pública 2021; 37(3):e00042620. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMNC4W9B4JsBvFZJ/?lang=pt>. Acesso em 20 out 2021.

SANTOS, Cláudia Mônica; NORONHA, Karine. **O estado da arte sobre os instrumentos e técnicas na intervenção profissional do assistente social - uma perspectiva crítica**. In: FORTI, V.; GUERRA, Y (Orgs). Serviço Social: Temas, Textos e Contextos. 4ª. p. 47-65. 2010.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos [online]. 2019, v. 26, n. 4., p. 1169-1187 Epub 28 Nov 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVC/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2021.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da e Rosa, Lúcia Cristina dos Santos. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **Revista Katálysis** [online]. 2014, v. 17, n. 2. Acesso em: 27 julho 2021., pp. 252-260. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/FFKDctvfxN5sQv8SzmkMmPM/?lang=pt>. Acesso em: 24 out 2021

SILVA, Priscila Soares. **A intervenção do assistente social na saúde mental: a experiência dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS de Juiz de Fora - MG** / Dissertação de Mestrado– 2012.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prédes et al. **Avaliação da organização da Rede de Atenção em Saúde Mental**. Relatório Final de Projeto de Pesquisa. Abril/2005 a agosto/2007. Universidade Federal de Alagoas - UFAL, Maceió/2007.

UFAL. Grupo de Pesquisa e Extensão Saúde Mental e Sociedade. **20 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica: retrospectiva e tendências em contexto pandêmico**. PROGRAD/UFAL. YouTube. 28 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=QEwBBkA2m4s>. Acesso em: 15 nov. 2021.

VIEIRA, Ana Rosa Bulcão. Organização e saber psiquiátrico. **Rev. adm. Empres**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 49-58, dez. 1981.