

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
MESTRADO

SYLNIER MORAES CARDOSO

**As permanências e rupturas da Reforma Psiquiátrica nas instituições
de atenção à saúde mental em Goiânia (1966-2018)**

GOIÂNIA

2019

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Sylnier Moraes Cardoso

Título do trabalho: As permanências e rupturas da Reforma Psiquiátrica nas instituições de atenção à saúde mental em Goiânia (1966-2018)

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento **SIM** **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Sylnier Moraes Cardoso - Autora

Ciente e de acordo:


Profª Drª Ana Carolina Eiras Coelho Soares- Orientadora

Data: 24/06/2019

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

SYLNIER MORAES CARDOSO

**As permanências e rupturas da Reforma Psiquiátrica nas instituições
de atenção à saúde mental em Goiânia (1966-2018)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, Faculdade de História da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em História.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Eiras Coelho Soares

Linha de pesquisa: Fronteiras, Interculturalidades e Ensino de História.

GOIÂNIA
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Cardoso, Sylnier Moraes

As permanências e rupturas da Reforma Psiquiátrica nas instituições de atenção à saúde mental em Goiânia (1966-2018) [manuscrito] / Sylnier Moraes Cardoso. - 2019.

CLX, 160 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Ana Carolina Eiras Coelho Soares.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de História (FH), Programa de Pós-Graduação em História, Goiânia, 2019.

Bibliografia. Anexos.

Inclui mapas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Instituições. 3. Reinserção Social. I. Soares, Ana Carolina Eiras Coelho, orient. II. Título.

CDU 94(817.3)

Ata da Sessão de julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado de **Sylvier Moraes Cardoso**. Aos 29 (vinte e nove) dias do mês de maio de dois mil e dezenove (2019), com início às 09h, nas dependências da Faculdade de História, teve lugar a sessão de julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado de **Sylvier Moraes Cardoso**, cujo título foi **“AS PERMANÊNCIAS E RUPTURAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM GOIÂNIA (1966-2018)”**. A Banca Examinadora foi composta, conforme portaria nº 028/2019-PPGH, de 27 de maio de 2019, pelos seguintes Professores Doutores: **Ana Carolina Eiras Coelho Soares (Presidente)**, **Leicy Francisca da Silva (UEG)**, **Sônia Maria de Magalhães (UFG)**, e, como suplentes **Robson Mendonça Pereira (UEG)** e **Jiani Fernando Langaro (UFG)**. Os Examinadores arguíram na ordem acima citada. Às 10h30 horas a Banca Examinadora passou a julgamento em sessão secreta tendo sido a candidata APROVADA

Prof. Dra. Leicy Francisca da Silva (UEG) Ass.: Leicy Francisca da Silva
Decisão (... APROVADA

Prof. Dra. Sônia Maria de Magalhães (UFG) Ass.: Sônia Maria de Magalhães
Decisão (... APROVADA

Presidente da Banca Prof. Dra. Ana Carolina Eiras Coelho Soares Ass.: Ana Carolina Eiras Coelho Soares
Decisão (... APROVADA

Reaberta a Sessão Pública, o Presidente da Banca Examinadora proclamou os resultados e encerrou-a, da qual foi lavrada a presente ata que vai assinada por mim, Jean Hardy Varela, secretário do Programa de Pós-Graduação em História, e pelos membros da Banca Examinadora.

Coordenadora: Fabiana de Souza Fredrigo

Prof. Dra. Fabiana de Souza Fredrigo

Secretário: Jean Hardy Varela

Jean Hardy Varela

SYLNIER MORAES CARDOSO

**As permanências e rupturas da Reforma Psiquiátrica nas instituições
de atenção à saúde mental em Goiânia (1966-2018)**

Texto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em História, da Faculdade de História da Universidade Federal de Goiás (UFG), como exigência para qualificação, sob a orientação da Prof^a. Dra. Ana Carolina Eiras Coelho Soares.

Banca de qualificação:

Prof^a Dra. Leicy Francisca da Silva (FH-UEG)

Prof^a Dra. Sônia Maria de Magalhães (FH-UFG)

Prof^o Dr. Jiani Fernando Langaro (FH-UFG)

Prof^o Dr. Robson Mendonça Pereira (FH-UEG)

GOIÂNIA
2019

AGRADECIMENTOS

Gratidão é a palavra que resume meu sentimento durante todas as etapas dos caminhos e descaminhos percorridos durante o mestrado, os quais se entrecruzaram com pessoas fundamentais para que houvesse a conclusão deste trabalho.

Agradeço à Deus por ser minha força nos dias difíceis e meu sustento espiritual quando precisei.

Agradeço ao meu esposo Dennis, pelo seu incentivo, compreensão e auxílio nas questões tecnológicas. O seu incentivo representou força para continuar a minha trajetória de vida, sempre... Ninguém torce e acredita tanto como você!

À meu filho amado, Sérgio por compreender os momentos de ausência em função da imersão para a elaboração deste trabalho.

À Professora Ana Carolina Eiras que aceitou o desafio de orientar o meu trabalho que foge ao escopo de seu interesse em pesquisa. Por sua dedicação incansável na indicação de leituras, nas revisões, nas instruções, no compartilhamento de seus conhecimentos teóricos e principalmente na parceria, no acolhimento afetuoso e sensível que faz parte de sua essência.

Às Professoras Sônia Maria Magalhães, Leicy Francisca da Silva e Heloísa Selma Fernandes Capel que em distintos espaços de tempo e lugares contribuíram de forma salutar e generosa para a construção desse trabalho, com indicações de bibliografia, estruturas textuais e pelos contatos.

À Universidade Federal de Goiás e ao Programa de Pós-graduação em História (PPGH) a qual ofereceu toda estrutura para realizar este trabalho e ao curso de mestrado; e docentes, pelos ensinamentos transmitidos, pelo apoio e atenção. Aos funcionários da PPGH em especial Marco Aurélio e Cintila que sempre foram prestativos e eficazes ao sanar todas as minhas dúvidas e preocupações, no decorrer deste longo processo.

Agradeço ao Éder Mendes de Paula e Ronivaldo de Oliveira Rego Santos pelos envios de materiais bibliográficos e documentos me auxiliando em relação às fontes e no compartilhamento de saberes através de suas experiências anteriores.

Aos meus pais que sempre me incentivaram e me deram forças para transpor minhas dificuldades, mesmo que distantes geograficamente.

Ao meu irmão Marcelo Eduardo por ser meu amigo e parceiro na dura e doce jornada da vida, por ter ser uma pessoa que me instiga na conquista de meus sonhos.

À minha irmã Anabel pelo seu carinho e estímulo.

Ao meu tio Carlos Augusto (*in memoriam*) que me fez ter um olhar empático pelos portadores de transtornos e sofrimentos mentais, ainda na minha infância

Sou grata também à minha querida tia Noemia Naomi que é um dos meus maiores exemplos de vida, por dividir comigo sua experiência acadêmica e me estimular à nunca parar de estudar e aprender.

Agradeço aos amigos: Rosemary Fritsch Brum, Patrícia Lúcia, Ana Rachel Spalenza, Dráulio, Aline, Diovana e Ivonete por todo auxílio, pelo carinho, encorajamento e também pela escuta de meus receios e frustrações em relação aos meus estudos e pesquisas desde a graduação.

À Maria Elisa e Ludmila Carneiro, pessoas especiais que este curso de mestrado me trouxe, pelas conversas e trocas de experiências e que levarei para a vida.

Aos funcionários do Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca e em especial a Adel, sempre atenciosa e disposta no exercício da sua função.

Aos funcionários do GERARTE onde passei parte dos meus dias nesse período da dissertação, em especial à Assistente Social Vânia e à Iza Valentim que me atenderam prontamente e foram de uma importância sem igual no desenvolvimento desta pesquisa.

À gestora Márcia, do CAPS Esperança, pela sua atenção e disponibilidade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio prestado com a concessão de bolsa de mestrado.

Agradeço às pessoas solícitas que me atenderam no Arquivo Histórico Estadual de Goiás, pela atenção e disponibilidade em me auxiliar na busca de algumas de minhas fontes.

Agradeço também à minha companheira inseparável de quatro patas, a Luara que permaneceu ao meu lado, todos os dias durante o meu processo de escrita.

E finalmente ao meu querido sogro Ubiratan (*in memoriam*) que foi uma das pessoas mais generosas e batalhadoras que conheci até hoje e um exemplo de ser humano inigualável.

E que a minha loucura seja perdoada
Porque metade de mim é amor
E a outra metade também.

Oswaldo Montenegro, Metade.

(LP Independente, 1977)

RESUMO

O presente estudo aborda a Reforma Psiquiátrica nas instituições de atenção à saúde mental em Goiânia numa perspectiva histórica, fazendo um percurso histórico dentro desse processo social complexo. Trata-se, portanto, de uma pesquisa cujo objetivo é tentar mostrar as mudanças e permanências dentro das instituições psiquiátricas. Para efeito desta investigação, consideramos como Reforma Psiquiátrica o conceito de Amarante (2001, p.87) que a define como sendo "... um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria." Utilizaremos a pesquisa documental como as legislações sobre a temática, além de trabalhos, pesquisas e documentários. O recorte temporal escolhido se dá a partir de 1966, quando iniciou-se o fortalecimento da psiquiatria de viés biomédico e a substituição dos asilos públicos por hospitais privados e se estende até o ano de 2018, com o pleno funcionamento dos novos dispositivos em assistência psiquiátrica em Goiânia (Residências Terapêuticas, CAPS, GERARTE e o Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca), que visam a garantia do acesso à um tratamento mais humanizado, que visa a reinserção social do usuário e o desenvolvimento de sua autonomia e cidadania.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica - Instituições - Reinserção Social

ABSTRACT

The current study approaches a Psychiatric Reform in Goiânia's mental health institutions, making a historical trajectory within this complex social process. Therefore it is a research tries to show the changes and permanencies within psychiatric institutions. For the purpose of this investigation we consider as Psychiatric Reform the Amarante's concept (2001,87) which defines it as being... " a historical process of critical formulation and practice which has as it's purposes and strategies the questioning and elaboration of proposals for the transformation of the classic model and of the paradigm of psychiatry. We will use documentary research as the legislation on the subject, besides works, researches and documentaries. The chosen temporal cut occurs from 1966 when the strengthening of biomedical bias psychiatry began as well as the substitution of public asylums for private hospitals and it extends to the year of 2018, with the full functioning of new devices in psychiatric care in Goiânia (Therapeutic Residencies, CAPS, GERARTE, and the Center of Coexistence and Culture Cuca Fresca) which aim at guaranteeing access to more humanized treatment that is aimed at the social reintegration of the service user and the development of their autonomy and citizenship.

Key words: Psychiatric Reform - Institutions - Social Reintegration

LISTA DE SIGLAS

ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria
AUSSM- Associação dos Usuários de Saúde Mental
AUSSM/GO - Associação dos Usuários de Saúde Mental do Estado de Goiás
BPC- Benefício de Prestação Continuada
CCC- Centro de Convivência e Cultura
DINSAM- Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM- Divisão de Saúde Mental
DUDH- Declaração Universal dos Direitos Humanos
FBH- Federação Brasileira de Hospitais
FGSM - Fórum Goiano de Saúde Mental
GERARTE- Associação de Trabalho e Produção Solidária da Saúde Mental de Goiânia
HPPAB- Hospital Psiquiátrico Professor Aduino Botelho
MPAS- Ministério da Previdência e Assistência Social
MS- Ministério da Saúde
MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS- Núcleo de Assistência Psicossocial
OMS- Organização Mundial da Saúde
OS- Organização de Saúde
PACT- Program for Assertive Community Treatment
PDI- Psiquiatria Democrática Italiana
PSPWC - Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc
PVC- Programa de Volta para Casa
RAPS- Rede de Atenção Psicossocial
RT- Residência Terapêutica
SMS- Secretaria Municipal de Saúde
SRT- Serviço Residencial Terapêutico
SSVP- Sociedade São Vicente de Paulo
SUS- Sistema Único de Saúde
UFG- Universidade Federal de Goiás

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1- Internos do Hospital Aduino Botelho – Goiânia.....	79
Figura 2- Sessão de eletrochoque no Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho.....	80
Figura 3- Ruínas do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho.....	84
Figura 4- Rede de Atenção à Saúde Mental.....	97
Figura 5- Painel confeccionado pelos usuários do Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca.....	112
Figura 6- Cartaz de Divulgação do 1º Jogos Goianos de Saúde Mental.....	113
Figura 7- Artesanatos produzidos pelos associados da GERARTE I.....	117
Figura 8- Saguão de entrada da GERARTE II.....	118
Figura 9- Loja da GERARTE.....	120
Figura 10- Trabalhos artesanais elaborados pelos associados da GERARTE I.....	123

SUMÁRIO

Introdução.....	12
Capítulo I: Manicômios no Brasil: História e Espaços de Tratamento do Louco	18
1- Início das instituições asilares no brasil	18
1.1-A Influência da Reforma Psiquiátrica Italiana na Trajetória da Reforma Brasileira.....	35
1.2-Reforma Psiquiátrica e o Processo de Desinstitucionalização.....	43
1.3-Alienados, Psicopatas e Portadores de Transtornos Mentais: Mudanças e Permanências em Relação às Legislações Sobre Saúde Mental	59
Capítulo II: Novos Instrumentos de Atendimento em Saúde Mental	69
2- Abordagem Histórica das Instituições de Atendimento em Saúde Mental em Goiás.....	69
2.1-Implantação dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental à Luz das Legislações.....	84
2.2- O Centro de Atenção Psicossocial em Goiânia	95
2.3- Serviço Residencial Terapêutico.....	102
2.4- Projetos de Assistência em Saúde Mental	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
FONTES HISTÓRICAS	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138
ANEXO A- Planta baixa do complexo do Hospício de Pedro II.....	149
ANEXO B- Planta baixa do 1º pavimento do Hospício de Pedro II.....	150
ANEXO C- Planta baixa do 2º Pavimento do Hospício de Pedro II.....	151
ANEXO D- Lista dos jornais consultados.....	152
ANEXO E- Lista de documentários.....	153
ANEXO F- Lista das Leis utilizadas.....	154
ANEXO G- Mapa de localização dos CAPs em Goiânia.....	160

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo investigar historicamente algumas políticas públicas voltadas para as instituições de atenção à saúde mental em Goiânia, percorrendo a trajetória inserida no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Com toda certeza o debate desse tema dentro da historiografia só é possível hoje, em função dos intelectuais da Escola dos Annales que nos trouxeram a possibilidade de ampliação de novos objetos para a História. Essa historiografia revisionista propôs também o diálogo da História com outras áreas do conhecimento e ainda trouxe à tona, a partir de uma história social, os excluídos e marginalizados e aqui incluímos o portador de transtornos mentais.

A Pesquisa está inserida no campo da história da saúde e das doenças, que durante muito tempo se restringiu a ser discutido apenas pelos profissionais da saúde. Posteriormente, passou a fazer parte de pesquisas de historiadores, que desenvolveram trabalhos voltados para essa temática interdisciplinar, abarcando várias disciplinas, como por exemplo: a psicologia, a psiquiatria, a biologia, a medicina, o direito, economia, entre outras.

Esse campo faz uma crítica ao pensamento tradicional de que as doenças são fenômenos apenas biológicos, buscando compreendê-la a partir dos inúmeros aspectos que a acarretam, considerando o contexto cultural, social e histórico a qual está inserida.

A história da saúde e das doenças possui três estilos narrativos, a saber:

Em primeiro lugar, uma história biomédica que se propõe a compreender as tensões entre a história natural da doença e algumas dimensões de seu impacto social e as relações entre natureza e sociedade; que busca contextualizar o saber médico e que explora as transformações, desafios, ambigüidades, irregularidades e fracassos que marcam a produção do conhecimento científico, especificamente o conhecimento biomédico; que também analisa as redes individuais e institucionais, os intercâmbios internacionais, as comunidades científicas, a construção do lugar dos cientistas, médicos e da medicina nas sociedades modernas e as possibilidades de se fazer ciência distante dos centros mais dinâmicos (HOCHMAN & ARMUS, 2004, p.13)

O presente trabalho encontra-se dentro do terceiro estilo narrativo que refere-se a uma história sociocultural da doença, que no Brasil, segundo Hochman e Armus, foi produzida no bojo dos movimentos sociais e políticos que lutam pela Reforma

Psiquiátrica, pela extinção dos manicômios e pelos direitos e inserção social dos portadores de transtornos mentais, tendo como base os trabalhos de Foucault.

Para esta tarefa, utilizaremos a pesquisa documental, em especial algumas normas estabelecidas no ordenamento jurídico brasileiro na área saúde mental, além de trabalhos e pesquisas já apresentados sobre o processo da Reforma Psiquiátrica em algumas instituições e unidades de assistência à saúde mental neste município, ou seja, o enfoque será na análise das instituições psiquiátricas e nas políticas públicas de saúde (especialmente de saúde mental)

O recorte temporal que pretendemos estudar será a partir do ano de 1966, com as estratégias das Campanhas de Saúde Pública, especialmente no que tratava acerca da prestação de serviço e da ampliação do acesso da população aos serviços em saúde, porém de uma maneira geral, sem a especificidade de saúde mental. As atividades de prevenção, combate, tratamento e recuperação estavam vinculadas às atividades privadas e públicas.

No ano seguinte, houve a implantação da Campanha Nacional de Saúde Mental, com intuito de intensificar e coordenar no âmbito nacional, tanto as atividades públicas quanto privadas com o objetivo de prevenir e combater as doenças mentais, tratar e recuperar os doentes com a finalidade de reduzir a incidência na população, bem como a dos estados mórbidos correlacionados (BRASIL, 1967). Justamente nesse período houve o fortalecimento da psiquiatria de viés biomédico e substituição dos asilos psiquiátricos públicos por hospitais privados, a indústria médica psiquiátrica passou a ter grandes lucros, momento que ficou conhecida como a “indústria da loucura”, enquanto os trabalhadores da área de saúde mental sofreram com as condições precárias em seus ambientes de trabalho e os espaços de tratamento não davam conta de atender toda a demanda.

Nos anos 70, período que o Brasil vivia sob a égide do governo militar, houve a expansão da indústria farmacêutica no país e ainda investimento na área de atendimento psiquiátrico com a parceria da rede privada, a partir de convênios firmados com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Foi nesse cenário que se iniciou o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, despontando de forma mais concreta a partir do fim da década de 1970, com a redemocratização, quando passaram a ter um olhar crítico voltado para as estruturas institucionais psiquiátricas clássicas, para as

práticas violentas do modelo hospitalocêntrico, buscando a elaboração de novas propostas e possibilidades. (AMARANTE, 2001, p. 91).

O novo modelo substitutivo da Rede de Atenção Psicossocial que emergiu após um amplo debate pela sociedade, foi considerado como uma quebra de paradigma de um modelo centralizador dos hospitais psiquiátricos. Estes novos serviços garantiram o acesso a um tratamento mais humanizado, o qual procura ter um olhar mais singular do sujeito, levando em conta a sua história, seus desejos, suas necessidades, individualidade e potencialidades.

O conjunto de normativas à Assistência Psiquiátrica busca garantir os direitos humanos e civis do usuário da Rede. As diretrizes legais baseiam-se em um atendimento multidisciplinar, participativo, integral, acolhedor, contínuo e preventivo.

O recorte em 2018 foi pensado com intuito de observar o funcionamento do Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca, após sua reativação em 29 de novembro de 2017, já que este é um dos dispositivos imprescindível nessa nova configuração de assistência à saúde mental em Goiânia.

Comecei a me interessar pelo campo da saúde mental, em 1988, ainda na minha pré-adolescência, quando tive a oportunidade conhecer um hospital psiquiátrico público em Brasília, em decorrência da internação de um dos primeiros pacientes psiquiátricos com o qual eu convivi de perto. Este contato marcou-me de forma indelével. O interesse por este tema reacendeu anos mais tarde, quando eu fazia minha graduação em História, ao assistir algumas aulas de História da Arte que abordava os processos criativos e obras de alguns artistas considerados “loucos”.

Iniciei este trabalho, percorrendo algumas Clínicas Psiquiátricas e algumas unidades da RAPS, em Goiânia, como o Centro de Atendimento Psicossocial Esperança, localizado perto de minha residência, o GERARTE I e II e posteriormente o Centro de Convivência Cuca Fresca, com o intuito de observar estes espaços e para dialogar com os profissionais buscando compreender a construção/invenção de ações de saúde mental que tentam até hoje romper de fato com tradicional modelo de atendimento hospitalocêntrico.

O levantamento bibliográfico e das fontes que serão utilizados suscitam questionamentos e discussões que remetem a necessidade da transformação do modelo tradicional de saúde mental (caráter asilar), que se estabeleceu durante muitos anos e que de certa forma, observamos, ainda hoje algumas permanências e resquícios

Através do Capítulo I discorreremos sobre a história das primeiras instituições asilares e de como era o entendimento acerca da loucura. No que diz respeito às fontes utilizaremos o Estatuto do Hospício de Pedro II, sem deixarmos de destacar a importante contribuição posterior da Lei 180, criada a partir da experiência de Basaglia, aprovada na Itália em 13 de maio de 1978, que determinou a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência à saúde mental.

Utilizaremos também a Lei Federal de Paulo Delgado, de nº 10.216/2001, que se estabeleceu no Brasil como um marco ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, além de outras várias normatizações jurídicas brasileiras que tratam da saúde mental, sem deixarmos de lado a nossa Lei maior (Constituição Federal de 1988).

Ao percorrermos este caminho teremos como base bibliográfica autores que de alguma forma inspiram os estudos sobre a Reforma Psiquiátrica (instituições, terapêuticas, medicina psiquiátrica, entre outros aspectos). Dentro desta gama de autores, encontram-se: Foucault, Roberto Machado contribuindo com sua obra clássica *“Danação da Norma”* (1978), Paulo Amarante, um dos grandes defensores e um dos pioneiros do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, Joel Birman (2014) e Jurandir Freire Costa (1976). Não podemos esquecer de destacar a contribuição de Maria Stella Brandão Goulart (2007), e Tenório (2002) e ainda a imprescindível obra *“Uma história social da loucura”*, do historiador inglês Roy Porter, dentre outros.

Para uma melhor compreensão da temática de saúde mental, levaremos também em conta os Movimentos da Luta antimanicomial, a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, como também o Jornal Folha de Goiás que nos traz informações sobre a inauguração do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho em Goiânia. Salientamos também os trabalhos acadêmicos salutareos para a História Goiana de Eder Mendes de Paula e sua relevante contribuição feita a partir de sua dissertação de Mestrado, intitulada: Os sons do silêncio: o louco e a loucura em Goiás e a Dissertação de Ronivaldo de Oliveira Rego dos Santos: O projeto do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de Goiânia em uma História da Loucura no Brasil (1930-1950).

No capítulo II, falaremos sobre os novos instrumentos de atendimento em saúde mental, valendo-nos novamente de algumas legislações antigas (como a primeira ordenação legal acerca dos “psicopatas” do Estado de Goiás, datada de 1947, a Lei Nº

7775, 08 de abril de 1998 da Câmara Municipal de Goiânia que dispõe sobre a política de saúde mental a ser desenvolvida no Município de Goiânia em termos de prevenção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa e dá outras providências, por exemplo) e também algumas mais recentes que tratam sobre a Rede de Atendimento Psicossocial no Brasil e sua implementação e funcionamento em Goiânia. Recorremos a alguns trabalhos norteadores, como a tese de Silvio Yasui, “ *Rupturas e encontros - desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*”, tendo como eixo de análise norteador as quatro dimensões postuladas por Paulo Amarante que caracteriza o Movimento da Reforma como um processo social complexo. Salientamos ainda, o trabalho sobre a questão institucional de asilamento em Goiás, tratado por Sônia Magalhães e pela professora Leicy Francisca da Silva.

No tópico “Abordagem histórica das instituições de atendimento em saúde mental em Goiás”, faremos um estudo utilizando a obra “*Os “bobos” de Goiás- enigmas e silêncios*” de Meireles, falaremos também sobre o curta metragem: *Passageiros da segunda classe*, filmado no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho.

Ao se buscar reconstruir a História das Instituições Psiquiátricas é de grande valia a apreciação do livro “*O holocausto Brasileiro*” da jornalista Daniela Arbex, que retrata o horror do cotidiano dos internos do Hospital Colônia de Barbacena. Para além disto, destacamos a Dissertação de Marla Borges de Castro que aborda a implantação do Centro de Convivência e Cultura em Goiânia e o trabalho de Rúbia Cristina Rodrigues, que realizou um estudo qualitativo e exploratório nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Goiânia.

Utilizaremos também a Declaração dos Direitos Humanos (DUDH), que diz respeito aos direitos e liberdades do ser humano e que serviu de base para a elaboração de Constituições de diversos países, inclusive a do Brasil.

Diante dos levantamentos prévios, observamos através das indicações das fontes, algumas fragilidades advindas da Reforma Psiquiátrica, quando comparamos as diretrizes legais, com intuito da transformação do modelo de atenção à saúde mental e os aspectos práticos e políticos no que tange a efetivação das mudanças e construção das políticas públicas voltadas para uma ação inovadora, especialmente quando direcionamos o nosso olhar para a reinserção do paciente mental e uma prática cidadã alicerçada nos direitos individuais e humanos.

A loucura na história constituiu-se como um mal a ser combatido, já que causava desordem social. É a partir de contextos socioculturais, ideológicos e históricos que sua

elaboração, entendimento e compreensão são delimitados. Dentro de qualquer cultura faz-se necessária que a enfermidade (moléstia) seja admitida e classificada, para que esta se torne legitimada.

Nossa pretensão neste trabalho é de buscar problematizar e analisar as permanências e rupturas das instituições em saúde mental em Goiânia, à luz das legislações, de jornais, filme e de um levantamento bibliográfico acerca dessa temática.

Procuraremos observar a história das instituições psiquiátricas, especialmente em Goiânia, na qual, a partir de 1930, o médico Pedro Ludovico Teixeira esboçou o quadro da loucura em Goiás, período este que teve início o processo de institucionalização da loucura em Goiás. Porém, é só a partir de 1954, inserido na política nacional das instituições asilares, dentro de um contexto higienista e na concepção da caridade cristã, que foi edificado em Goiás, o Hospital Psiquiátrico Professor Aduino Botelho.

Após a promulgação da Lei Antimanicomial nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe acerca da proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência mental, inaugurou-se uma nova etapa de reconhecimento legal, trazendo à tona um debate mais amplo sobre cidadania, direitos humanos e a emergência de criação e implementação de políticas públicas efetivas, com a finalidade de eliminar as internações, humanizar os tratamentos e criar possibilidades de reinserção social. Mas não podemos deixar de pontuar uma das continuidades que ainda se mantêm no Brasil, que é a manutenção do modelo hospitalocêntrico, ainda que em menor medida, apesar de ser incompatível com a rede de atendimento psicossocial, que já mostrou resultados positivos no que diz respeito à inclusão do portador de sofrimento mental.

A importância desse trabalho é discutir a Reforma Psiquiátrica no Brasil, especialmente em Goiânia com intuito de demonstrar os avanços que ocorreram tanto na teoria, quanto na prática, no que diz respeito à conquista dos direitos humanos, da cidadania e da concepção de saúde mental para os usuários da Rede de Assistência Psicossocial.

CAPÍTULO I

Manicômios no Brasil: História e Espaços de Tratamento do Louco

1- Início das Instituições Asilares no Brasil

A loucura foi e ainda é tecida, elaborada e compreendida a partir de contextos socioculturais, ideológicos e históricos. Dentro de qualquer cultura faz-se necessária que a enfermidade (moléstia) seja admitida e classificada, para que esta se torne legitimada. Porém sempre esteve ligada à exclusão e ao estigma.

Os primeiros espaços que receberam os chamados loucos, foram as casas de internamento ou os chamados Hospitais Gerais, que passaram a recebê-los para internação compulsória. Muitos desses Hospitais são criados dentro dos espaços que eram destinados para os leprosários e eram construídos em lugares afastados da sociedade, tendo um caráter policial, de justiça, ou seja, que propiciasse o distanciamento social daqueles considerados perturbadores da ordem. Tinham como objetivo, a implantação de correção e controle dos indesejáveis, e normalmente as Igrejas apoiavam estas instituições, buscando dar assistência aos pobres e desvalidos.

Em sua obra: *Vigiar e Punir*, Michel Foucault aborda o caráter policial e seus respectivos métodos de disciplina, coerção e punição utilizados nas prisões, com o objetivo de controlar os corpos dos indivíduos para que estes se tornassem mais maleáveis e domesticados para se sujeitarem ao controle e para se tornarem produtivos e ‘úteis’ dentro do mecanismo do contexto capitalista.

Podemos notar em sua narrativa que os métodos e os processos de adestramentos aplicados no cárcere são semelhantes aos utilizados nos quartéis, em indústrias e escolas. A disciplina utilizada nesses espaços é que tornaria os homens ‘domáveis’ e constitui-se como instrumento de poder, a fim de abarcar a sociedade como um todo.

Para o autor, no encarceramento com seus mecanismos de vigilância e punição ocorre um princípio de continuidade das “próprias instituições que existem num relacionamento recíproco (dos órgãos de assistência para o orfanato, para a casa de

correção, para a penitenciária, para o batalhão disciplinar, para a prisão; da cidade operária para o hospital, a prisão). Continuidade dos critérios e mecanismos punitivos que a partir do simples desvio fazem pesar cada vez mais a regra e agravam a sanção. Gradação contínua das autoridades instituídas, especializadas e competentes (na ordem do saber e na ordem do poder) que, sem arbitrariedade, mas segundo regulamentos, por meio de verificação e medida, hierarquizam, diferenciam, sancionam, punem e vão pouco a pouco da sanção dos desvios ao castigo dos crimes” (FOUCAULT, 2013, p.283-284).

Porém esse caráter policial relatado pelo o autor, não se enquadra no “sentido restritivamente repressivo que lhe atribuímos atualmente, mas segundo uma acepção mais ampla englobando todos os métodos de desenvolvimento da qualidade da população e da própria nação” (DONZELOT, 1980, p.12), ou seja, teria o objetivo de regular tudo que diz respeito ao Estado, servindo inclusive para aumentar o seu poder, com a pretensão de contribuir para o aperfeiçoamento da sociedade.

Os Hospitais Gerais em nada pareciam com os Hospitais que conhecemos atualmente, onde encontramos médicos para cuidar da saúde, como nos ratifica Foucault: “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, 2013, p. 49-50).

Foi apenas no fim do século XVIII que surge o manicômio¹, onde novas e diferentes experiências e tratamentos para os doentes mentais se estabeleceram.

A loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que imprimirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura daí por diante. Se por um lado, a iniciativa de Pinel define um estatuto patológico para a loucura, o que permite com que esta seja apropriada pelo discurso e pelas instituições médicas, por outro, abre um campo de possibilidades terapêuticas, pois, até então, a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão. Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio de tratamento moral, ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da

¹ Palavra derivada do grego composta por “mania” que quer dizer loucura e “komên” que significa curar), lugar voltado para atender de forma específica, loucos. Este espaço de “cura”, ainda permanece com caráter de exclusão, mas ganhando uma nova característica: a de acolher.

paixão, no interior da própria razão e não a sua alteridade (AMARANTE, 2003, p. 42).

Philippe Pinel (1745-1826), nomeado diretor do Hospital Bicetrê em Paris e considerado o Pai da Psiquiatria, desenvolveu e introduziu naquele hospital, um novo tipo de tratamento que consistia na reeducação dos alienados em relação às normas e regras impostas socialmente e que possuía função disciplinadora e de caráter moral. Ele afirmava que havia relação entre as doenças mentais e as excessivas tensões sociais e psicológicas oriundas da hereditariedade ou mesmo de acidentes físicos. Apesar desse novo entendimento, as mudanças foram ínfimas e os pacientes continuavam a serem tratados através de medidas cruéis, como por exemplo: hidroterapia, banhos gelados, eletrochoques, entre outros.

Roy Porter ainda nos afirma que:

[...] a questão de segregar os doentes mentais se reforçou por uma nova fé na terapia e pelo sonho da cura. Os lunáticos, alegavam, deviam ser confinados, porque novas técnicas de administração lhes dariam bem-estar. Recebendo tratamento adequado, suas faculdades intelectuais seriam restauradas e seu comportamento retificado. Curados, poderiam ser devolvidos à sociedade civil. Mesmo assim, seria dirigida para a cura ou simplesmente para a segurança, a teoria do confinamento se apoiava na percepção cada vez mais difundida de divisão entre a razão normal, de um lado, e o delírio do outro (1990, p. 26).

O autor ainda nos diz que o surgimento “da medicina psicológica foi mais consequência do que causa do surgimento do asilo de loucos. A psiquiatria progrediu depois dos manicômios terem sido abarrotados de pessoas confinadas. A psiquiatria surgiu apoiada na lógica manicomial, servindo aos interesses sociais, políticos e econômicos de isolar os “loucos”.

Em consonância com o descrito acima, Machado fala sobre a transição e da alteração ocorrida no século XIX onde: “a loucura recebe definição médica como alienação mental, sendo assim integrada ao campo da medicina, de uma medicina especial que é a psiquiatria” (MACHADO, 1978, p. 384-385). Porém, a psiquiatria não nasce como uma especialidade médica, mas como um dos instrumentos utilizados para a higienização social.

A questão de higienização social é traçada a partir de uma relação direta com o que o nazismo fez na Alemanha, já que uma das ideias que o permeavam era a eugenia,

isto é, o projeto de extinguir socialmente as pessoas que apresentassem alguma deficiência mental ou física e ainda, serviria para selecionar seres humanos com o objetivo de aperfeiçoamento genético e com objetivo de melhoramento das gerações futuras.

O discurso higienista não tolerava a ociosidade dos desvalidos e alguns comportamentos não eram toleráveis, como por exemplo aqueles que tinham relação com a vadiagem. Os costumes populares que eram considerados desviantes dos acatados pela elite como “aceitáveis” estavam sujeitados a passarem pela correção policial.

Antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo que possa se assimilar direta ou indiretamente à doença, pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou (FOUCAULT, 2002, p. 148).

No Brasil, a loucura foi ignorada por quase trezentos anos e só passou a ser uma inquietação, a partir da chegada da Família Real. Isto porque o Estado viu a emergência de organizar as cidades, que se expandiam, como também estruturar o crescimento populacional. A loucura passou a ser inserida na pauta governamental, não como uma preocupação médica ou de saúde, e sim como medida de controle social, com o claro objetivo de organização do espaço urbano, já que os loucos e desvalidos encontravam-se nas ruas.

A partir do ano de 1830, uma equipe de médicos formou a Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, tendo como integrantes os doutores: José Martins da Cruz Jobim², Joaquim José da Silva³, Christóvão José dos

² Nasceu na cidade do Rio Pardo, na então província do Rio Grande do Sul, em 26 de fevereiro de 1802. Viajou para a França, em 1821, onde ingressou na Faculté de Médecine de Montpellier, tendo se transferido posteriormente para a Faculté de Médecine de Paris, instituição na qual diplomou-se como bacharel em ciências físicas (1826) e doutor em medicina (1828). Ao retornar ao Brasil, em 5 de março de 1828, foi nomeado médico do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, onde chefiou uma de suas enfermarias. Teve presença marcante nesta instituição, exonerando-se de suas funções no ano de 1859. Em 1860 lhe foi concedido o título de primeiro e único médico honorário do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/jobimjmcr.htm>. Acesso em 18 de Junho de 2019.

³ Nasceu em 25 de agosto de 1791, no Rio de Janeiro e foi Membro Fundador da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, eleito em 17 de junho de 1829. Graduou-se pela Academia Médico-Cirúrgica em 1831, defendendo tese de doutoramento intitulada “Das Gastroenterites”. No mesmo ano foi nomeado lente substituto da cadeira de higiene desta instituição e em 1º de março de 1833 assumiu a cadeira de patologia interna para o 4º ano do curso médico, pela qual foi responsável até 1857. Dirigiu interinamente a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=486. Acesso em 18 de Junho de 2019.

Santos⁴, José Francisco Xavier Sigaud⁵, Luiz Vicente De-Simoni⁶ e Antônio L. da Silva Peixoto. Este último em 1837, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, defendeu a primeira Tese sobre alienação mental desta instituição e o primeiro trabalho dessa temática feito no Brasil.

Este grupo propôs a criação de um hospício de alienados, já que criticavam veementemente a situação a qual os loucos da Santa Casa de Misericórdia se encontravam. Essa situação perpassava desde as condições de instalações insalubres dos hospitais, até a inadequação para atender a demanda daqueles que necessitavam de tratamento.

Ainda, segundo Machado, a crítica feita pela classe médica era a de que da forma como se estruturava o hospital não se estava atingindo o objetivo de cura dos alienados e nem tampouco, a loucura era dominada. O hospital refletiria uma prisão na qual os loucos encontravam-se encarcerados, não recebendo um tratamento físico e moral, a qual sua condição requeria. Além disso somava-se à falta de especialistas as condições higiênicas inadequadas. A luta dos médicos, perpassava o anseio pela criação de um espaço terapêutico e humanizado de tratamento da loucura (MACHADO, 1978, p. 423-424). Havia ainda o protesto relacionado aos alienados (principalmente os desvalidos socioeconomicamente) que circulavam livremente pelas ruas do Rio de Janeiro, os quais poderiam colocar em risco a sociedade. O tratamento da Santa Casa destinado aos doentes em geral, e mais especificamente aos loucos, vinha sendo criticado pelos médicos no início da década de 1830. Esses debates e argumentações foram essenciais para que um espaço para tratar os loucos fosse posteriormente edificado.

⁴ Nasceu em 23 de dezembro de 1790, em Desterro, atual Florianópolis, Santa Catarina. Formado em Medicina no ano de 1816 pela Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro (atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ), foi o primeiro Cirurgião do Hospital Militar da Guarnição da Corte, reinado de D. Pedro I, nomeado em 20 de novembro de 1829. Membro Titular e Fundador da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, depois Academia Imperial de Medicina. Disponível em: http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=1731. Acesso em 18 de Junho de 2019.

⁵ Nasceu em Marselha, França, em 2 de dezembro de 1796. Era bacharel em Letras e iniciou seus estudos na Faculté de Medicine de Montpellier (França). Doutorou-se em Medicina pela Faculté de Médecine de Strasbourg, em 7 de setembro de 1818, com a tese "Recherches et observations sur la phthisie laryngée" (Pesquisas e Observações sobre a Laringite Tuberculosa). Em decorrência da perseguição política no contexto antibonapartista do reinado (1824-1830) de Charles X na França, Sigaud emigrou para o Brasil, desembarcando na cidade do Rio de Janeiro em 7 de setembro de 1825, onde se estabeleceu. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/sigjoxav.htm#dados>. Acesso em 18 de Junho de 2019.

⁶ Nasceu em Novi, no Ducado de Gênova (Itália), em 24 de fevereiro de 1792. Formou-se em medicina na Università di Genova, e aperfeiçoou seus estudos na Università de Pavia, em 1817. Veio para o Brasil neste mesmo ano, desembarcando no Rio de Janeiro em 14 de julho de 1817. Acredita-se que sua vinda tenha sido em decorrência de sua insatisfação com clima político sob o Império Napoleônico. Disponível em: http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=553. Acesso em 18 de Junho de 2019

Costa (1976, p. 24), nos relata que os médicos da época defendiam “a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios de tratamento moral.” Exigiam o direito dos alienados serem tratados por médicos, já que de forma geral, aqueles encontravam-se em condições desumanas, sofrendo com a falta de higiene e com a contenção física.

Merece destaque no campo da saúde pública, o trabalho de Raimundo Nina Rodrigues que pesquisou sobre: a lepra, o beribéri, a febre amarela e influenza. Todas essas doenças estavam relacionadas às péssimas condições higiênicas da época, o que facilitava a proliferação de surtos epidêmicos. Ele foi um dos médicos que lutou para que se construísse um novo hospital-asilo para os alienados na Bahia, depois de terem ocorridas várias mortes por causa de uma epidemia de beribéri⁷, em 1904 no Asilo São João de Deus (Solar da Boa Vista). Em um ano de funcionamento, a partir da data de sua inauguração no dia 24 de junho de 1874, o asilo recebeu até junho de 1875 o total de 107 alienados. Segundo Jacobina e Carvalho (2001), estes: “passaram seu primeiro ano de “redenção” submetidos ao tratamento moral, com o sistema inglês do *no restraint*. Já no segundo ano, passaram a sofrer o impacto da transformação da chácara da Boa Vista em um lugar insalubre, com a ocorrência das febres palustres ou malária, que causaram dez óbitos”, ou seja, o asilo que foi projetado como solução para o problema da loucura e alicerçado no ideal de proteção e salvaguarda dos excluídos socialmente (os loucos), não estaria atingindo com eficácia e eficiência em seus objetivos propostos.

O atendimento médico específico para doentes mentais no Brasil, praticamente não existia até a segunda metade do século XIX. Aqueles que demonstravam mais agressividade, colocando em risco a sociedade, eram recolhidos nas prisões ou nas Santas Casas de Misericórdia e Hospitais de Ordens Terceiras. Estes Hospitais pertenciam às irmandades religiosas, associações de leigos católicos, vinculadas às tradicionais ordens religiosas medievais e estavam ligados à devoção de algum santo padroeiro.

⁷ Doença causada pela falta de vitamina B1 no organismo que provoca sintomas como câimbras musculares, visão dupla, confusão mental, insônia, cansaço e ainda levar o doente à uma insuficiência cardíaca.

Dentre as atividades que as irmandades desenvolviam, encontravam-se a organização de eventos com o intuito de propagar e incentivar à devoção aos santos protetores, para a manutenção dos cultos e promover as festas religiosas. Por outro lado, havia também o aspecto beneficente que inseria-se na assistência destinada àqueles que necessitavam de ajuda, como por exemplo, em casos de enfermidades e até mesmo nos rituais fúnebres. Desta forma podemos afirmar que as irmandades leigas contribuíram tanto no aspecto social, como no aspecto cultural se estruturando e sendo, segundo Boschi: (1986, p. 183), “uma força auxiliar, complementar e substituta da Igreja, sendo responsáveis pela contratação de religiosos e pela construção dos templos”. Em sua obra, intitulada: Os leigos e o poder: Irmandades leigas e Políticas Colonizadoras em Minas Gerais, o mesmo autor, segue elencando alguns dos papéis desempenhados pelas irmandades, que segundo ele:

... ofereceram para a Igreja uma dupla vantagem: foram simultaneamente gestoras e sedes de devoção, além de serem eficientes instrumentos de sustentação material do culto [...] substituíram o papel precípua do clero, como agentes e intermediárias da religião. No segundo momento, arcando com os onerosos encargos dos ofícios religiosos, eximiram esse mesmo clero de combater a instituição do Padroado régio [...] além de aliviar o Estado do compromisso de aplicação dos dízimos eclesiásticos recolhidos na implementação do culto religioso, os irmãos leigos acabaram por absorver a responsabilidade dos serviços de toda a população colonial (BOSCHI, 1986: p. 93).

Os locais que os alienados mentais permaneciam no século XIX, eram em pequenos espaços, havendo muita umidade, pouca ventilação e iluminação precária. Thomas Ewbank⁸ faz um relato sobre o primeiro andar do Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Penitência, localizado no Rio de Janeiro, ele nos diz que, este local: “...úmido demais para ser saudável era ocupado por depósitos e outros utensílios, com exceção de quatro pequenos fortes quartos destinados a dementes” (1973, p. 136).

Já os que faziam parte das famílias com melhores condições financeiras e menos agressivos, permaneciam, na grande maioria, em suas casas, aos cuidados de seus familiares, sendo que no caso de crises mais agudas, podiam ser levados para a Santa

⁸ Thomas Ewbank nasceu em Durham, Inglaterra, em 1792 e morreu em Nova York, em 1870. Foi um viajante exploratório e sua função nessas viagens tinha como o foco a observação das tribos indígenas locais, estudando seus hábitos e costumes e procurando classificá-las por nível de civilidade, docilidade ou selvageria. Sua viagem ao Brasil, em 1846, resultou após seu retorno para os Estados Unidos a publicação do relato de suas viagens, como *Vida no Brasil*. (PAULINO, 2008). Disponível em: http://anphlac.fflch.usp.br/sites/anphlac.fflch.usp.br/files/carla_viviane_paulino.pdf. Acessado em 23 de agosto de 2018.

Casa de Misericórdia. Aqueles que pertenciam às famílias mais abastadas eram enviados para serem tratados na Europa.

Nas Santas Casas de Misericórdia os alienados eram colocados nos porões, observados apenas por carcereiros e guardas e quando no auge de suas crises, os loucos eram espancados e amarrados, ficando à mercê de sua própria sorte. Muitos morriam em decorrência desses maus tratos, ou em função de desnutrição e doenças infecciosas. Como a demanda era grande, outros tantos eram trancafiados nas prisões, onde dividiam celas com criminosos de todas as espécies.

Para se estabelecer um espaço de tratamento específico para os alienados mentais no Império, que funcionasse terapêuticamente. Deveria ter como finalidade não só isolar os alienados, como também, estruturar o atendimento para que o Brasil fosse inserido dentro do avanço das nações modernas.

D. Pedro II incumbiu o então acadêmico e médico José Pereira das Neves de seguir para a Europa com o objetivo de passar três anos, conhecendo os principais espaços asilares existentes. Desde sua edificação, estrutura e tratamentos utilizados, a fim de servir como parâmetro para a instituição que se pretendia erigir no Brasil.

José Pereira das Neves doutorou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1839, defendendo a tese intitulada “Dissertação Médico-Legal acerca do Infanticídio”, uma das primeiras teses de medicina legal no Brasil. Foi eleito Membro Titular da Academia Nacional de Medicina, em 1854 e trabalhou na Corte como médico efetivo da polícia, atuando como médico legista privativo da polícia.

Uma importante mudança da assistência psiquiátrica no Brasil deu-se a partir de 1841, na gestão de D. Pedro II, para a criação de um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo, que atendesse a todas as províncias do Império, conforme encontra-se descrito no decreto nº 82, de 18 de julho do mesmo ano. O projeto de sua construção foi influenciado pelo Hospício francês de Charenton e resultado do relatório elaborado e descrito por José Pereira das Neves.

A passagem da loucura à doença mental, com o sentido que o século XIX conferir-lhe-ia, deve ser entendida, sobretudo, como mudança e ruptura, embora as heranças de outros tempos não devam ser deixadas de lado, desde que se lhes não atribua o papel de elos numa sequência de desenvolvimento causal e linear (ENGEL, 2001, p. 118).

A fundação do Hospício de Pedro Segundo ocorreu em 1852, situado em terras adquiridas pela Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, na antiga Chácara de Vigário Geral, na Praia Vermelha, na então capital do Império do Brasil. Segundo Machado (1978, p. 431) a principal intervenção terapêutica neste espaço, foi o isolamento que era: “uma característica básica do regime médico e policial do Hospício de Pedro II.” O mesmo autor, pontua que o próprio posicionamento geográfico contribuía para este isolamento, visto que ficava distante do aglomerado da cidade.

Quando se trata da loucura das mulheres, percebemos através dos relatos históricos⁹, que muitos transtornos estavam relacionados com questões biológicas e por comportamentos não condizentes com a figura maternal adjetivada às mulheres. Por exemplo, durante a Idade Média (Inquisição), muitas mulheres foram perseguidas e queimadas simplesmente pelo fato de sangrarem. Outras eram açoitadas e muitas sofriam mutilações, pelo simples fato de desobediência aos maridos, ou por não sentirem prazer ao se relacionarem sexualmente.

Havia dicotomia referente aos comportamentos que levavam homens e mulheres a serem diagnosticados com problemas mentais. A figura da mulher estava relacionada à naturalização da fragilidade, submissão, generosidade, entre outros adjetivos. Se as atitudes das mulheres destoassem daquelas socialmente aceitáveis, elas eram consideradas com comportamento desviante e quando eram diagnosticadas com problemas mentais, percebia-se claramente que os motivos se apoiavam fragilmente em discursos de familiares ou no relato de comportamentos então considerados divergentes dos estereótipos de gênero. Por outro lado, a elas eram atribuídos valores de ambiguidade, de mistério e de imprevisibilidade. Assim sendo, a mulher:

...transformava-se num ser moral e socialmente perigoso, devendo ser submetida a um conjunto de medidas normatizadoras extremamente rígidas que assegurassem o cumprimento do seu papel social de esposa e mãe; o que garantiria a vitória do bem contra o mal, de Maria sobre Eva (ENGEL, 2009, p. 332).

⁹ Muitos são os estudos que evidenciam a distinção das experiências asilares de homens e mulheres, como por exemplo, o trabalho de CUNHA, M.C.P. 1989. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. Revista Brasileira de História, 9(18):121-144, WADI, Yonissa Marmitt. Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). História Unisinos, 10(1): 65-79, Janeiro/Abril, 2006, FACCHINETTI, C.; RIBEIRO, A.; MUÑOZ, F. As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). História Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, sup., p. 231-242, 2008, nos quais os autores utilizam-se de prontuários de pacientes, relatórios médicos, periódicos, dentre outras fontes para observarem as diferenças acerca da loucura em se tratando da categoria gênero.

Caso houvesse negação à execução dessas funções a elas estabelecidas, ou mesmo demonstrasse não ser capaz de cumprí-las, a mulher estava naturalmente predestinada ao rótulo de um ser antinatural. Concomitantemente, a loucura das mulheres estaria diretamente ligada à sexualidade, onde o aparelho genital feminino, a menstruação, a maternidade e o parto, eram aspectos considerados pelos médicos e alienistas, como fatores principais relacionados ao diagnóstico de loucura dita feminina. Além dessas situações, ainda abarcavam-se as mulheres que praticavam a traição, que eram consideradas imorais, ou até mesmo as que não se enquadravam nos padrões de beleza da época. Sentimentos como a raiva, o medo, a insubmissão, eram tidos como antinaturais, já que o que adjetivava as mulheres era a subordinação, a tranquilidade, a passividade, a sensibilidade, a emotividade, entre outros adjetivos à elas atribuídas. O gênero masculino quando era portador da doença mental, possuía outras características:

[...] essencialmente, como portador de desvios relativos aos papéis sociais atribuídos ao homem, tais como o de trabalhador, provedor etc. Assim, a predisposição masculina aos distúrbios mentais seria relacionada, sobretudo às implicações decorrentes do desempenho desses papéis ou à recusa de incorporá-los (ENGEL, 2009, p. 333).

Dentre os problemas que acarretavam as mulheres, a histeria¹⁰ ganhou destaque no Brasil, a partir do século XIX. O simples fato de não exercerem sua função de mãe e esposa servia como explicação de serem submetidas a tratamentos, que em sua grande maioria estavam diretamente ligados à exclusão e ao encarceramento. Os discursos médicos estavam centrados nas tradições referentes à moral, nos costumes, nos comportamentos inerentes à conduta esperada a ser cumprida pela mulher que: “deve ir para o matrimônio com a certeza que vai cumprir um papel muito sério perante a sociedade, que vai dedicar a seus filhos toda a sua vida, e que vai dar felicidade, e não buscá-la para si” (FREIRE, 2006, p.44).

¹⁰ De acordo com Roudinesco (1998, p. 337-338) histeria deriva da palavra grega *hystera* (matriz, útero), é uma neurose caracterizada por quadros clínicos variados, como por exemplo: ataques ou convulsões de aparência epilética, paralisias, contraturas e até cegueira. Presente desde a antiguidade, época de Hipócrates/Platão, a histeria era considerada uma doença orgânica presente no feminino, que possuía como particularidade a afetação do corpo em sua totalidade. Na Idade Média a histeria era considerada demoníaca.

Após a Independência do Brasil é que a loucura no país começou a ser uma preocupação do Estado (considerado um problema urbano). Somente trinta anos depois, é que as mulheres de todo o Império passam a serem assistidas nas instituições destinadas aos alienados, como nos confirma o Art. 1º do Decreto nº 1.077, de 4 de Dezembro de 1852, que pontuava como sendo o objetivo do Hospício de Pedro Segundo, o tratamento e a cura dos alienados de **ambos os sexos**, sem distinção de condição, naturalidade e religião (grifo nosso). Até então o atendimento era exclusivo aos homens. Mas a assistência referente às mulheres, como podemos pensar, não tinha a ver com uma mudança em relação à ampliação de direitos de igualdade, e sim com as transformações que ocorriam no Brasil no fim do século XIX, como nos aponta Engel:

As perspectivas de reestruturação das relações de trabalho em novas bases, a ampliação e a complexificação dos espaços urbanos, a Proclamação da República, entre outros aspectos sinalizavam o advento de um novo tempo. Impunham, de acordo com as expectativas e interesses dominantes a formulação e a execução de novas estratégias de disciplinarização e de repressão dos corpos e mentes sedimentados, por exemplo, sobre uma nova ética de trabalho e sobre novos padrões de moralidade para comportamentos afetivos, sexuais e sociais. O advento da República anunciava o começo de um tempo marcado pelo redimensionamento das políticas de controle social, cuja rigidez e abrangência eram produzidas pelo reconhecimento e legitimidade dos parâmetros burgueses definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização (2009, p. 322).

A loucura, mais do que nunca ligava-se às questões burguesas, ou seja, as pessoas consideradas inúteis, que não fossem produtivas (e o louco se encaixava nessa classificação), estavam predestinadas ao isolamento social, sobrevivendo em condições, em sua grande maioria, desumanas.

Especialmente no caso de mulheres que eram levadas para serem tratadas em Instituições Psiquiátricas, havia o desmerecimento de transtornos reais, sem levar em conta os seus sentimentos e eram submetidas à violência de todo tipo: psicológica, verbal, física. Muitas delas sofreram abusos sexuais e humilhações, dado que a razão da loucura estava diretamente ligada nos órgãos reprodutivos, os quais eram manipulados como forma de tratamento.

Ainda no século XIX, iniciou-se a medicalização e a loucura passou a receber status de doença mental, conforme observamos em documentos oficiais a criação do Curso de Medicina do Império, descrito no Decreto nº 7247, de 1879, que ditou a

Reforma do ensino primário e secundário no município da Côrte e o **superior** em todo o Império, a qual foi primordial para que a Psiquiatria se estabelecesse posteriormente, como podemos confirmar no Decreto nº 8.024, dois anos depois:

Art. 35. Approvada pelo Corpo Legislativo a criação de todas as cadeiras consignadas no Decreto de 19 de Abril do 1879, serão reunidas: á segunda serie a cadeira de zoologia e anatomia comparada, á terceira serie as cadeiras de physiologia pathologica e pathologia experimental, á quarta serie a clinica das molestias cutaneas e syphiliticas, e a cirurgia dentaria, á quinta serie a clinica ophthalmologica, á setima serie a clinica psychiatrica e a clinica medica de crianças, passando a clinica cirurgica de adultos a formar com a clinica cirurgica de crianças e as clinicas obstetrica e gynecologica uma oitava serie (BRASIL,1881).

Os alienados admitidos no Hospício de Pedro Segundo ou o “Palácio dos Loucos”, como fica popularmente conhecido, eram separados por classe social. Dentre os que eram admitidos gratuitamente, encontravam-se os indigentes, os escravos de senhores que não possuíam meios de efetuarem o pagamento do tratamento e os marinheiros de navios mercantes (BRASIL, 1852). Os que pertenciam a famílias abastadas ou que possuíssem bens ou rendas, tinham tratamento especial (inclusive diferenciação na dieta alimentar e atividades diárias), mediante pagamento mensal que também estava explicitado nos Estatutos do Decreto nº 1.077. Vejamos abaixo:

1ª Classe: quarto separado, com tratamento especial 2\$000
2ª Classe: quarto para dous alienados, com tratamento especial 1\$600
3ª Classe: Enfermarias geraes:
Pessoa livre: 1\$000
Escravos: \$800
DIETAS PARA PENSIONISTAS DA 1ª E 2ª CLASSES
Almoço: pão branco, chá ou café, com leite, ou sem elle: assucar e manteiga.
Jantar: pão, sopa de pão, cevadinha, ou massas: carne de vacca: arroz: frango ou gallinha: toucinho: ervas ou salada: vinho: fructa e doce.
Cêa: pão, chá ou café, com leite, ou sem elle: assucar e manteiga.
N. B: Esta dieta póde variar, substituindo-se o pão ao jantar, no todo ou em parte, por farinha de mandioca: a carne de vacca e o arroz, por lombo de Minas, ou peixe salgado ou fresco: o frango ou gallinha por carne de porco ou carneiro: as ervas ou salada, por legumes frescos. E o chá ou café, por mate. A' cêa por cangica.
DIETAS PARA PENSIONISTAS DA 3ª CLASSE E ALIENADOS INDIGENTES
Almoço: pão branco, chá ou café, com leite, ou sem elle: assucar e manteiga.
Jantar: pão, sopa de pão: carne de vacca: toucinho.
Cêa: pão, chá ou café: assucar e manteiga.

N. B. Esta dieta pôde variar, substituindo-se o pão ao jantar por farinha de mandioca: a carne de vacca com arroz por carne secca com feijão e ervas: o chá ou café por mate: e as cêas por cangica (BRASIL, 1852).

Como o descrito acima, podemos concluir que os pensionistas de 1ª e 2ª classe, que possuíam maiores poderes aquisitivos recebiam uma dieta alimentar mais rica e diversificada, em relação aos menos favorecidos, apesar da base da dieta alimentar ser a mesma. A comida ainda era retirada com intuito de acalmar os internos mais agitados, o que interferia diretamente no bem estar dos internos.

Observamos no decorrer da história problemas relacionados à alimentação dentro das instituições asilares, como nos mostrou o estudo do Médico- Legista Nina Rodrigues acerca das doenças que acometiam os internos do Asilo São João de Deus (1897-1904), em especial surtos de beribéri na qual a “fome epidêmica, apesar de prévia ao asilo e agravante do quadro psicopatológico, tornou-se, de modo provavelmente involuntário, um instrumento de extinção daquela população excluída, improdutiva e onerosa aos cofres da caridade” (Jacobina e Carvalho, 2001). No ano de 1904, houve uma epidemia de beribéri no asilo, ocasionando na redução dos internos pela metade.

Outro importante trabalho que nos relata acerca da alimentação precária de internos e a causa de várias mortes, foi descrito na obra O Holocausto Brasileiro, de Daniela Arbex, que narrou a barbárie ocorrida no Colônia de Barbacena, durante a maior parte do século XX.

Nesta obra, observa-se através da fala de vários entrevistados, aspectos de diferenciação alimentar, qual ocorriam já no Hospício D. Pedro II. Chiquinha, no ano de 1977, foi trabalhar na cozinha do Colônia e ao perguntar sobre o cardápio, ouviu a seguinte resposta: “Simples. Segunda, quarta e sexta, arroz, feijão, ovo cozido e macarrão branco. Terça, quinta, sábado e domingo a variação é feita com carne moída” e ao questionar se o cardápio dos pensionistas seria o mesmo, recebe como resposta: “Claro que não. Quem pode pagar, come melhor. Em vez de ovo, omelete. A gente incrementa a carne moída e faz bolinhos ou hambúrgueres. O macarrão vai com molho”. O relato continua:

Por dia, a cozinha gastava 120 quilos de arroz e apenas sessenta quilos de feijão para alimentar um exército de 4.800 pessoas. Como a quantidade não dava, o jeito era engrossar a água preta com farinha de mandioca na tentativa de encorpar o caldo e fazer a comida render. Além de aguada, a comida era insossa, pois não levava tempero. À

época da colheita de milho, todas as refeições eram provenientes dos grãos da espiga, sendo comum diarreia provocada pelo excesso de amido (ARBEX, 2013, p.42-43).

Além da alimentação ruim e racionada, os pacientes ficavam sem comer nada entre o meio dia e às cinco horas da tarde, todos esses aspectos contribuíam para que seus organismos ficassem debilitados. Era comum alguns internos saciarem sua sede nos esgotos que cortavam os pavilhões e ainda beberem sua própria urina, dado que muitos eram deixados sem água.

Devemos salientar que a criação do Hospício de Dom Pedro II, encontrava-se inserido com o processo de consolidação do governo que buscava estar em consonância com a ideia de ordenação social e de civilização, além de integrar o projeto de normalização da medicina. O Governo buscou edificar esse espaço, tendo como modelo as instituições europeias da época, idealizando a modernização do Império e a sua inserção nas ditas nações “civilizadas”. As características do Hospício D. Pedro II seguiam o modelo francês desenvolvido por Pinel e Esquirol.

O espaço reservado para os alienados foi baseado no princípio de isolamento proposto por Pinel, sendo justificado pelo grau das causas da doença e em relação ao nível do tratamento. Os motivos que os médicos usavam para reforçar a tese de isolamento era a de que havia uma intrínseca relação entre a presença familiar e a motivação da loucura, sendo necessária a ruptura dos hábitos do doente, que ao ter suas vontades atendidas pelos familiares, acredita que tem o poder de dominação. Ademais, o isolamento contribuiria para defender e proteger as famílias, diminuindo o medo e as despesas que os doentes acarretavam e garantir a segurança, já que muitos alienados (em sua maioria advindos de famílias pobres), ficavam vagando pelas ruas. Era uma forma de garantia de proteção social. O isolamento também contribuía para o tratamento terapêutico da doença¹¹. (MACHADO, 1978, p. 430-431).

Durante todo o segundo reinado nenhum outro hospício foi concebido nas mesmas proporções, fazendo com que esta instituição representasse o principal estabelecimento deste cunho não só no Brasil como na América Latina. Até em Portugal, a construção do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, que se iniciou no final da década de 1860 e foi inaugurada em 1883, teve sua concepção arquitetônica inspirada no Hospício Pedro II, o que reforça a

¹¹ O isolamento justifica-se também além da terapêutica, a técnica, pois para Pinel ao afastar o doente do espaço externo, acreditava que poderia haver uma intervenção nos conflitos de ordem interna, para que os indivíduos desenvolvessem uma essência saudável, contribuindo para a cura. O que se pretendia com esse isolamento era afastar o alienado de tudo aquilo que pudesse interferir em sua recuperação.

reverberação alcançada pela imponência do Palácio construído na Praia Vermelha (GONÇALVES, 2013, p. 62).

Apesar de ter sido construído por verbas públicas, criado a partir de críticas referentes à Santa Casa, o Hospício D. Pedro II, permaneceu vinculado àquela instituição, já que a direção continuou sob responsabilidade dos religiosos (COSTA, 1976, p. 24), a qual podemos confirmar na legislação da época, que encontra-se disposta no Capítulo II, art. 3º do Estatuto de nº 1.077 do Hospício de Pedro II, o qual determinava que a administração continuaria sob a incumbência de integrantes da Santa Casa de Misericórdia, tendo a função inclusive da nomeação de: tesoureiro, escrivão e procurador do Hospício. A presença religiosa continuaria se fazendo presente, interferindo inclusive na atuação médica.

Em relação à administração vinculada à Santa Casa, só houve uma mudança no ano de 1886, quando o médico Psiquiatra, Teixeira Brandão, assume a direção do Hospício. Posteriormente (1890), após a instauração da República, a administração é transferida para o Estado e a instituição passa a chamar-se Hospital Nacional dos Alienados. (COSTA, 1976, p.24).

Os meios terapêuticos utilizados no Hospício de Pedro Segundo se confundiam em sua grande maioria, com mecanismos de controle e de punição, já que inseria-se dentro da lógica psiquiátrica do século XIX no Brasil, de que os loucos não deveriam permanecer nas ruas, nem nas prisões e sim no Hospício, e ainda de que: “a loucura se trata não com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina” (MACHADO, 1978, p.379). Ainda assim, houve continuidade dos princípios utilizados nas prisões referente à prática médica:

...isolamento dos alienados; classificação, distribuição e colocação dos mesmos; adequado emprego dos meios de brandura e persuasão, e assídua vigilância da parte dos enfermeiros encarregados de sua guarda; ocupação, trabalho e recreio; coação e repressão quando necessárias, e finalmente emprego dos agentes higiênicos e farmacêuticos, e meios morais tão úteis no tratamento de alienação mental (BARBOSA, 1853, p. 2).

Não podemos deixar de salientar que com o advento da Proclamação da República houve o rompimento dos laços existentes entre a Igreja e o Estado, mas efetivamente, o que observou-se na prática em relação aos alienados mentais, foi a

continuidade de alguns problemas já existentes, como a falta de tratamento adequado, de disciplina e sem uma fiscalização eficiente, mas também, segundo nos aponta Resende:

Pode-se estabelecer grosseiramente o período imediatamente posterior à proclamação da república como o marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiátrica científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocara a si as atribuições da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental tal como a gravidade da situação exigia (2007, p. 43).

Com a República instaurada, o governo tomou algumas medidas na tentativa de mudança na assistência psiquiátrica. Além da transferência administrativa, mudança de nomenclatura, houve a criação da Assistência Médico-Legal aos Alienados, e segundo Amarante:

No âmbito da assistência são criadas as duas primeiras colônias de alienados, que são também as primeiras da América latina. Denominadas de Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, ambas situam-se na Ilha do Galeão, atual ilha do Governador, no Rio de Janeiro, e destinam-se ao tratamento de alienados indigentes do sexo masculino. Logo após serão criadas as colônias de Juqueri, em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio (2014, p. 76).

Essa nova proposta inspirou-se no modelo asilar europeu, o qual propunha a convivência fraternal entre os loucos e a comunidade. Em 1902, ao retornar da Europa, Juliano Moreira¹² é designado para assumir a direção do Hospício Nacional, o qual buscou humanizar o tratamento dos pacientes, abolindo a camisa de força e as grades de ferro nas janelas, e ainda, através de sua influência, foi promulgada a primeira Lei Federal¹³ que trata da Assistência aos Alienados no Brasil.

¹² Juliano Moreira nasceu em uma família pobre, no dia 6 de janeiro de 1873, em Salvador. Muito jovem, em 1886, entrou na Faculdade de Medicina. Formou-se aos 18 anos, portanto antes da abolição da escravidão. Em 1891, tornou-se professor dessa mesma faculdade e, na época, já tinha trabalhos publicados em várias revistas científicas na Europa. De 1895 a 1902, frequentou cursos sobre doenças mentais e visitou muitos asilos europeus na Alemanha, Inglaterra, França, Itália e Escócia. De 1903 a 1930, dirigiu o Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro. Ele se alinhava às correntes que então representavam a modernização da Psiquiatria e da prática asilar.

¹³ Decreto Nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903- Reorganiza a Assistência a Alienados.

Esta Lei destaca a obrigatoriedade de inspeção de todos os estabelecimentos existentes no país, independentemente de ser público ou privado, além de estipular condições a serem observadas, como ter em sua direção profissionais devidamente habilitados, ser adequado no que tange a sua estrutura física, a qual possibilite a separação e classificação dos doentes, segundo suas moléstias e ainda acerca de sua localização, deve ter espaço ao ar livre para que os enfermos façam exercícios. (BRASIL, 1903).

Uma das preocupações e características nos espaços asilares era a distribuição do tempo. Não poderia ser apenas um lugar de isolamento e exclusão ou de inatividade, mas havia a intenção de reinserir o alienado reabilitado na sociedade. O trabalho também seria um instrumento indispensável para a cura dos internos, posto que é algo indispensável para formação da sociedade burguesa. Para isso o Hospício proporcionava:

...oficinas de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, colchoaria, escovas, móveis, calçados. Para os alienados que não têm aptidão para tanto se prescrevem jardinagem ou trabalho como servente nas obras, refeitórios, enfermarias, etc. (MACHADO, 1978, p. 440- 441).

O trabalho também auxiliaria no processo terapêutico e de inserção social, visto que este promove a adequação às regras estabelecidas no desenvolvimento das atividades propostas, ajuda na coordenação dos atos, na obediência, na ordem. Além de todas essas benesses, havia ainda a contribuição na manutenção do espaço asilar. No entanto, não podemos dizer que houve homogeneidade na aplicação do trabalho, uma vez que os ricos que se encontravam em tratamento, não eram submetidos às atividades citadas anteriormente, havendo ainda um caráter de recompensa, pois só participavam das tarefas os pacientes que tinham atitudes de docilidade, tranquilidade e reagiam de forma positiva ao tratamento proposto. Para estes, o tempo era ocupado por momentos de descontração, participando de jogos ou fazendo leituras.

A questão da implantação do trabalho no espaço asilar, já se encontrava nos Estatutos do Hospício de D. Pedro II (1852), de forma explícita, quando elenca as ocupações dos internos, incluindo os trabalhos manuais nas oficinas e nos serviços domésticos, com intuito de controlar e curar os alienados.

Para além do princípio de isolamento do tratamento terapêutico, observa-se a repressão, o controle e a individualização. Todas essas características tinham por objetivo a transformação do alienado mental em um ser mais dócil e obediente às normas. Para o tratamento, acerca da repressão, no Hospício de Pedro II, segundo o Artigo 32 do Estatuto, só seriam permitidas:

1º A privação de visitas, passeios e quaesquer outros recreios:

2º A diminuição de alimentos, dentro dos limites prescriptos pelo respectivo Facultativo:

3º A reclusão solitaria, com a cama e os alimentos que o respectivo Clinico prescrever, não excedendo a dous dias, cada vez que for applicada:

4º O colete de força, com reclusão ou sem ella:

5º Os banhos de emborcação, que só poderão ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo Clinico, e nas subsequentes na da pessoa e pelo tempo que elle designar (BRASIL, 1852).

No que concerne à alta dos alienados estar vinculada a sua cura completa, exceto a dos pensionistas, que poderia ser requerida a qualquer tempo, desde que todas as despesas fossem sanadas, havia também a função de retirar os doentes mentais do convívio em sociedade, possuindo um caráter higienista, instituindo um regime disciplinar que visava a mudança de comportamentos considerados inconvenientes e fora dos padrões sociais da época. O indesejável deveria ser contido e o tratamento de sua doença não era algo primordial. Segundo Rocha: “é a psiquiatria que cria espaço próprio para o enclausuramento do louco – capaz de dominá-lo e submetê-lo.” (1989, p. 15).

1.1 A Influência da Reforma Psiquiátrica Italiana na Trajetória da Reforma Brasileira

Conhecer a história da Reforma Psiquiátrica Italiana nos auxilia a entender a trajetória da reforma psiquiátrica que ocorreu no Brasil, já que os dois movimentos sociais tiveram como um de seus objetivos primordiais a denúncia contra a violência dos tratamentos destinados aos pacientes mentais.

Após a aprovação da Lei 180 da Reforma Psiquiátrica Italiana (maio de 1978), Franco Basaglia participou do I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições (Rio de Janeiro). Em 1979, retornou ao País e participou de forma mais ativa no que tange a denúncias dos serviços prestados aos usuários dos serviços psiquiátricos e das péssimas condições de trabalho nas instituições psiquiátricas.

É evidente, que no Brasil, apesar do Decreto 60.252, de 1967, que instituiu a Campanha Nacional de Saúde Mental, em termos de tratamento e métodos de prevenção, ainda não havia ocorrido nenhuma alteração relevante na assistência à Saúde Mental no Brasil. A pretensão de melhorias e mudanças havia ficado apenas no papel. Não houve a criação de novas instituições para o tratamento dos doentes mentais e sim o investimento na terceirização dos serviços psiquiátricos.

Já na Itália, a Lei 180 normatizou acerca do processo de desinstitucionalização (gradativa), proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos e novas internações e a criação de serviços psiquiátricos alternativos, substitutivos, com a pretensa garantia de um atendimento assistencial contínuo e de qualidade. Também regulamentou a internação dos pacientes mentais, resgatando o caráter voluntário de tratamento, além de assegurar o direito à comunicação dos usuários.

Desinstitucionalização consiste no processo de desconstruir práticas manicomialis e produzir novos saberes, os quais sejam capazes de beneficiar autonomia do indivíduo, bem como o livre exercício de sua cidadania, configurando-se principalmente por um desenvolvimento de busca de novas possibilidades de cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais, como também de novos espaços de assistência extra-hospitalar.

Segundo Goulart, houve o encadeamento de:

Vínculos entre as lideranças do movimento antimanicomial¹⁴ nos dois países, havendo colaboração entre os gestores públicos na área de saúde mental. A nova legislação psiquiátrica brasileira, Lei 10.216, de 2001, foi fortemente influenciada pelo desenho e orientação da legislação italiana (2007, p. 17).

As Lutas anti-institucionais (1960), estão relacionadas com uma crítica social mais ampla e que abarcou a família, a escola, o Estado e a Igreja. Surgiu na Inglaterra no âmbito do movimento de contracultura com um grupo de psiquiatras que tinham uma extensa experiência em psiquiatria clínica e psicanalítica, como por exemplo: Ronald Laing, David Cooper, Aaron Esterson, Thomas Szasz, entre outros.

¹⁴ Inicialmente falava-se de movimento anti-institucional ou antimanicomial, em seguida passou a se utilizar o termo de psiquiatria alternativa e/ou psiquiatria democrática. Já em relação à reforma efetivada, emprega-se a nomenclatura psiquiatria territorial. (GOULART, 2007, p.19). Em nosso trabalho, no entanto, utilizaremos a terminologia ‘movimento antimanicomial’ para demonstrar o vínculo existente entre as duas realidades (brasileira e italiana).

No que diz respeito à prática psiquiátrica, a nomenclatura anti-institucional identifica-se com a antipsiquiatria. Esta, segundo Meyer é um:

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

A antipsiquiatria procura romper, teoricamente falando, com o modelo assistencial utilizado de modo efetivo, buscando remover:

O valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, assim, um novo projeto de comunidade terapêutica e um ‘lugar’, no qual o saber psiquiátrico possa ser interrogado numa perspectiva diferente daquela médica (AMARANTE, 2001, p.43)

Para a antipsiquiatria a loucura advém das relações humanas e não de dentro do próprio homem. Esta faz uma crítica à nosografia¹⁵ que convencionou o neurótico. Além disso, contesta e denuncia a entidade asilar. Essa tradição contribuiu, mesmo que implicitamente, para a mudança do conceito teórico-prático de desinstitucionalização como desconstrução, utilizado no modelo basagliano. Os antipsiquiatras entendiam a “loucura e a doença mental como construções sociais e viam a instituição psiquiátrica como agência de controle social” (GOULART, 2007, p. 58).

Em se tratando da ‘psiquiatria alternativa’, esta refuta as práticas dominantes, mas é imprecisa, já que em sua complexidade, pode abarcar diversos tipos de experimentações, não sendo imprescindível estar ligada diretamente à crítica institucional psiquiátrica (GOULART, 2007, p.20).

A Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), fundada em 1973 refere-se à:

Possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional e, acima de tudo, à não restrição destas denúncias a um problema dos ‘técnicos de saúde mental’. A possibilidade da ampliação do movimento da PDI e seu alcance permitem, além da propriedade ou competência médico-psiquiátrico-psicológica, alianças com forças sindicais, políticas e sociais. A PDI traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de

¹⁵ Representação escrita, exposição, descrição, classificação e categorização das patologias.

transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça (AMARANTE, 2001, p. 48)

O movimento antimanicomial italiano tornou-se referência no bojo de iniciativas de Reforma Psiquiátrica no Ocidente e segundo Goulart esse processo significou a “radicalização de toda uma tendência do pós-guerra de reforma humanizadora das instituições psiquiátricas.” Fortaleceu os laços entre os profissionais de saúde mental e os pacientes, buscando gerar justiça, liberdade, tolerância e solidariedade, através de vínculos estabelecidos com a comunidade (2007, p. 20-21).

Com a proibição da construção de novos manicômios na Itália (respaldada pela Lei 180), houve emergência na modificação da assistência mental à qual alcançou vários âmbitos para além do campo psiquiátrico, suscitando transformações de ordem psicológica, educacional, legislativa e na saúde de maneira mais complexa. Neste sentido, houve a necessidade de se gerar novas possibilidades (campos teórico e prático) no que diz respeito à recuperação dos pacientes mentais. Esse movimento antimanicomial ultrapassou os limites italianos e passou a incorporar públicos variados como: profissionais da saúde de modo geral, profissionais de áreas diversas (advogados, sociólogos, artistas...), familiares de usuários, comunidade, usuários e ex-usuários dos serviços psiquiátricos, associações, movimentos sociais, movimentos operários, partidos políticos, entre outros.

O trabalho de Franco Basaglia influenciou de maneira salutar o movimento antimanicomial brasileiro. Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e teve como objetivos reivindicações de ordem trabalhistas e a luta por uma assistência mental humanizadora, constituindo-se em:

Espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2001, p.52).

O MTSM, surgiu no Rio de Janeiro e se expandiu rapidamente para outros estados. Esse movimento foi desencadeado pelo episódio conhecido como a Crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental). Profissionais das quatro unidades da

DISAM¹⁶ denunciaram as péssimas condições de trabalho, fizeram greve (abril de 1978) a qual foi sucedida da demissão de 260 estagiários e profissionais. Após esse episódio, o Manicômio Judiciário foi entregue para que o estado do Rio de Janeiro o administrasse.

Segundo Amarante (2001, p.52), as condições de trabalho nessas instituições dos médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais eram precárias e havia clima de ameaças e violências, tanto em relação aos profissionais, quanto aos pacientes. Muitas irregularidades foram denunciadas, como por exemplo: agressões, estupros, trabalho escravo, mortes, ausência de recursos das instituições, entre outras. Além das denúncias, houve reivindicações atreladas às políticas de saúde mental e de ordem trabalhista.

Além do MTSM, outras instituições e entidades participaram da luta para a formulação das políticas de saúde mental no País. Podemos citar a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), as universidades, a indústria farmacêutica, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Somando-se a essas instituições, ocorreram vários eventos importantes acerca da temática da assistência mental, os quais podemos citar: I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (outubro de 1978, no Rio de Janeiro), do qual participaram Franco Basaglia¹⁷, Félix Guattari¹⁸, Robert Castel¹⁹ e Erving Goffman²⁰,

¹⁶ Unidades situadas no Rio de Janeiro: Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII); Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira (CJM) e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

¹⁷ Franco Basaglia foi médico e psiquiatra e o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Nasceu em 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980. Após a 2ª Guerra Mundial, depois de 12 anos de carreira acadêmica na Faculdade de Medicina de Padova, ingressou no Hospital Psiquiátrico de Gorizia. No ano de 1961, tornou-se diretor do hospital, iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos em Gorizia. Após ler obra do filósofo francês Michel Foucault "História da Loucura na Idade Clássica", Basaglia formulou a "negação da psiquiatria" como discurso e prática hegemônicos sobre a loucura. Sua pretensão não foi a de acabar com a psiquiatria, mas entendia que apenas a psiquiatria não era capaz de dar conta do fenômeno complexo que é a loucura. Disponível em <http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas atuais/luta-antimanicomial-franco.html>. Acesso em 19 de Junho de 2019.

¹⁸ Nasceu em 30 de abril de 1930 em Villeneuve-les-Sablons, França e faleceu em 1992. Foi um filósofo, psicanalista e militante revolucionário francês praticamente autodidata. Foi um dos pioneiros e uma das principais referências da Reforma Psiquiátrica no mundo. É também considerado um dos componentes do pós-estruturalismo francês. Disponível em: [https://www.infopedia.pt/\\$felix-guattari](https://www.infopedia.pt/$felix-guattari). Acesso em 19 de Junho de 2019.

¹⁹ Nasceu em 1933 em Brest (França) em uma família operária e morreu em 2013. Na Faculdade, Castel foi aluno de Raymond Aron e Pierre Bourdieu, junto ao qual abandonou a filosofia pelas Ciências Sociais. Nos anos 1970 começou sua carreira com estudos sobre a psiquiatria e a doença mental, na linha de Michel Foucault e Franco Basaglia. Disponível em: http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4926&secao=416

²⁰ Nasceu em Mannville, Canadá, no dia 11 de junho de 1922. Foi um cientista social, antropólogo, sociólogo e escritor canadense e considerado o sociólogo norte-americano mais

principais líderes da Rede de Alternativas à Psiquiatria, do Movimento Psiquiatria Democrática, da Antipsiquiatria (Amarante, 2001, p 51-52). Em janeiro de 1979 (São Paulo), aconteceu o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, discutiu-se problemas como a falta de uma política nacional mais ampla, o fortalecimento dos sindicatos, o papel que os profissionais deveriam exercer para modificar a realidade institucional e a crítica ao modelo asilar. No mesmo ano, em Belo Horizonte, realizou-se o III Congresso Mineiro de Psiquiatrias, que contou novamente com a participação de Basaglia.

Os anos de 1978 e 1979 foram marcados pelas críticas e denúncias ao modelo hospitalocêntrico e asilar, à cronificação e à estigmatização do doente mental, às péssimas condições de trabalho e à mercantilização da loucura.

A década de 1980 no Brasil, foi marcada pela luta da redemocratização, pelas Diretas Já e pela reestruturação do sistema de saúde. Houve uma busca pela incorporação institucional do Ministério da Saúde com a Previdência e Assistência Social e as demais esferas administrativas (regionais, municipais e locais).

Segundo Tenório, além da crítica ao modelo privatista/asilar/segregador ter progredido, houve três processos imprescindíveis para que o movimento da reforma se solidificasse:

A ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental (2002, p.35).

No tocante aos novos atores, podemos citar o envolvimento de profissionais da área de saúde mental, políticos, associações de usuários, ex-usuários dos serviços de assistência mental e familiares, professores, entre outros.

Em Goiás, também houve uma mobilização dentro desse contexto de reforma, que iniciou-se na prática com a criação do Fórum Goiano de Saúde Mental -FGSM em 1994, no seguinte ano a Associação dos Usuários de Saúde Mental do Estado de Goiás AUSSM/GO, com o objetivo de impulsionar um novo modelo de assistência à saúde

influente do século XX. Entre outras obras importantes, Erving Goffman escreveu, “Manicômios, Prisões e Conventos” (1961), resultado de uma pesquisa de três anos sobre os comportamentos nas enfermarias dos Institutos Nacionais do Centro Clínico de Saúde e do trabalho de campo no Elizabeths Hospital, em Washington, nos Estados Unidos, entre os anos de 1955 e 1956, uma instituição federal com pouco mais de 7000 internos, e “Estigma: Nota Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada” (1963). Disponível em: https://www.ebiografia.com/erving_goffman/. Acesso em 19 de Junho de 2019.

mental, funcionando em um anexo no Hospital Adauto Botelho. No ano posterior a Casa de Atenção Integral em Saúde Mental Água-Viva com prestação de serviço diuturno.

Para além dessas mudanças houve também, como nos afirma Tavares:

O processo de municipalização do Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, no ano de 2000, com o conseqüente estabelecimento da porta de entrada, do SUS, aos hospitais psiquiátricos de Goiânia por esta unidade municipal de emergência. Ação hoje regulamentada pela Portaria Ministerial GM 251/2002, que define e estrutura a regulação da porta de entrada para as internações psiquiátricas, na rede do SUS (2007, p. 56).

Podemos pontuar ainda dois eventos que ocorreram anteriormente em 1987, a saber: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A I Conferência representou:

O fim da trajetória sanitária, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela se segue instituiu um novo lema: Por uma Sociedade sem Manicômios. Estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macro reformas, mas a preocupação com o ato de saúde, que envolve o profissional e o cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo (TENÓRIO, 2002, p.35).

Há uma convocação, especialmente por parte de uma ação cultural, para que a sociedade como um todo, seja inserida no debate e na reconstrução acerca do louco e da loucura. Ocorreram mudanças inclusive nas nomenclaturas utilizadas, esse processo passa a ser chamado de Movimento da Luta Antimanicomial e os pacientes são intitulados de usuários. Consagram também o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio).

O objetivo do sistema de cuidados ganha um novo enfoque: faz-se necessária a elaboração de novos aparatos e de inovações no que diz respeito às tecnologias de cuidados. Ainda segundo Tenório (2002, p. 35), a tarefa da Reforma psiquiátrica é a de: “substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial.” E ainda,

“é uma crítica contundente à ineficácia do modelo assistencial, cronificador e estigmatizante em relação à doença mental” (AMARANTE, 2001, p.56).

Em meio a esse movimento surgiram várias iniciativas no âmbito de reformulações legislativas²¹, mas iremos nos deter no Projeto de Lei n. 3657/1989, do Deputado Paulo Delgado do PT-MG, o qual inicialmente dispôs sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentou a internação psiquiátrica compulsória, e que segundo Pereira:

A apresentação do projeto à Câmara dos Deputados não pode ser entendida como a elaboração de um projeto isolado de um parlamentar, mas sim como integrada a uma estratégia do movimento social, que buscava a abertura de um canal que garantisse a entrada no circuito legislativo das suas ideias e proposições. O Deputado Paulo Delgado estabeleceu esse canal, por: compartilhar de um ideário próximo ao do movimento social no campo da saúde mental; integrar um partido político que reconhecidamente estava articulado às questões populares; e, manter laços fraternais com uma das importantes lideranças do movimento social em saúde mental. Durante todo o processo de tramitação do projeto no Congresso Nacional o Deputado Paulo Delgado foi um importante interlocutor e defensor dos interesses dos doentes mentais, sendo associado diretamente ao projeto, que inclusive ficou conhecido nacionalmente pelo seu nome (2004, p.109).

A Declaração de Caracas²², sobre a qual falaremos mais adiante e que teve o Brasil como signatário em 1990, contribuiu também para que o processo da Reforma Psiquiátrica se viabilizasse. O governo brasileiro assumiu a tarefa de possibilitar os direitos humanos aos pacientes mentais e promover os serviços comunitários e substitutivos de assistência psiquiátrica.

²¹ Em Minas Gerais, em janeiro de 1995 foi aprovada a Lei 11.802 que dispõe sobre a promoção da Saúde Mental e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. Outras legislações foram aprovadas no Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul. (GOULART, 2007, p32).

No Ceará, foi aprovada a Lei n. 12.151 de 1993; no Paraná, Lei n. 11.189 de 1995; no Rio Grande do Sul, Lei n. 9716 (1992), dentre outras. Muitas Leis estaduais e municipais que foram aprovadas sofreram influências da Lei Paulo Delgado (que ainda se encontrava em discussão). Em todas as Leis havia a preocupação da substituição progressiva da assistência nos hospitais psiquiátricos por outras redes de tratamentos e serviços de saúde mental. Em Goiás, somente no ano de 1998, que foi sancionada a Lei Municipal de n. 7.775, a qual dispõe sobre a política de saúde mental a ser desenvolvida no Município de Goiânia em termos de prevenção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa e dá outras providências.

²² Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Produzida na Conferência Regional para a Reestruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

1.2- A Reforma e o Processo de Desinstitucionalização

A Psiquiatria clássica desenvolveu ao longo do tempo, crises nos âmbitos teórico e prático, principalmente por ter ocorrido alteração no seu objeto que se deslocou do tratamento da doença mental para a promoção da saúde mental (objeto da nova psiquiatria). Com essa mudança é que surgirão novas possibilidades e experiências, novos modelos de assistência mental e novas psiquiatrias. Para Birman e Costa (2014, p. 43-44), há uma oposição de conflito entre a doença mental e a saúde mental (modernidade) e ainda nos falam que existem dois grandes períodos que redimensionam o campo teórico e assistencial da psiquiatria, a saber:

O primeiro diz respeito ao processo de crítica à estrutura asilar, culpada pelos altos índices de cronificação dos doentes mentais. Esta crítica abarca um longo percurso, gerado no centro dos hospícios, chegando à sua margem. Tem sua origem com as Comunidades Terapêuticas implementadas na Inglaterra e Estados Unidos e da Psicoterapia Institucional na França. O segundo momento é proeminente da ampliação da psiquiatria no espaço público, com o objetivo da promoção da saúde mental, onde a Psiquiatria Social se converte em Psiquiatria Preventiva ou Comunitária (E.U.A) e Psiquiatria de Setor (França).

Os autores ainda nos relatam que:

...apesar da periodização que destaca os dois movimentos diversos, propondo-se fins diferentes, realizando-se em espaços também diferentes, esta diversidade é uma ocorrência de superfície, tratando-se de táticas diversas que criam duas formas teórico-conceituais aparentemente díspares, porém, que se identificam num plano profundo e nas suas condições concretas de possibilidade. A mesma estrutura que efetiva uma Psiquiatria Institucional é a que torna possível também uma Psiquiatria Comunitária. O que ambas visam é o mesmo: a promoção da saúde mental, sendo esta inferida como um processo de adaptação social. (2014, p. 44-45).

O objetivo, o foco e o compromisso volta-se para que a saúde mental se torne uma realidade, não só individualmente, mas que abarque a comunidade como um todo e seja preventiva e não mais, assistencial.

Após a II Guerra Mundial, a saúde passa a ser dever do Estado, surgindo aí o princípio de que todos os homens têm direito ao bem estar, havendo uma mudança no foco: se antes o direito de viver era assegurado a todos, agora é o direito à saúde que deve imperar, e é neste novo panorama que as leis referentes à assistência aos doentes

mentais são reformuladas, como por exemplo na Inglaterra com a origem do Serviço Nacional de Saúde (1944) e na França com a criação da Segurança Social (1945), segundo Birman e Costa (2014, p.46). Neste novo cenário, o espaço asilar tornou-se alvo de olhares que o encarava como sendo responsável pela degradação dos doentes mentais e de desperdício da força de trabalho. E é dentro desse contexto que surgem as Comunidades terapêuticas e novas experiências psiquiátricas, como formas de novas possibilidades a partir da crítica do caráter asilar das instituições.

Uma dessas novas experiências resultou do trabalho baseado na obra de Herman Simon²³ (1929), que criou a Terapêutica Ocupacional, alterando a passividade dos doentes mentais para uma posição mais ativa dentro das instituições em que eram tratados. Como resultado desse trabalho, constatou-se uma melhora significativa não só do doente em si, mas do próprio ambiente de tratamento.

Os autores Birman e Costa, através de seus estudos, colocam a Terapêutica ocupacional desenvolvida por Simon, como sendo a gênese das Comunidades Terapêuticas:

Apesar das críticas de que foi objeto, a T. Ocupacional foi aceita no asilo como mais uma terapêutica ao lado das outras (?!), liberalismo medicamentoso, se bem que assentada na estrutura pesada do asilo. Aceita, mas mantida de modo marginal. E quando as Comunidades Terapêuticas tornaram-se a Verdade da nova prática psiquiátrica, foi transformada no primeiro momento desta prática, como primeira manifestação de sua essência. Nesta cronologia, Simon se torna o primeiro precursor das Comunidades Terapêuticas (2014, p. 47).

Comunidade Terapêutica é um termo utilizado para definir: “um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação na dinâmica institucional asilar” (Amarante, 2003, p. 28). São experiências onde os internos participam de grupos de discussão e atividades, levando o envolvimento do paciente com sua terapia e com os outros sujeitos partícipes do processo (técnicos, familiares, a comunidade e os internos).

²³ A este respeito ver: Simon, H. Une Thérapeutique Plus Active L’Hôpital Pyschiatrique, Ed. W.de Gruyter, Berlim, 1929 (Tradução francesa do Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, 1955).

Ainda no período pós Segunda Guerra, o médico psiquiatra Franco Basaglia²⁴ iniciou o movimento de Reforma Psiquiátrica italiano (Psiquiatria Democrática). Ao assumir a direção do Hospital Psiquiátrico Gorizia, teve como prioridade, transformá-lo em uma Comunidade Terapêutica. Buscou também melhorar as condições das estruturas físicas (hospedaria) e os cuidados profissionais fornecidos aos pacientes (humanização). Todo este movimento que teve como objetivo a transformação dos tratamentos e das instituições psiquiátricas, repercutiu mundialmente e especialmente no Brasil.

Segundo Barros, Basaglia critica a doença mental e a define como sendo:

Um ente abstrato, definido a partir da realidade anterior da existência da internação e do manicômio (século. XVII e XVIII) e constituída a partir do pressuposto de irrecuperabilidade, incurabilidade e imprevisibilidade. Essas três negações marcam profundamente a vida das pessoas que caem na malha tecida em sua história pela medicina mental (2014, p. 189)

Seria, portanto, criar condições para que este sofrimento e segregação fossem alterados. Novas possibilidades para reconectar e reinserir o doente mental na comunidade e na sociedade.

Neste sentido, a comunidade terapêutica contribui de forma favorável para uma reflexão/ação permanente de análise das atribuições da rede assistencial e dos pacientes, e ainda dessas inter-relações que se estabelecem:

A comunidade terapêutica é um local em que todos os componentes (e isto é importante), doentes, enfermeiros e médicos estão unidos em um total comprometimento, onde as contradições da realidade representam o húmus de onde germina a ação terapêutica recíproca. É o jogo das contradições – mesmo no nível dos médicos entre eles, médicos e enfermeiros, enfermeiros e doentes, doentes e médicos- que continua a romper uma situação que, não fosse isso, poderia

²⁴ Médico e psiquiatra precursor do movimento de Reforma Psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Reformulador do modelo de tratamento aplicado em instituições psiquiátricas e referência global na luta antimanicomial. Nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980. Após a 2ª Guerra Mundial, depois de 12 anos de carreira acadêmica na Faculdade de Medicina de Padova, ingressou no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, assumindo a sua direção em 1961, quando iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos em Gorizia.

facilmente conduzir a uma cristalização dos papéis (Basaglia, 1985, p.118)

A Luta Antimanicomial foi baseada na ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos doentes mentais. Como resultado dessa luta, na Itália, foi criada a Lei 180, uma legislação específica para o assistencialismo psiquiátrico.

Em 1978, esta Lei proibiu edificações de novos hospitais psiquiátricos, propondo intervenções para prevenir a doença, com o objetivo de tratar e reabilitar o doente mental em serviços extra hospitalares, além da garantia à comunicação e à informação por parte do assistido. Abordou também o caráter voluntário do tratamento.

A Reforma Psiquiátrica produziu mudanças na legislação, influenciando os serviços de assistência psiquiátrica, como também possibilitou uma alteração significativa do olhar, até então, segregador e estigmatizado do doente mental. Houve a possibilidade de se questionar o campo da saúde mental, toda sua conexão social e os agentes envolvidos no processo (profissionais da saúde e de outras áreas, familiares, usuários e ex-usuários, comunidade, associações e outros). Desinstitucionalizar para os italianos significaria:

Lutar contra uma violência e lutar por uma transformação da cultura de técnicos, aprisionados, também, a uma lógica e a um saber que não deseja uma análise histórica mais aprofundada. Presos a um saber-poder de seu lugar na hierarquia institucional (BARROS, 2014, p. 190-191).

Goulart, em sua obra *Psicologia no Brasil – As raízes italianas do movimento antimanicomial* (2007), nos fala da importância de Basaglia na Reforma Psiquiátrica e que devemos observar que a sua “trajetória ilumina os conflitos, os problemas, os debates e os desafios inerentes a uma situação crítica e específica” (2007, p. 26).

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, surge de forma mais concreta a partir do fim da década de 1970, com a redemocratização, quando passaram a ter um olhar crítico voltado para as estruturas institucionais psiquiátricas clássicas, para as práticas violentas do modelo hospitalocêntrico, buscando a elaboração de novas propostas e possibilidades (AMARANTE, 2001, p. 91).

Nos anos 70, período que o Brasil vivia sob a égide do governo militar, houve a expansão da indústria farmacêutica no país e ainda investimento na área de atendimento psiquiátrico com a parceria da rede privada, a partir de convênios firmados com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), já que os hospitais públicos (precários), não atendiam à demanda. Esse acordo acarretou o aumento no número de internações nas instituições conveniadas onde: “... a clientela passou de 14.000 em 1965 para 30.000 no final de 1970. O tempo de duração médio de permanência nas instituições privadas na época chegou há três meses” (KANTORSKI, 2001, apud RESENDE, 1990). Essa realidade estava na contramão da desospitalização proposta por outros países, como por exemplo, os EUA e a Itália, com intuito de combater os manicômios, mas de forma positiva foi um período em que a assistência psiquiátrica procurou atender os indigentes que sofriam de transtornos mentais e ainda o tratamento médico hospitalar que abrangia os trabalhadores e seus dependentes.

O atendimento psiquiátrico brasileiro estava diretamente ligado às internações (que em sua maioria eram de longa duração), o que fazia com que as empresas conveniadas alcançassem lucros com essa parceria público/privado o que possibilitava seu funcionamento. A “indústria da loucura” se estabelecia no País. Durante este período no governo militar articulou a internação asilar e a privatização da assistência, através do aumento crescente de leitos hospitalares para os pacientes mentais nas redes de assistência pública e privada. As instituições hospitalares privadas recebiam verbas significativas do poder público com as internações, o que contribuiu para que houvesse tanto aumento no número de internações, como também o prolongamento de períodos dos pacientes nessas instituições. Na realidade, na maioria das vezes se instituiu um esquema de arrecadação de verba em detrimento a um tratamento digno e humanizado.

No final da década de 70 e início dos anos 80, o Brasil iniciou seu período de redemocratização, que foi desencadeado pelo fim da ditadura militar e com a emergência pela eleição direta para presidente. Nesse mesmo período verificou-se problemas de ordem econômica, sendo necessárias medidas de retenção de gastos, as quais afetaram diretamente o pagamento das instituições conveniadas que tratavam dos doentes mentais. Juntando-se a isso, aumentava o número de denúncias de maus tratos, abandonos e práticas desumanas dos locais que atendiam os ditos “loucos” e as precárias condições dos profissionais de saúde mental. A imprensa ao cobrir a greve dos trabalhadores no Centro Psiquiátrico Pedro II (1978), contribuiu de forma salutar para

que a discussão sobre a reforma psiquiátrica viesse à tona e passasse a ser discutida na sociedade.

Outro acontecimento, no fim da década de 80, que fortaleceu a luta antimanicomial no Brasil, ocorreu na cidade de Santos. A Casa de Saúde Anchieta (hospital psiquiátrico particular), que atendia na época 500 pacientes (o dobro de sua capacidade), foi interditado. Essa interdição também foi desencadeada por denúncias de maus tratos contra os internos e mortes violentas de três pacientes. O caso de intervenção em Santos é considerado um ponto de referência na história psiquiátrica brasileira, já que inovou de forma prática e concreta no modelo manicomial, até então estabelecido e iniciou o processo de desinstitucionalização.

Nesse processo, a interdição era somente o primeiro passo, ainda haviam que serem pensadas formas de substituição de tratamento, possibilitando a volta ao convívio social dos internos. Algumas propostas foram pontuadas e começaram a serem efetivadas, como por exemplo: diminuição de medicamentos, humanização do atendimento, ofertando oficinas de teatro, de pintura, confecção de bijuterias e de camisetas. Outra preocupação estava em como continuar atendendo os pacientes residentes em Santos, já que os de outros locais, foram enviados a suas famílias de origem. Para assistir os pacientes santistas, na fase de reabilitação, a Prefeitura implantou cinco Núcleos de Assistência Psicossocial (Naps). Esses núcleos, segundo Kinoshita:

O hospital foi reordenado em 5 enfermarias que seguiam uma divisão dos 5 territórios da cidade, de modo que todos os pacientes e familiares de uma região seriam sempre atendidos e referenciados a uma mesma equipe. Depois estas equipes e seus pacientes e familiares foram sendo deslocados para a implantação dos Naps enquanto as suas enfermarias iam sendo desativadas concomitantemente. Os Naps desde a sua implantação foram pensados para funcionar com leitos de internação, 24 h., 7 dias da semana. A idéia era destruir o hospício, desmontando a necessidade da sua existência. Mas na medida em que a confiança e cumplicidade entre pacientes, equipe e familiares se tornava mais forte, novas estratégias de cuidado foram sendo instituídas. Por exemplo, a internação pôde ser pensada como ação precoce e preventiva, ao invés do costumeiro 'internar em último caso'. Isto é, um paciente poderia ser internado num "dia ruim" para poder voltar a casa na manhã seguinte, evitando situações de atritos e desgastes com os familiares ou nos espaços de trabalho. As visitas regulares aos domicílios de pacientes permitiam o manejo dos pequenos problemas relacionais que ocorrem no cotidiano, distensionando situações de conflitos... Mas, para além de tantas novas configurações de cuidados e assistência à saúde, os Naps se constituíram como pontos de "apoio" para a conquista ou ampliação

dos espaços na sociedade a serem ocupados com legitimidade, dignidade e liberdade pelos pacientes. Neste sentido, a assistência/cuidados é compreendida apenas como momento tático de uma estratégia de valorização e emancipação. Por isso, nunca se pensou como “núcleos de assistência” sob um pensamento estritamente sanitário, mas como ponto de apoio, numa concepção logística de processo de enfrentamentos e conquistas dos pacientes e de responsabilização pela saúde mental da região adscrita (2009, p. 7-8).

O termo desinstitucionalização que originou-se com o movimento de reforma psiquiátrica na Itália, elaborada por Franco Basaglia, de forma prática, propõe a remoção permanente das pessoas que se encontram recebendo assistência de saúde mental nos moldes hospitalocêntrico. Ocorre com a transferência da atenção mantida pela instituição para o seio comunitário, ou para serviços descentralizados e alternativos em relação à assistência dada aos portadores de transtorno mental.

O objetivo da implementação de uma rede substitutiva de atendimento é o de autonomia do paciente mental e sua reinserção social: “O problema não é cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30).

Tratando-se de desinstitucionalização, este adquire diversos significados distintos de acordo com o contexto no qual se promovem e articulam as ações de reformulação da assistência Psiquiátrica. Utilizaremos as formulações propostas por Amarante²⁵ as quais denomina: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e a desinstitucionalização como desconstrução.

A desinstitucionalização como desospitalização surgiu nos Estados Unidos, no Governo Kennedy, com o Plano de Saúde Mental que em consequência à crítica ao sistema psiquiátrico, propunha um conjunto de medidas de desospitalização e a comunidade como espaço interventor, onde o termo desinstitucionalização foi utilizado para indicar os processos de saída dos doentes mentais das internações e sua reinserção no meio social.

Especificamente em 1963, o Presidente Kennedy formula a política de saúde mental, que serviria de parâmetro para o mundo:

²⁵ AMARANTE P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

Propongo un programa nacional de salud Mental para contribuir a que en adelante se atribuya al cuidado del enfermo mental una nueva importancia y se le encare desde un nuevo enfoque. Los gobiernos de todos los niveles- federal, estatal y local- las fundaciones privadas y los ciudadanos, deben por igual hacer frente a sus responsabilidades en este campo. (Discurso do Presidente Kennedy, 1963)²⁶

Fica visível em sua fala, que o espaço de ação psiquiátrica amplia-se à medida que passa a ser a responsabilidade de todos e ultrapassa os muros dos hospitais psiquiátricos para a comunidade (lugar de atuação do psiquiatra). Além disso, evidencia-se também o caráter preventivo das doenças mentais.

Essa noção tem como princípios fundamentais a prevenção de internações inadequadas nas instituições psiquiátricas, buscando tratamentos alternativos, comunitário e preventivo; a reinserção para a comunidade dos pacientes institucionalizados que estiverem aptos para tal mudança e criação e manutenção de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não institucionalizadas, que estejam recebendo assistência de saúde mental.

A concepção de desinstitucionalização como desospitalização advém dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, a partir da crítica ao sistema psiquiátrico e seu caráter hospitalocêntrico. A reforma neste caso estaria diretamente ligada na “correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, ou em seu simples rearranjo e condução administrativa” (AMARANTE, 1996, p. 18).

Na práxis, as reformas de base preventiva e comunitária abarcam a diminuição de tempo de internação dos pacientes, diminuição de leitos, criação de serviços intermediários (alternativos e comunitários), uma rede de serviços e de ações para prevenir as doenças, com destaque para o tratamento extra hospitalar.

Segundo Carvalho, em 1982 o Programa de Assistência Psiquiátrica Previdenciária propunha uma reforma no suporte da assistência prestada, com o objetivo de se elaborar diferentes maneiras de tratamento que até então eram aplicados nos ambientes hospitalares e outras propostas para se evitar as internações em manicômios, onde orientava-se que esta só deveria existir caso se fizesse estritamente necessária, e ainda havia a orientação para: “a utilização de equipe multiprofissional; e a inclusão da

²⁶ Discurso do Presidente Kenneedy, 1963, citado por Birman e Costa no texto: Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária, p. 53.

assistência numa estratégia de atenção primária de saúde, com regionalização/integração e hierarquização dos serviços” (2001, p. 20-21).

Esses serviços intermediários cumpririam o papel de passagem, que auxiliaria na readaptação na comunidade do paciente ao deixar o hospital, para evitar internações imediatas ou integrais e no sentido provisório, isto é: “enquanto uma modalidade assistencial que deveria existir até o momento em que o hospital tornar-se-ia obsoleto dada a implantação da rede de serviços preventivos e comunitários.” (AMARANTE, 1996, p. 18).

Desta forma, o que se ambiciona neste modelo, é a extinção do hospital à medida que a rede de serviços assistenciais comunitários consiga abarcar e atender toda a demanda que a saúde mental necessita. Procura-se mudar o ponto de convergência das ações intra-hospitalares para as extra-hospitalares.

Para se instituir esse novo modelo assistencial sugeriu-se propostas que englobassem um trabalho conjunto entre os órgãos federais, estaduais e municipais, com as devidas adequações, no intuito de se elaborar Programas de Saúde Mental para atender a demanda dos pacientes e que abarcasse as diferentes regiões em suas particularidades.

Ainda havia a necessidade de se gerar uma rede de mecanismos extra-hospitalares e a utilização de meios intermediários que se situasse entre o ambulatório e a internação integral (somente para os casos mais graves e com a intenção de diminuição de períodos de internação). Como exemplo dessa rede, podemos citar: hospitais-dia, hospitais-noite, oficinas e hospedarias supervisionadas. Abordava também a capacitação multiprofissional dos envolvidos com a saúde mental.

O autor ainda afirma, que apesar dessa concepção criticar o modelo organizacional psiquiátrico, o maior objetivo por detrás dessa formulação estaria um reordenamento de ordem administrativa, com intuito em reduzir custos da assistência aos doentes mentais, tornando-se secundária uma mudança da natureza assistencial. Há neste caso, uma ampliação do campo psiquiátrico e também do conceito de doença mental, a qual passa a abarcar “desvio, mal-estar social, desajustamento, anormalidade” (AMARANTE, 1996, p.19) aumentando conseqüentemente a demanda hospitalar, já que cresce o espectro de pessoas assistidas, como também as possibilidades de mediação técnica e resultados esperados. Com isso, a assistência continua sendo onerosa e o “saber e as práticas psiquiátricas operadas neste modelo seriam exatamente as mesmas da psiquiatria tradicional” (AMARANTE, 1996, p. 19).

O processo de desinstitucionalização em seus aspectos teórico, prático e político acarretou em dois resultados distintos, o primeiro relacionado pelas propostas executadas nos Estados Unidos, França e Inglaterra as quais buscaram criar serviços assistenciais na comunidade e o segundo, desenvolvido na Itália, no qual a mudança partiu do interior das instituições psiquiátricas, de forma a possibilitar alterações em seu funcionamento e concomitantemente passariam a constituir as redes de serviços extra-hospitalares territoriais.

A fim de que o processo de desinstitucionalização se tornasse viável seria necessário que ocorresse a diminuição dos leitos hospitalares e que se pusesse em prática os serviços comunitários para que fossem reduzidas as internações, ou que estas não se tornassem recorrentes.

Nos Estados Unidos houve desospitalização sem o apoio de recursos comunitários, o que ocasionou muitos problemas e em especial a falta de assistência aos pacientes mentais que saíram de internações psiquiátricas. Para corrigir essas questões foi utilizado o “case management”, que segundo Bandeira é entendido como: programas coordenados de serviços, com acompanhamento intensivo, através de um agente (case manager) integrado na comunidade para garantir a inserção do paciente no meio social e evitar novas hospitalizações e que ao utilizar esses serviços, o paciente satisfaça suas necessidades (1998, p.630).

Foram detectados problemas neste modelo, em função de que não havia garantias que os serviços necessários para o acompanhamento do paciente seriam ofertados com qualidade, como também a preocupação com o tempo necessário para o acompanhamento, visto que as pessoas atendidas demandariam uma atenção a longo prazo.

Como tentativa de solucionar essas questões, Bandeira (1998), conforme citado por Carvalho nos aponta que:

Surgiu um programa de acompanhamento mais abrangente e intensivo, baseado não mais no trabalho de um profissional de apoio, mas de uma equipe multidisciplinar. Conhecido hoje como PACT (Programa for Assertive Community Treatment), ele se caracteriza por um acompanhamento diretivo, com treinamento de habilidades da vida cotidiana, ocupacional, social e de lazer, concretizado em visitas domiciliares numa busca ativa do paciente na comunidade (2001, p. 33)

Nas primeiras denúncias de violência nas instituições manicomiais no Brasil, a desinstitucionalização refletiu na desospitalização, ocorrendo:

Um processo de altas administrativas, com transferências de pessoas (principalmente casos crônicos) para instituições não psiquiátricas (asilares), para instituições menores ou, ainda para instituições privadas. Também o abandono nas periferias das cidades fez parte das soluções dadas pelos administradores. A desmontagem recaiu sobre as grandes estruturas hospitalares, e a ênfase dos centros assistenciais voltou-se para a prevenção de uma população considerada de risco. Desta forma alargou-se o raio da ação técnica e não se buscou criar soluções capazes de responder à demanda que já existia. Resultou deste processo a constituição de uma população que passa a girar de uma instituição a outra (situação conhecida como revolving door) e onde nenhum serviço assume a assistência global das necessidades do paciente (DE LEONARDIS, 1990 apud BARROS, 2014, p. 173).

O Brasil baseia-se ainda hoje (mesmo que em menor grau), em um modelo hospitalocêntrico, que é fundamentado nos cuidados da saúde em hospitais, quando a doença já está instalada, ao invés de utilizarem a forma de prevenção primária, o qual é incompatível com a rede de atendimento psicossocial, que busca prestar todo o suporte para amenizar os sofrimentos dos portadores de transtornos mentais, com intuito inclusive de diminuir as internações. Outro aspecto importante na nova rede de assistência é a de incluir socialmente os usuários e isso perpassa também a questão do acesso à saúde, inclusive no que diz respeito à localização geográfica dos dispositivos de saúde na cidade.

A desinstitucionalização como desassistência refere-se como mera desospitalização, sem a intenção da criação de serviços substitutivos. Ou seja, de forma radical não leva em conta as políticas de desinstitucionalização com sua proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico por outras variações de assistência, aonde o doente seria abandonado à “própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com estas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo” (AMARANTE, 1996, p. 21).

Essa vertente estaria ligada à desinstitucionalização como desospitalização, mas que resultaram no desamparo dos pacientes mentais por parte do Estado, já que estes sairiam dos hospitais sem terem uma infraestrutura para continuarem o tratamento.

Dentre aqueles que colocam-se contrários à desinstitucionalização observado pelo viés errôneo de desamparo, encontram-se os segmentos conservadores resistentes a qualquer ideia de ampliação dos direitos de quaisquer grupos considerados minoritários, ou aqueles que tem interesses econômicos e específicos, vinculados ao aparato psiquiátrico, farmacológico, hospitalar e empresarial, dentre outros. Nesta tendência, o autor ainda afirma, que não há uma crítica e nem questionamento em relação ao hospital psiquiátrico.

O ideal é que a sociedade investisse de forma mais eficaz na prevenção primária, que oferecesse a prevenção secundária com melhor relação custo/benefício, reduzindo a incapacitação, e distribuisse de forma inteligente os seus recursos (limitados), com objetivo de minimizar o sofrimento dos doentes, de uma forma geral. O que se observou é que na Reforma Psiquiátrica Brasileira, isto não aconteceu, apesar da defesa de direitos ser antiga, como podemos ver na fala de Teixeira Brandão há mais de 100 anos:

Os alienados eram enviados para o asilo de mendigos ...ou para as cadeias ... Em regra geral, esses infelizes ficavam ao abandono, ou eram reclusos nas cadeias públicas. ... O que compete à autoridade é que a lei impeça as seqüestrações arbitrárias, que não permita a reclusão senão depois das provas documentadas da moléstia, impossibilitando dessa arte as fraudes e as violências contra a liberdade individual sob pretexto de uma moléstia que, na realidade, não existe (1918, p. 139).

Mesmo com todas as mudanças que ocorreram na legislação, em especial com a Lei Federal 10.216/2001, que ficou conhecida como a Lei da Reforma psiquiátrica. Inicialmente o projeto era muito conciso, possuindo originalmente, apenas três artigos, os quais determinavam a extinção progressiva das instituições de caráter manicomial e a criação de serviços diversificados substitutivos comunitários, regulamentavam a internação psiquiátrica compulsória, obrigando a comunicação à autoridade judiciária, à qual ficava incumbida de emitir parecer sobre a licitude da internação, só foi a partir de 2003, que o governo começou a instituir a rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, com a Lei Nº 10.708, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, fora da unidade hospitalar, para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, tem como objetivo a inclusão social e a modificação do modelo de assistência em saúde mental.

Este programa que é parte integrante de um projeto de ressocialização, visando proporcionar meios de amparo social a um segmento da população que sofre de abandono social, na tentativa de minimizar novas internações e ainda minimizar o quadro clínico dos pacientes, encontra-se em consonância com o Art. 5º da Lei 10.216. O referido artigo determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, tenham políticas públicas no momento que receberem alta médica e que haja um planejamento para que continuem sendo assistidos.

No ano de 2004, através da Portaria N° 52, que o Governo instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, ou seja, apesar de já haverem iniciativas tímidas de serviços substitutivos de assistência mental, foi neste período que começaram a se estabelecer as políticas públicas para que houvesse a consolidação do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para se ter uma noção dessa desassistência, ao olharmos os números de “abandonados” nas ruas, podemos ter uma ideia desse quadro. No Jornal, a Folha de São Paulo de maio de 2003²⁷, o então Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Delgado, nos relatou que:

Precisaríamos, no mínimo, do dobro dos recursos...Os cerca de 55 mil leitos e 382 serviços extra-hospitalares, além dos 42 para álcool e drogas, acolhem no máximo 1 milhão de doentes. Os outros 4 milhões estão trancados em suas casas. São vistos perambulando pelas ruas ou, quando têm um surto mais grave, são levados para as emergências dos hospitais ou para as delegacias. Faltam dinheiro e equilíbrio nas ações (FOLHA DE SÃO PAULO, 2003).

Mesmo assim, faltavam leitos e recursos alternativos para atender à demanda, que continuava crescendo. A Reforma Italiana (que influenciou a Reforma no Brasil), só obteve sucesso apenas nos locais onde haviam projetos experimentais e investimentos.

Podemos afirmar que a teoria proposta e explicitada na Portaria do Ministério da Saúde de N° 52/2004, não condiz com a ação prática. Acerca do processo de mudança do modelo assistencial: “deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da

²⁷Devagar, paciente deixa manicômios. Folha de S. Paulo, Cotidiano. São Paulo, 18 maio 2003.

construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário”. Segundo Gentil:

Foram extintos mais de 60 mil leitos num período em que a população passou de 80 para 180 milhões de habitantes e nada comensurável foi feito de recursos alternativos. Mantida a mesma relação leito/habitantes, o Brasil teria hoje mais de 200 mil leitos e tem menos de 1/4 disso. Portanto, a redução na disponibilidade de leitos psiquiátricos para a população foi efetivamente de 75%... Na prática os leitos foram fechados e os recursos assistenciais alternativos foram irrisórios e tardios... (2004, p. 62).

As necessidades em saúde mental variam e por esse motivo, é imprescindível que se criem equipamentos substitutivos distintos. Não se pode investir na desospitalização sem que haja investimentos para a implantação de novos serviços extra-hospitalares. É necessária uma melhoria na qualidade e uma assistência adequada no nível de atenção secundário²⁸.

A desassistência no atendimento ao portador de transtornos mentais fica clara, pois na prática ao se extinguirem os leitos, não houve qualidade e nem recursos suficientes para a implantação dos serviços assistenciais alternativos necessários para atender a demanda, sem falar nos doentes que se encontram nas prisões. Até hoje essa reestruturação ainda encontra-se em processo.

Segundo Amarante, o modelo de desinstitucionalização como desconstrução caracteriza-se pela crítica epistemológica ao saber médico, práticas e perspectivas que constituem a psiquiatria. Foi este o modelo adotado pelo governo brasileiro a nível nacional, o qual baseou-se o primeiro Projeto de Lei (nº 3657/89²⁹). Este marco legal, que trata de novos procedimentos de tratamento psiquiátrico foi elaborado pelo

²⁸ Este nível é composto pelas **Unidades de Pronto Atendimento (UPA)**, bem como ambulatórios e hospitais que oferecem atendimento especializado. Os profissionais e equipamentos do nível secundário de atenção à saúde devem estar preparados para realizar intervenções e o tratamento de alguns casos de doenças agudas ou crônicas, bem como prestar atendimentos de emergência.

²⁹ Em 12 de setembro de 1989, o Projeto de Lei 365721 (Câmara dos Deputados, 1989) foi apresentado na “Ordem do Dia”, do Plenário da Câmara dos Deputados, pelo Deputado Paulo Delgado, Partido dos Trabalhadores (PT), de Minas Gerais. O Congresso Nacional estava na sua 48ª Legislatura (1987-1991), mesma legislatura da Assembleia Nacional Constituinte (1987/1988). Desta forma, o plenário de deputados que analisou inicialmente a proposição era o mesmo que participou do processo de elaboração da nova constituição brasileira. O cenário político nacional em 1989 era marcado pela primeira eleição direta para Presidente da República após o longo período de autoritarismo. O presidente em exercício, José Sarney, primeiro presidente civil após o regime militar, conduziu o processo final de transição democrática. É nesse cenário de eleições presidenciais que acontece a apresentação do Projeto de Lei 3657/89 à Câmara dos Deputados. Tempos de novos rumos para a nação, e de novos horizontes no campo da saúde mental, e da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p.108).

deputado Paulo Delgado (PT-MG), o qual previa a extinção gradual dos manicômios, a fim de promover mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, voltando-se à cidadania destes. Este projeto, no entanto, só foi aprovado no ano de 2001, após o Brasil ter participado em 1990, como signatário, da Declaração de Caracas.

Na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica onde o Brasil foi representado e signatário, promulgaram o documento final intitulado “Declaração de Caracas”. Houve o comprometimento por parte dos países da América Latina, de se promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, defender os direitos humanos dos pacientes mentais, propiciando a inserção e permanência do paciente em seu meio comunitário. Observa-se além da preocupação com o aspecto da inclusão social dos pacientes mentais, a proteção de sua cidadania. É alicerçado nesse movimento de luta que a Reforma Psiquiátrica se constituiu, indo além de denúncias, propondo a construção de prestações de serviços e estratégias humanitárias e inclusivas, além de uma nova compreensão do sofrimento psíquico.

A Declaração de Caracas afirma ainda que a assistência até então praticada, não cumpre com os objetivos de um atendimento integral, contínuo e preventivo, ocasionando incapacidade social e principalmente, ferindo os direitos humanos e civis dos enfermos.

A reestruturação da assistência psiquiátrica perpassa uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços, buscando formas alternativas e distintas de tratamento e de serviços prestados com intuito de propiciar a permanência dos usuários em seu meio comunitário.

Este modelo desinstitucionalizante se identifica com o trabalho teórico-prático desenvolvido por Franco Basaglia, que não só buscou a humanização do tratamento, mas também uma real transformação e substituição do tratamento manicomial, até então praticado e uma reflexão para as relações existentes entre a sociedade e a loucura. Ele criticava a postura médica tradicional, principalmente por esta centralizar o isolamento/internação como modelo de tratamento excludente e repressor. Inovou ao propor atendimentos terapêuticos através de centros comunitários, centros de convivências e tratamento ambulatorial. Suas ideias começaram a chegar no Brasil no fim da década de 1970, quando houve repercussão internacional do processo de reforma psiquiátrica italiano, com a desativação do Hospital de Gorizia, o qual desencadeou a

criação da “psiquiatria democrática” e de “redes alternativas à psiquiatria”, e a promulgação da Lei 180, conhecida como Lei Basaglia.

Franco Basaglia, veio algumas vezes ao Brasil e manteve contato direto com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), influenciando sobremaneira no movimento da Reforma Psiquiátrica no País. Amarante nos fala que a produção basagliana pode: “ser entendida como importante marco de referenciamento de uma ‘fase de transição’ do paradigma psiquiátrico moderno, que se situa numa transição maior, que é a da ciência da modernidade” (1996, p.24) e ainda afirma que:

Basaglia, mais do que elabora, organiza um corpo teórico e um conjunto de estratégias para lidar com a psiquiatria. Referenciado a partir de um amplo leque de abordagens provenientes não apenas dos projetos de Reforma Psiquiátrica, mas e, fundamentalmente, das chamadas humanidades (1996, p. 25).

Assim, a contribuição de Basaglia na Reforma Psiquiátrica é a de desconstrução a partir do interior das instituições psiquiátricas, buscando transformações qualitativas nos modelos assistenciais e não só uma simples reorganização de ordem administrativa, servindo como referência para projetos, ações e políticas públicas acerca da reforma psiquiátrica e para a desinstitucionalização.

A chamada Psiquiatria Democrática Italiana, segundo Barros:

Fez aliança com outros movimentos sociais, radicalizou a força das denúncias sobre a violência da instituição psiquiátrica. Criou, igualmente, caminhos para a desmontagem do manicômio, entendida como desconstrução de materialidade e dos saberes médico-psicológicos (2014, p. 190).

Esse processo de desinstitucionalização tem como base a luta pela cidadania, pois historicamente os pacientes mentais foram excluídos de seu meio social e é este o cerne da Psiquiatria Democrática:

Procuraram equacionar de maneira diversa a relação loucura – periculosidade social, no sentido de buscar a afirmação dos direitos civis, sociais e políticos das pessoas que vinham internadas nas instituições psiquiátricas. A Psiquiatria Democrática iria, em primeiro lugar, radicalizando a ideia de separação entre loucura (o fenômeno existencial de determinadas manifestações humanas) e doença mental (entendida como produção intelectual, como uma forma determinada de interpretação). Em segundo lugar, provoca uma cisão na equação

louco = perigoso, ao revelar dimensões mais complexas, percebe-se que o louco pode ser e pode não ser perigoso e que esse aprisionamento termina por justificar (em nome do risco que não se pode correr) a exclusão e a segregação, portanto, a punição ao adoecimento (BARROS, 2014, p.177).

Não podemos deixar de salientar que esta luta de desinstitucionalização está diretamente ligada a práticas de desconstrução do aspecto antiterapêutico do asilamento, como também a desconstrução de estigmas e preconceitos no que diz respeito aos usuários dos serviços de assistência mental. Para mais, observa-se a intenção de se transformar o cotidiano do paciente mental, auxiliando o desenvolvimento da autonomia, de cidadania, reabilitação e reinserção social. Sendo que: “apenas nos espaços de liberdade, de exercício da cidadania é que devemos orientar as ações em saúde mental” (BARROS, 2014, p.178).

1.3- Alienados, Psicopatas e Portadores de Transtornos Mentais: Mudanças e Permanências em Relação às Legislações Sobre Saúde Mental

Retomando, o Projeto de Lei de Paulo Delgado levou doze anos para ser aprovado, e apenas em abril de 2001 que foi validado e convertido na Lei Federal n.º 10.216. Goulart relata que:

Mesmo que bastante descaracterizado em suas proposições antimanicomiais por inúmeras emendas, converteu-se em linhas gerais, numa legislação que preconiza o atendimento territorial, estabelece parâmetros de qualidade para atendimento terapêutico, prevê o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e estabelece critérios para internação compulsória (2007, p.32).

Esse ordenamento jurídico, inaugura uma nova etapa de reconhecimento legal, trazendo à tona um debate mais amplo sobre cidadania, direitos humanos e a emergência de políticas públicas efetivas relacionadas à saúde mental, renegando as instituições totais e propõe um novo olhar sobre a loucura e sobre a particularização do portador de transtornos mentais. O Ministério da Saúde, a partir de documentação oficial, proferiu sua defesa à Lei n.º 10.216:

Por que o Ministério da Saúde aprovou o projeto? Porque a Lei da Reforma Psiquiátrica preenche uma grave lacuna legal. A lei federal

sobre saúde mental é de 1934, um período sombrio para as instituições democráticas, que desembocou na ditadura do Estado Novo. Essa velha legislação apresenta uma visão autoritária sobre o tratamento. Por isso, é incompatível com o pressuposto ético de que o doente mental é um cidadão – e como tal deve ser tratado. Com base nesse princípio, o novo texto destaca os direitos do paciente. Porque a nova legislação contém uma clara diretriz de saúde pública, ao determinar que os governos devem investir nos recursos comunitários e no sistema ambulatorial. As instituições da velha psiquiatria asilar devem ser progressivamente extintas, com a criação de novos serviços e o acolhimento adequado a esses pacientes que vivem intramuros, muitos deles pessoas idosas que ficaram confinadas desde a adolescência sem terem cometido crime algum. Além disso, [apoiou-a porque] a lei regulamenta as internações involuntárias, impedindo que se faça violência em nome da medicina e da psiquiatria; define como devem ser realizadas as pesquisas biomédicas com pacientes mentais e estabelece as responsabilidades dos vários níveis de gestão. Ou seja, cria uma configuração clara de qual o caminho que deve ser trilhado, embora com o nível de generalidade que uma lei desse tipo comporta (BRASIL, 2001).

Vemos claramente, que a intenção desse dispositivo legal tem intuito de transformar uma condição social e cultural, perpassando inclusive mudanças na forma de tratamento, como por exemplo: “pessoas portadoras de transtornos mentais” em substituição do termo alienado utilizado nos Decretos n.º 1.559 de 7 de outubro de 1.893 ao Decreto n.º 14.831, de 25 de maio de 1.921 e do termo “psicopata” (termo elegido na época em função da sua amplitude), empregado a partir do Decreto n.º 17.805, de 23 de maio de 1927.

Acerca da alteração de nomenclatura Silva, Reintges e Aciole nos esclarecem que:

Trata-se de uma mudança, a nosso ver, menos estigmatizante, apesar de limitada, uma vez que ainda coloca em evidência a doença mental em detrimento do sujeito que convive numa situação de sofrimento psíquico. O termo “paciente” se repete várias vezes no decorrer do texto, o que pode ser interpretado como uma posição de passividade, remetendo a negação do protagonismo social destes sujeitos (2012, p.4).

Historicamente, ao se fazer uso das terminologias usadas no passado, remete-se ao estigma e preconceito que se procura remover. São denominações que ofendem e depreciam o portador de sofrimento mental. Esta nova visão, vinculada à substituição da nomenclatura busca desconstruir conceito de “doença mental”, ainda baseia-se numa concepção humanizada que carrega em sua essência os direitos fundamentais explicitados na Constituição Federal, em seu artigo 5º que garante os direitos

igualitários, fundamentais individuais e coletivos da pessoa humana. Mesmo havendo a crítica que está envolta no termo “paciente”, há um comprometimento com a humanização e adoção da noção de cidadania como um suporte para lidar com a loucura, além de criar mecanismos para o desenvolvimento da autonomia do sujeito, levando em conta sua história, potencialidades e individualidade.

No passado, acreditava-se que o louco era incapaz de gerenciar seus bens e a si mesmo, devendo submeter-se à responsabilidade de outrem, em todos os aspectos, mesmo que provisoriamente. Do mesmo modo, o paciente não poderia interferir no tratamento e nas técnicas empregadas e nem mesmo conhecer o tratamento o qual seria submetido, como podemos observar no Decreto 1.132:

Art. 4º Salvo o caso de sentença, no qual logo será dada curatela ao alienado, a autoridade policial providenciará, segundo as circunstancias, sobre a guarda provisoria dos bens deste, communicando immediatamente o facto ao juiz competente, afim de providenciar como for de direito (BRASIL, 1903)

Será somente a partir do ano de 1934, é que se revoga as disposições anteriores com o Decreto n.º 24.559, e que se proporciona a Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, tendo por fim:

- A) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- B) Dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também os egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- C) Concorrer para a realização da higiene psiquiátrica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial (BRASIL, 1934).

Neste dispositivo legal, evidencia-se uma relação direta e interligada da justiça com a psiquiatria. Houve mudanças no sentido do tratamento institucional, que não deverá ser único e exclusivamente fechado e de caráter asilar: “os estabelecimentos psiquiátricos públicos dividir-se-ão, quando ao regimen, em abertos, fechados e mixtos”. (BRASIL, 1934). Observa-se a ampliação em relação à regulamentação do tratamento, que anteriormente se dava única e exclusivamente em regime fechado. Foi uma mudança significativa no sentido de flexibilidade no modelo asilar.

No tocante à proteção legal, houve uma abrangência e foram reafirmados a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais na Lei 10.216/2001, as quais deverão passar a serem tratadas como sujeitos de direitos:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001)

Este artigo encontra-se em consonância ao princípio de igualdade previsto na Constituição de 1988 em seu Art. 5º: “ Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade..” e ainda em conformidade com o princípio da universalidade, um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei 8.080/ 90 que determina que todos os cidadãos brasileiros, sem discriminação, devem ter direito ao acesso às ações e serviços de saúde, sejam públicos ou privados conveniados.

A Constituição brasileira tem como alicerce a concepção de equidade que significa a apreciação e julgamento justo em virtude do senso de justiça imparcial, visando a igualdade, sendo esta:

Tomada em sentido absoluto, pressupõe que todas as pessoas compartilhem das mesmas características individuais e que todos os bens da vida social sejam igualmente repartidos por todos os membros de tal sociedade. Partindo da constatação da singularidade das características humanas (aptidões, interesses, necessidades) e da multiplicidade de esferas de distribuição de bens sociais, o projeto igualitário, tomado na acepção radical, além de problemático em sua dimensão normativa, seria praticamente impossível de realizar-se no mundo real (CARVALHO, 2001, p. 12).

Ainda assim, a legitimação do princípio fundamental que é a equidade, simbolizou um grande progresso democrático, pois teve a pretensão de converter a saúde em direito de todos e dever do Estado, além de ampliar a cidadania. Equidade significa igualdade, simetria, retidão, imparcialidade, conformidade. Este conceito também evidencia o uso da imparcialidade para reconhecer o direito de cada cidadão, usando a paridade para se tornarem iguais. A equidade adequa a determinação para cada caso específico, a fim de deixá-la mais justa.

A Constituição de 1988 determinou que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas - econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa

igualmente acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral) (CARVALHO, 2001, p.13).

No artigo 2º da Lei 10.216 são assegurados os direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

No inciso III, a lei especifica a proteção contra abuso e exploração para que os pacientes não sejam mais submetidos às violências que até então eram utilizadas, inclusive como forma de tratamento, como por exemplo: os eletrochoques, lobotomias, técnicas de hidroterapia, entre outros. Endossa em seu inciso VIII, que o tratamento deve ser o menos invasivo possível. Esse aspecto da nova Lei, exclui de seu teor, os meios de tratamento e de manutenção da ordem, como os utilizados no Hospício de Pedro Segundo, já citados anteriormente e que por muitos anos continuaram sendo descritos nos Decretos posteriores, havendo uma alteração em relação ao uso da camisa de força, a qual foi excluída do teor legal no Decreto nº 5.125, de 1º de fevereiro de 1904, permanecendo apenas: “1º A privação de receberem visitas, passeio e quaisquer outras distrações; 2º A reclusão solitária.”

Quanto ao inciso VI da Lei Paulo Delgado, os usuários da rede de assistência de Saúde Mental passam a ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis e ainda conforme o inciso VII, tem o direito de receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento. Esses direitos são de grande relevância, já que nos decretos anteriores, as informações acerca dos enfermos eram passadas apenas quando solicitadas pelos familiares e havia restrição a livre comunicação dos internos,

por exemplo: os enfermos não poderiam enviar ou receber nada por escrito, a não ser por intermédio e mediação dos diretores dos hospitais.

No artigo 3º, a lei determina que a política de saúde mental deve ser de responsabilidade do Estado em parceria com a sociedade e a família, no entanto deixa de fora o maior interessado no processo, que é o próprio portador de transtorno mental, o qual continua tendo um papel passivo, neste caso específico, muito embora a Lei deixa clara que o seu enfoque é o portador de transtornos mentais, propondo inclusive o desenvolvimento da sua autonomia e ainda o de tomar posse de sua cidadania.

As internações continuam sendo indicadas, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, havendo permanência do antigo modelo asilar, porém deixa de ser a principal alternativa terapêutica, para ser a última a ser utilizada e somente quando todos os outros recursos e possibilidades não institucionais se esgotarem ou em caso de crises agudas.

Outra mudança que se nota é em relação à finalidade do tratamento, o qual passa a ser a de reinserir o paciente em seu meio social, a partir de serviços que auxiliem atingir esse objetivo, como a assistência multidisciplinar (acompanhamento psicológico, terapias ocupacionais, serviços médicos, de lazer, entre outros).

As terapias ocupacionais explicitadas desde os estatutos do Hospício de Pedro II e os Decretos acerca dos alienados e psicopatas, tinham como objetivo apenas o auxílio na eficácia do tratamento e para destinar parte da verba do produto desses trabalhos como fundo de reserva, caso o interno deixasse a instituição. Era uma atividade que ocorria dentro da instituição. Não tinha a priori a intenção de desenvolver a autonomia dos internos.

As atividades ocupacionais para os internos consistiam em atividades com trabalhos manuais (costura, jardinagem, lavagem e engomagem de roupas, sapataria, alfaiataria, marcenaria, floricultura, entre outros). Os trabalhos eram divididos tanto por aptidão, como por sexo, como explicitado no Art. 73 do Decreto de 1.911, o qual determina que as oficinas femininas seriam de responsabilidade das inspetoras.

Para além das atividades acima descritas, havia ainda nos estabelecimentos aparelhos para os internos praticarem exercícios físicos, biblioteca, diferentes jogos e instrumentos de música, para que os pacientes não ficassem o tempo todo na ociosidade.

Atualmente, as atividades ocupacionais são vinculadas a projetos baseados na Economia Solidária, fazendo parte de processos educativos e que despertem a criação e habilidades dos associados em vários níveis (sociais, cognitivas, entre outras). Além

dessas atividades criaram-se espaços para atividades e serviços de promoção da saúde dos portadores de transtornos mentais, proporcionando lazer, interações sociais, dentre outros aspectos. Esses locais que foram legalmente nomeados como Centros de Convivência e Cultura, são:

I – [...] são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade; II - Os Centros de Convivência e Cultura, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade, facilitam a construção de laços sociais e inclusão da pessoa com transtornos mentais (BRASIL, 2005)

Em Goiânia podemos destacar dentro dessa abordagem, o projeto Gerarte³⁰ e o Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca³¹, sobre os quais falaremos mais adiante.

No passado a internação era regra, e o cerceamento dos doentes mentais acontecia com muita frequência, havia uma amplitude naqueles que poderiam requerer o tratamento asilar: pelos ascendentes ou descendentes dos enfermos, pelo cônjuge, tutor ou curador e até mesmo por chefe de corporação religiosa ou de beneficência. Quando os enfermos davam entrada, inicialmente de forma provisória, nos Hospitais, permaneciam alguns dias até que se verificasse e confirmasse a sua condição de alienado. Somente nos casos dos indigentes é que havia a obrigatoriedade de uma exposição dos fatos que comprovassem a alienação e dos motivos determinantes para a sua detenção. Em relação ao laudo médico afirmando a doença mental, este não era um item obrigatório, mas que podia constar na admissão do enfermo, sempre que fosse possível. Com a instituição da Lei 10.216, os casos de internação deveriam ser precedidos de laudo médico e a internação passou a ser indicada somente em casos críticos e de crises agudas, invertendo a lógica anteriormente estabelecida. Essa nova

³⁰ Associação de Trabalho e Produção Solidária da Saúde Mental de Goiânia

³¹ Espaço aberto para todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município, no qual o atendimento é realizado de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas. Os usuários podem ter acesso espontaneamente ao Cuca Fresca ou serem direcionados por outros serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo. Além de ampla área de convivência, disponibiliza pebolim, mesa de ping pong e jogos de tabuleiro, computadores com acesso à internet e três salas multiuso. Inicialmente o corpo técnico da unidade é composto por psicólogos, musicoterapeuta, arteterapeuta, profissionais de educação física e assistentes administrativos. Criado em 2012, o Cuca Fresca teve as atividades suspensas em setembro de 2016, ainda na gestão anterior e foi reaberto no final de novembro do ano de 2017.

proposta de ação vinculou-se à diminuição gradativa de leitos e hospitais psiquiátricos e o investimento nos tratamentos extra-hospitalares.

Com a implantação do novo dispositivo legal, os tipos de internação passam a ser classificados como:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Segundo Delgado:

Os hospitais que realizam a internação contra a vontade do paciente deverão encaminhar tal comunicação aos setores do Ministério Público Estadual, em geral as áreas de Defesa da Cidadania ou, dentro desta, a área específica da saúde. Uma normativa mínima, com o modelo de formulário para a notificação, está sendo encaminhado pelo Ministério Público às Secretarias Estaduais, para distribuição aos pólos de emergência ou serviços de internação psiquiátrica. Deve ser ressaltado que uma internação voluntária pode tornar-se involuntária e, se ficar assim caracterizada, também deve ser objeto de notificação ao Ministério Público Estadual (2001, p.285-286).

Verifica-se neste dispositivo da Lei que os pacientes ainda encontram-se subordinados e:

A tipologia apresentada nos faz refletir sobre o poder do Estado e outros (terceiros) de limitar o direito de ir e vir destas pessoas, uma vez que existem duas possibilidades desta internação ao incidir sobre as mesmas independentemente de sua vontade. Podemos dizer que a estes usuários é concebido o direito de escolher a internação, sendo negado o direito de rejeitá-la (SILVA et al., 2012, p.9).

Em se tratando da internação compulsória (determinada judicialmente), quando o portador de transtornos mentais comete algum tipo de infração, a Lei 10.216 não detalha este item, contando apenas de forma sucinta nos art. 6º (já mencionado anteriormente) e no art. 9º que nos esclarece que:

A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2001).

Desde o projeto inicial de Delgado, até sua redação final em 2001, o Deputado não teve a pretensão de ponderar aspectos do Direito Civil, Processual Civil e Penal, acerca da interdição do paciente psiquiátrico, uma vez que:

Era prioritário, inicialmente: inaugurar a reorientação política sanitária hospitalocêntrica; afirmar a compatibilidade entre cidadania do paciente e tratamento, como norte ético da reforma, e garantir que a internação psiquiátrica deixasse de se fazer no vazio normativo e ao largo dos dispositivos de defesa da liberdade individual. Os 3 artigos inaugurais, que resultaram no texto legal aprovado em 06/04/01, abriam caminho para as demais iniciativas de mudança no conjunto de leis aplicáveis à condição do louco na sociedade. Estas outras iniciativas são tarefas em curso, exteriores à lei recentemente aprovada, mas intrínseca ao vasto programa da reforma psiquiátrica, e que enfrentam dificuldades previsíveis (DELGADO, 2001, p.287).

Temos a clareza neste ordenamento jurídico (Lei nº 10.216) de que enfoque anterior que era a de proteger a sociedade, excluindo os portadores de transtornos mentais é alterado para a preocupação em se vislumbrar estes indivíduos enquanto sujeitos políticos, possuidores de deveres e direitos e ainda buscar criar mecanismos para sanar suas necessidades. O objetivo da assistência à Saúde Mental se propõe ir além do controle sintomático dos transtornos e sofrimentos mentais, abordando também uma preocupação com a cidadania e com a reinserção social do paciente psíquico.

Sobre a internação involuntária, no parágrafo 2º do Art. 8º da Lei Paulo Delgado, prevê que o término desta se dará através de solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando for estabelecida pelo especialista responsável pelo tratamento. Assim sendo, fica claro que o próprio paciente não pode refutar sua internação, ferindo o desenvolvimento da autonomia do sujeito, mas ainda com toda problemática que é suscitada em debates acerca da Lei e sua implantação, observa-se que houve uma mudança considerável na alteração acerca da cidadania e ampliação do acesso à Saúde Mental e sua Rede de Atenção Psicossocial.

Portanto, 10 anos depois, se a lei se consolidou e se legitimou, através da implantação real de boa parte dos seus mandamentos, o embate ideológico e de modelos de atenção persiste e a agenda política de defesa dos princípios da lei permanece atual (DELGADO, 2011, p.119).

Portanto o Direito se estabelece como um instrumento catalizador de uma missão imprescindível para garantir dentro da nova dinâmica das políticas públicas, e na medida em que permite criar mecanismos e instrumentos que levem a garantias de cidadania (em seu sentido amplo) do portador de transtornos mentais e a defesa dos direitos humanos. Além disso, faz-se necessária uma articulação de outras áreas de conhecimentos (Psiquiatria, Psicologia, História, Sociologia, Assistência Social, dentre outros), assim como o envolvimento de diversos setores da sociedade e atores sociais, para que de fato a assistência à saúde mental se estabeleça quantitativamente e qualitativamente, pois uma Lei só se efetiva na prática, quando há um esforço conjunto.

CAPÍTULO II

Novos Instrumentos de Atendimento em Saúde Mental

2- Abordagem Histórica das Instituições de Atendimento em Saúde Mental em Goiás

No cenário especificamente na Cidade de Goiás, que é até hoje conhecida até os dias de hoje como a "terra dos bobos", percebe-se através do estudo de Meireles, que os "bobos"³² estavam inseridos na cultura. A autora nos narra que a comunidade local estabelecia uma relação ambígua, onde estes eram ora hostilizados, ora defendidos.

Se vive na intimidade de uma família ou nas praças públicas, é e não é valorizado; é insubstituível, mas pode ser substituído. É objeto sexual, mas também objeto de repulsa e escárnio; é portador de afetos e violências, de trocas e exigências, de piedade e castigos (2014, p. 26).

Como notamos na citação acima, muitos perambulavam pelas ruas, ou viviam com seus familiares, o que não era diferente de outras partes do Brasil. Em Goiás, os "bobos" cumpriam um papel social, nas famílias era comum haver um desses "tipos" sob seus "cuidados", já que se valiam de suas deficiências para obter seus préstimos domésticos de variados tipos. Muitos eram "adotados em massa pelas famílias, para cumprir o papel de serviçal em casa" (VALDEZ, 1999, p.59). Em troca de seus serviços, recebiam roupas, comida e muitas vezes, até moradia. Uma das atividades mais recorrentes praticadas pelos bobos, especialmente em Goiás foi a de carregar água para as casas:

A contingência secular de necessitar a população de um exercito de baldeadores de agua, deu lugar a que surgisse uma estranha instituição nitidamente local – o bôbo. Caracteriza-se esta instituição pela tendência comum, verificavel em muitas das familias goianas, de manter cada uma delas um bôbo – mentecapto, idiota, imbecil – para o serviço de transportes domésticos, especialmente o de água (TEIXEIRA, 1933, p.115).

³² Termo datado o qual a autora utiliza para definir deficientes mentais com grau leve a muito elevado, aqueles que possuem deficiência física, mas que podemos acrescentar como sendo tolos, tontos, incapazes e ainda, tomamos a liberdade de incluir nesse rol, o alienado mental.

Os bobos faziam parte de várias atividades do cotidiano social, encontravam-se inseridos na cultura mais tradicional de Goiás e segundo Meireles, estes eram personagens importantes que participavam do “desenrolar dos argumentos familiares e públicos do cotidiano de suas cidades mais antigas, de grande importância histórica para o estado, convivendo de maneira indiscriminada e naturalizada em seu meio social” (2014, p.25), e por outro lado, posteriormente:

Representavam o medo e a desordem, afrontando assim, a pretensão de se produzir o imaginário de uma cidade harmoniosa. Logo, em função da pretensão de se criar uma cidade ordeira, essas pessoas foram sendo excluídas das suas relações sociais nas ruas e inseridas nos espaços de controle, representados pelas casas de caridade, cadeias, colônias para leprosos ou alienados (SANTOS, 2018, p.116).

No século XIX, foi determinada a Criação do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, no ano de 1825, o qual era o responsável de atender a demanda de toda província goiana, inclusive dos alienados. O hospital era:

... diferente das Casas de Misericórdia, em que o atendimento hospitalar era complementar, constituindo apenas de suas obras. Em Goiás, o hospital, como o eixo central no que se refere à assistência social, abarcava funções e princípios caritativos cristãos, recolhendo alienados, menores abandonados, assistindo aos encarcerados, doentes e necessitados e, posteriormente, enterrando gratuitamente os indigentes. Prestava amparo material e espiritual à comunidade na vida e na morte (MAGALHÃES, 2004, p. 662).

A única instituição de saúde para atender toda a província, nasceu da necessidade assistencial aos enfermos, especialmente os mais pobres e tinha caráter caritativo cristão, fortemente influenciado pela Igreja Católica, já que na época pregava-se que a partir da ajuda ao próximo, através de doações e esmolas, os pecados seriam perdoados e também servindo de proteção contra a morte. E foi justamente em função das doações (comerciantes, fazendeiros, funcionários públicos, maçons) que sua edificação e funcionamento puderam se efetivar. Todavia passava por dificuldades financeiras e em 1849, quase fecha suas portas por motivos do atraso do repasse de verbas.

Em 1848 o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara passou a ser regido pelo Regulamento Provincial nº 1, de 5 de setembro do mesmo ano, que reduziu o número de componentes da junta administrativa de seis para cinco membros.

Embora os efeitos desses novos tempos pudessem ser averiguados na contabilidade mais organizada, os recursos disponíveis para o hospital eram irrisórios diante de suas imensas necessidades. A situação piorou em 1849, época em que o hospital quase fechou as portas em razão do atraso do repasse da dotação provincial decorrente da sua inexpressiva arrecadação. Nessa circunstância, a solução foi recorrer mais uma vez ao expediente das esmolas. ...Mesmo gerenciando um precário orçamento, piorado pelos atrasos no repasse da dotação provincial, a junta diretora conseguia a duras penas administrar o nosocômio, graças ao deferimento do pedido de auxílio de uma loteria para as obras do hospital e a competência para possuir bens de raiz até a quantia de 20 contos de réis. Os administradores pretendiam aplicar parte desse recurso na construção de um novo hospital em local que melhor preenchesse as condições higiênicas para seu estabelecimento (MAGALHÃES, 2004, p.669).

Neste período, a medicina tinha como intuito a higienização social e o hospital cumpriria este fim. O atendimento aos pobres e aos portadores de moléstias como a lepra, contribuiu para limpeza social, já que o isolamento era um recurso terapêutico utilizado.

Em Goiás, o discurso normativo do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara seguia a estratégia de: “disciplinar o trabalhador para as novas relações sociais no espaço da cidade. Seria necessário evitar a mendicância e o amontoamento de pessoas pelas praças e ruas, o que poderia facilitar a proliferação de doenças e impedir a circulação do ar” (MORAES, 1999, p.135). O medo do perigo das aglomerações que poderiam gerar risco de contaminação, contribuiu para que fossem tomadas medidas higienistas, inclusive dentro da própria instituição que separava os doentes que eram afetados por doenças contagiosas dos demais. Podemos afirmar, a partir das explicações acima, que o tratamento destinado aos alienados em Goiás, encontrava-se em consonância com o que ocorria no Brasil, como nos afirma Moraes:

No hospital, buscava-se uma total mudança de hábitos e costumes enraizados não somente na região dos guayazes, mas em todo o país. Ele se tornou uma escola, um local onde se ensinavam bons hábitos individuais de higiene física e mental, para serem difundidos no espaço privado popular. Os doentes seriam os privilegiados por desfrutar de tanto conforto ou de tais hábitos (1999, p. 142).

Ainda em Goiás, mais especificamente no subúrbio da Cidade de Goiás, em 25 de julho de 1909, houve a inauguração do Asilo São Vicente de Paulo, que “visava abrigar os pobres e os indigentes que se amontoavam nas praças, becos e vielas da antiga capital de Goiás” (SOUZA, 2014, p. 15), havendo também, segundo o mesmo autor, dois cômodos seguros para a acomodação reclusa daqueles afetados de alienação mental.

A literatura goiana³³ é rica ao narrar os populares bobos, a qual destacamos como exemplo, o conto de Bernardo Élis, intitulado de André Louco. A narrativa traz à tona a figura de um “louco”, a sua exclusão social e o estigma. O aprisionamento dos “loucos” era praticado comumente nas terras goianas. Tanto que na estória, André é acorrentado na cadeia da cidade e depois levado para o sítio da família onde:

(...)os irmão de André prenderam-no ao moirão do curral, pela corrente que ele trazia ao tornozelo. Ali passava o dia inteiro gritando, arranhando o chão, andando em torno do toco. Ali defecava, mijava. Ali caíam detritos alimentícios. Tudo isso formava uma lama fedorenta, em que o louco chafurdava. Vinham porcos e cachorros famintos disputar aqueles restos de comida e o demente se divertia em pegá-los e matar. (ÉLIS, 1978, p.46)

Neste caso ficcional podemos observar claramente que o cárcere tinha como função: retirar o indesejável da sociedade, o que acontecia na vida real. Esta obra nos apresenta um lado da loucura em Goiás.

No século XX o atendimento dado aos doentes mentais passava por questionamentos, especialmente na Europa e nos Estados Unidos. As críticas recaíam sobre as superlotações das instituições, aos longos períodos de internação e ainda a ineficácia dos tratamentos, até então utilizados. Este movimento ficou conhecido como Higiene Mental.

No Brasil, este movimento ganhou corpo com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, no ano de 1923, na cidade do Rio de Janeiro, orientado pelo psiquiatra

³³ Segundo Souza: na literatura goiana podemos relembrar os tipos populares vilaboenses: Mané Pula Pula, Hilário Biscoito, Mané Boi, Maria Sete Saias, Xará, entre outros. (2014, p.107)

Gustavo Riedel³⁴. Buscou-se com isso a modernização do atendimento psiquiátrico, como forma de aprimoramento na assistência aos doentes mentais. (COSTA, 1976).

Essa entidade civil era composta pelos mais importantes psiquiatras brasileiros da época e subsidiada pelo governo federal.

A Psiquiatria com sua pretensão de intervir para a recuperação e melhoramento de “raças”, torna-se aliada do Estado com a finalidade de controle social e no desenvolvimento de uma nação próspera e moderna. A Liga Brasileira de Higiene Mental entendia a doença mental como sendo de ordem hereditária e “cujo objetivo inicial era melhorar a assistência aos doentes mentais, renovando os quadros profissionais e os estabelecimentos psiquiátricos.” (OLIVEIRA, 2012, p. 164). As ações propostas e implantadas pela Liga “aos poucos se deslocam do ambiente interno (hospício) para o ambiente externo (sociedade), desenvolvendo ações de cunho preventivo da psiquiatria nos ambientes de educação, profissionais e sociais, ampliando seu campo” (SILVA & HOLANDA, 2014, p. 139).

A partir de 1926, a eugenia, começou a ser perseguida no país e sob sua égide que a psiquiatria brasileira se estabeleceu. Este termo foi criado por Francis Galton (1822-1911), para designar o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações, seja física ou mentalmente.

Nos anos 30, segundo Amarante (2014, p. 78-79), a psiquiatria acreditou ter finalmente encontrado a cura para as doenças mentais, com as novas técnicas desenvolvidas, como: aplicação do choque insulínico, o uso do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias.

O asilamento continua frequente na década de 40, e no Brasil, ampliam-se vagas e são implantadas novas e modernas instalações com centros cirúrgicos para se efetivar as lobotomias e posteriormente (década de 50) aparecem os primeiros remédios

³⁴ Foi membro titular da Academia Nacional de Medicina e médico do Hospício Nacional de Alienados até 1918, quando passou a substituir Braule Pinto na direção da Colônia do Engenho de Dentro. Em 1918, criou o primeiro ambulatório psiquiátrico do Brasil e da América Latina. Um de seus trabalhos inovadores foi o de acolhimento de pacientes que não necessitavam de internação ou apenas de internação de curta duração, que foi criado antes de outros serviços semelhantes na Europa. Em 1919, fundou o primeiro Instituto de Profilaxia Mental na América do Sul. Inaugurou o Serviço de Assistência Familiar, com a implantação de casas para a convivência do corpo médico e de pacientes. Em 1921, criou a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Foi o primeiro presidente/fundador da Liga Brasileira de Higiene Mental.

desenvolvidos para o tratamento de sintomas positivos das psicoses (alucinações e delírios), os quais segundo Amarante, a postura no uso desses medicamentos nem sempre é:

Tecnicamente orientada, muitas das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou as suas limitações, quando não como mecanismo de repressão e violência, ou ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (2014, p.79).

Em Goiânia, no sentido de se estabelecer a ordem, vigilância, domesticação juntamente com a pretensão de modernidade e civilização, os “tipos de rua” vão desaparecendo:

Vão se acabando os nossos tipos de rua. Não se veem hoje, como outrora, os “Funga-funga”, os “Zé Mangarito”, os “Antônio Louco” e outros, no espalhafato que armavam em plena via pública, cada qual na sua especialidade, acossados pela garotada, e que fazia muita gente vir à janela. Desapareceram (REVISTA OESTE, 07/1942, p. 12).

Percorrendo esta lógica, Silva, L. destaca que em Anápolis, a partir de 1939, em se tratando especialmente da lepra:

[...] empreenderam na cidade uma intensa campanha de divulgação da atividade filantrópica e conseqüentemente do problema da doença, do risco do contágio e da necessidade de isolamento e assistência. Cobravam o sentimento caritativo em relação aos pobres para a diminuição do número de doentes miseráveis nas ruas, que, afirmavam, havia aumentado diante do encarecimento da vida em decorrência da Guerra (2015, p.49).

Esses espaços que recebiam os leprosos, ficavam distantes das cidades, com intuito de afastar esses doentes do convívio social, e o mesmo aconteceu com os desvalidos e com os considerados loucos.

Seguindo o projeto de desenvolvimento e de se estabelecer a ordem, o governo de Goiás documentou o controle e o combate daqueles que contribuíssem com a desarmonia e promovessem tumultos. Legalmente, posteriormente essas ações foram descritas através de uma portaria assinada pelo então chefe de polícia, Ulysses Jayme:

Art. 1º – Fica terminantemente proibida a prática da mendicância, àqueles que a praticam por ociosidade, ou cupidez e ainda mediante a simulação de moléstia ou deformidade. Art. 2º - Fica igualmente proibido a mendicância aos menores, ou em companhia de menores ou de alienados. Art. 3º - Enquanto as instituições de beneficência de Goiânia não atingirem seu objetivo de extinção da mendicância, com o estabelecimento do equilíbrio econômico-social para as classes desvalidas, será ela permitida para as pessoas reconhecida e permanentemente inválidas que não disponham de meios para sua subsistência própria. Art. 4º - Para que possam mendigar os inválidos devem conduzir chapa especial, fornecida pela Polícia Civil do Estado, com os dizeres “Estado de Goiaz – Polícia Civil – Mendigo” e mais o número de ordem, relativo ao portador, fornecido seriadamente pela repartição policial a cada mendigo (GOIÁS, 1948, p.7).

O caráter coercitivo e policial presente no documento é observado nos artigos que definem para os que eram liberados à mendigar (os que realmente necessitassem de caridade pública, como os considerados permanentemente inválidos), a obrigatoriedade de uma sindicância rigorosa e reservada da vida pregressa, que seria de execução do Serviço de Investigação, além de uma placa de identificação pessoal, fornecida pela Polícia civil.

Para além disso, a precaução em relação à saúde pública, com intuito de se minimizar a proliferação de doenças, aqueles que eram liberados para a prática de mendicância, havia a obrigatoriedade de passarem por exames médicos, que deveriam serem feitos na Secretaria de Saúde, e ainda, o fichamento de cada pessoa para a formação de um arquivo, com numeração específica e fotografia para que houvesse um controle e fiscalização mais eficaz. A utilização de menores e alienados para a prática de mendicância, também foi proibida.

A primeira ordenação legal acerca dos psicopatas no Estado de Goiás, foi elaborada em 1947, criando o serviço de assistência aos psicopatas, subordinado ao Departamento de Saúde, com os objetivos de: tratar e assistir as pessoas com perturbações mentais, dar amparo médico social tanto para os que possuíssem tendência a psicopatias, como aquele que tivesse saído das instituições psiquiátricas, defender e proteger legalmente os psicopatas e criar ações de higiene e profilaxia mentais (GOIÁS, 1947).

A terapia ocupacional também estava expressa na documentação, uma preocupação presente desde a fundação do Hospício de Pedro II, o primeiro Hospital Psiquiátrico do Brasil. Este trabalho ocupacional, no entanto não tinha como objetivo a

autonomia e nem o desenvolvimento da cidadania como é o enfoque a partir da reestruturação da Assistência à Saúde Mental e da luta pelos direitos dos cidadãos, buscando garantir dignidade e oportunidades de reinserção social às pessoas acometidas de sofrimento e transtorno mental (impulsionada na década de 1970).

Na segunda tentativa progressista de Getúlio Vargas para o oeste, projeto criado durante a ditadura do Estado Novo, que tinha como objetivo viabilizar a integração econômica, impulsionar a povoação do Centro Oeste e Norte do País para fomentar o desenvolvimento dessas regiões é que insere-se o primeiro Hospital Psiquiátrico edificado em Goiás, no ano de 1954 o Hospital Psiquiátrico Professor Aduino Botelho³⁵ (HPPAB), tinha como objetivo o de tratar exclusivamente os doentes mentais.

No Jornal Folha de Goiás, do dia 02 de abril de 1954, saiu uma nota que destaca a inauguração do nosocômio, um importante passo para a saúde pública do Estado:

As 16:00 horas de hoje será entregue ao Govêrno do Estado, em sessão solene, quando se dará também a sua inauguração, o Hospital Aduino Botelho, construído pela firma especializada, Sociedade Goiana de Engenharia Ltda. Goianiense.

À solenidade estará presente, além do Professor Aduino Botelho, Diretor Nacional de Doenças mentais, patrono do Hospital a ser inaugurado, que chegou ontem à esta Capital e se encontra hospedado em Palácio, o Dr. Miguel Couto Filho, Ministro de Estado da saúde, Sr. Governador do Estado, Secretário da Saúde, além de outras ilustres personalidades do nosso mundo político e social (1954).

A inauguração do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho estava inserida na concepção da caridade cristã, quando no discurso de inauguração, José Peixoto Silveira (Secretário de Saúde do Estado de Goiás) pontua que o amor ao próximo faz parte da intenção dos envolvidos no auxílio dos que seriam atendidos na instituição:

E ao ensejo da inauguração do Hospital Prof^o. Aduino Botelho, eu me felicito, e a todos vós, pela oportunidade que se nos depara, pelo motivo que aqui nos congrega, fazendo-nos vibrar no mais puro e santo entusiasmo, em que nos despersonalizamos, para nos integrar na grande epopeia do amor aos nossos semelhantes. [...] e definem-se os propósitos do Governo de promover o aperfeiçoamento da nossa raça [...] (Folha de Goiás 03/04/1954).

³⁵ Atualmente funciona o CRER- Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, situado na Av. Vereador José Monteiro, nº 1655, Setor Negrão de Lima. Não podemos deixar de pontuar que na época de sua inauguração este local ficava bem afastado da cidade.

Apesar da fala proferida, sabemos que no período em questão, uma das preocupações do governo era a de higienização social, já que ao isolar o louco se evitaria além dessa limpeza, a continuidade e a descendência desse grupo de não adaptados socialmente, minimizando a degeneração da raça, contribuindo no projeto e pretensão da eugenia (do ponto de vista de melhorar as características e qualidades do povo brasileiro). Para os doentes mentais que necessitavam de assistência, o objetivo do Hospício Aduino Botelho era o de possibilitar o auxílio e cuidado daqueles desassistidos.

Segundo Paula:

Durante a pesquisa há a percepção de uma transformação desse cunho a cada década. Têm-se a primeira (1954 – 1964) com a preocupação na proteção da raça, do homem sertanejo; a segunda (1964 – 1974) outros grupos são incluídos provocando um maior controle sobre o comportamento social e a terceira que seria o processo de instalação da luta antimanicomial que culmina no fechamento do hospício. Não há nestes diferentes tempos mudança na identidade em si, mas há a inserção de outros grupos nesta categoria de exclusão, com exceção da luta antimanicomial que promove toda uma mudança na dinâmica da psiquiatria e suas práticas de internação (2011, p.95).

Mesmo com toda essa problemática (ainda que inserida no contexto histórico da época), a inauguração deste espaço para psicopatas foi de grande relevância e expectativas, já que até então, não havia nenhum lugar destinado para tratar os doentes mentais de forma específica.

Ainda segundo Paula valida-se o discurso psiquiátrico a partir da construção e fundação do Aduino Botelho:

[...] há o espaço de poder e o espaço da exclusão e ao mesmo tempo, o espaço da demarcação entre o comportamento normal e o anormal. Vê-se na sua primeira década de funcionamento que o alvo eram as pessoas que não estavam vinculadas ao ideal de nacionalidade, de patriotismo, de trabalho, entre outras particularidades, o que fez a vadiagem e a homossexualidade, por exemplo, serem razões de internação. A vadiagem antes considerada um crime passa a ser também encarada como uma doença, visto que a personalidade apta para o trabalho era a mais esperada da população [...] (2011, p.82).

No dia da inauguração do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, além das solenidades programadas para o dia houve também: “... visita aos diversos serviços de Saúde, bem como uma ‘mesa redonda’. Nessa ‘mesa redonda’, o Ministro da Saúde

abordará com os sanitaristas locais diversos problemas de saúde da região (Folha de Goiás de 02/04/1954)”. Podemos perceber que este momento foi imprescindível para a abertura de discussões e futuro planejamento de ações e políticas referentes à saúde pública de Goiás:

Considerada a maior instituição de melhoramento do Estado e uma das primeiras públicas do Centro Oeste, o Adauto personifica muito mais do que um ideal de saúde ou de cuidado com uma doença, ele se torna a concretização de uma perspectiva cultural, de uma cultura onde o sinônimo de civilizar passa a ser, por um lado, encerrar e por outro, combater aos considerados desviantes. O Adauto representa, portanto, no bojo de uma cultura do encerramento e do controle, o modo como ela opera. Se a cultura é de controle, suas instituições são ao mesmo tempo a produtora do discurso e do combate efetivo aos considerados desviantes: criminosos, mendigos, alcoólatras, loucos e todos os outros anormais possíveis (SANTOS, 2018, p.115).

Quando se trata estritamente da Saúde Mental, em setembro de 1975, em Goiânia, realizou-se o II Encontro de Psiquiatras do Planalto Central, que reuniu especialistas do Rio de Janeiro, Pernambuco, Amazonas, Goiás e Distrito Federal:

A sessão de abertura do conclave está marcada para as 19:00 horas do dia 4, na sede da Associação Médica de Goiás, com a presença do presidente e do secretário geral da Associação Brasileira, Srs. José Lucena e Ulisses Viana Filho, respectivamente (FOLHA DE GOIÁS 31/08/1975).

Neste evento a proposta foi a discussão dos Aspectos Assistencial e Hospitalar, os Progressos da Psicofarmacologia, Saúde Mental e Desenvolvimento, Convulsoterapia versus Psicofarmacologia, Disritmia Cerebral e sua Repercussão nas Neuroses, Aspecto da Moderna Esteotaxia e Cirurgia do Comportamento e Escolas Psiquiátricas e seus Procedimentos. Observa-se o amplo campo da discussão deste evento, e a partir dos temas propostos para o debate, podemos notar a preocupação em se atualizar acerca de elementos constituintes da Saúde Mental.

Com o passar do tempo, as técnicas de tratamento do doente mental começaram a ser criticadas e houve emergência de uma mudança radical no modelo asilar, que pode ser entendido a partir do conceito de instituição total definido por Goffman:

Uma instituição total pode ser definida como o lugar de residência e trabalho em que grande número de indivíduos que se acham na mesma situação, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. As prisões servem como exemplo disso claramente, desde que consideremos que o aspecto característico de prisões pode ser encontrado em instituições cujos participantes não se comportam de forma ilegal (2015, p. 11).

No curta metragem: *Passageiros da Segunda Classe*³⁶ é possível perceber esse modelo asilar a partir da segregação dos pacientes. Esse documentário, narrou através de sons e imagens o horror, do desamparo e da negligência. No início do curta, ouve-se o barulho ensurdecedor de correntes e cadeados dos portões e celas de ferro que lembram as cadeias. É o aprisionamento desumano.



Figura 1- Internos do Hospital Adauto Botelho - Goiânia
<http://lidianacinema.blogspot.com/2013/06/passageiros-de-segunda-classe-verdade.html>.
Acesso em 12 de outubro de 2018.

Ao dar voz aos pacientes, o diretor presta um serviço à comunidade como um todo: denuncia o sofrimento e abandono daqueles que foram trancafiados na instituição. Nos relatos dos internos do Adauto as queixas em sua grande maioria, perpassaram um

³⁶Filmado em 1986 no Manicômio Adauto Botelho e finalizado em 2011, quando o hospital já havia sido demolido. O documentário foi dirigido por Kim-Ir-Sem, Luiz Eduardo Jorge e Waldir de Pina. É uma crítica sobre a forma de tratamento dos doentes mentais e uma possibilidade reflexiva acerca do convívio com a diferença. Considerado um dos mais importantes filmes do cinema goiano e ganhador de vários prêmios, entre eles: Melhor Filme Goiano no FICA 2001; Melhor Filme no Festival de Campo Grande em 2002; Melhor Filme 16 mm no Festival de Brasília em 2001.

eixo em comum: o esquecimento e a rejeição que sofreram por parte de seus familiares, principalmente o enfeitamento de pais e mães.

O olhar sem brilho e perdido de muitos pacientes demonstra a apatia, adormecimento e o desespero. Muitos ficavam sentados ou deitados no chão sujo, debaixo de chuva e sol, enquanto outros andavam em círculo e sem rumo naquele espaço restrito, não só geograficamente falando, mas principalmente limitado de afeto e acolhimento.

As cenas dos internos sendo submetidos ao tratamento de eletrochoque são as mais impactantes e podemos observar que era uma prática corriqueira e aplicada habitualmente. Era tão frequente e se tornou tão banal, que em uma das cenas, um dos homens que participa da sessão de eletrochoque, simplesmente sorri.



Figura 2 - Sessão de eletrochoque no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho
Cena do Filme: Passageiros da Segunda Classe
www.kimage.com.br. Acesso em 12 de outubro de 2018.

Foi filmado em preto e branco, motivo pelo qual acreditamos, que a utilização deste recurso fílmico serviu para intensificar a ideia de sofrimento da realidade cotidiana que os asilados vivenciavam. A realidade nua e crua se encarregava de lhes tirarem os

sonhos e desejos de uma vida na qual tivessem afetos e fossem tratados com dignidade, a vida não tinha o “colorido” de momentos felizes e de liberdade.

Apesar do cinema e da fotografia terem sido criados em preto e branco, a utilização desse recurso ou estilo é uma questão de opção, já que na atualidade há uma preponderância no emprego de cores. Essa escolha da ausência de cores na estética fílmica, está vinculada à narrativa e suscita outras relações com a realidade, despertando diferentes sensações no espectador, levando-o a sair de sua zona de conforto ao se deparar com cenas chocantes, que via de regra não fazem parte de seu dia-a-dia.

O documentário *Passageiros da Segunda Classe*, percorre o mesmo caminho do documentário brasileiro, feito em 1979 pelo cineasta Helvécio Ratton³⁷, que mostra o cotidiano dos pacientes internados no Hospital Colônia de Barbacena. Outra obra que optou em utilizar o preto e branco (imagens fotográficas), foi Daniela Arbex³⁸ em seu livro: *Holocausto Brasileiro*³⁹, que faz um resgate da instituição asilar de Barbacena, na qual a autora traz à tona o evento catastrófico e seus traumas com marcas indeléveis que não devem ser esquecidas. É um testemunho do horror de um campo de concentração travestido em uma instituição psiquiátrica. Três anos após seu lançamento, esta obra inspirou a criação de um filme-documentário⁴⁰, que leva o mesmo nome da obra de Arbex, disponibilizado pela HBO e atualmente também com acesso livre na internet.

Dentro da narrativa presente na obra de Daniela Arbex (2013), podemos observar a problemática dos tratamentos cruéis vivenciados pelos internos, os quais muitos eram deixados ao relento, ou vestiam trapos, morriam de fome, frio, doenças e por conta dos choques usados na eletroconvulterapia aplicada indiscriminadamente

As imagens de horror, uma memória de alheamento social e de dor indizível são elementos constitutivos das quatro obras supracitadas, que ao tornarem-se públicas, ganha trajeto próprio, o qual sofre múltiplas interpretações/questionamentos em virtude da subjetividade de cada espectador/leitor.

³⁷ Na época das filmagens do documentário *Em nome da razão*, Helvécio (30 anos), era estudante Pontifícia Universidade Católica (PUC- Minas) e cursava Psicologia.

³⁸ Jornalista que escreveu o livro *o Holocausto Brasileiro*, resgatando o esquecimento de uma das maiores barbáries que ocorreu no maior hospício brasileiro, o Colônia de Barbacena (cidade localizada em Minas Gerais).

³⁹ Lançado em 2013, o livro documentou o que se praticou no Hospício de Barbacena, que levou ao genocídio de aproximadamente 60 mil mortes durante seu tempo de funcionamento.

⁴⁰ Este documentário de 2106 encontra-se disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5eAjshaa-do> e narra os horrores do Colônia de Barbacena, onde ocorreram mais de 60 mil mortes durante os anos de seu funcionamento, descrevendo todo o sofrimento dos internos, através de pessoas que presenciaram e vivenciaram toda essa história de perto.

Ao assistir o documentário *Passageiros de Segunda Classe*, que narra a condição dos doentes mentais até o fim de 1980, o barulho das celas de isolamento e gritos de momentos de desespero dos pacientes provoca um desolamento imediato ao espectador. Nos relatos podemos ver a essência de experiências permeadas pela solidão e sede de solidariedade e humanização, daqueles que ainda conseguiam externalizar suas aspirações e histórias de vida, no entanto, dimensionar a dor, a degradação e o abandono total das pessoas que perderam sua condição humana em instituições psiquiátricas (verdadeiros depósitos), é impossível.

Os internos eram submetidos ao confinamento, crueldade, abandono, falta de higiene, sessões de eletrochoques, ou seja, um tratamento ainda longe de padrões humanizados, não havendo preocupação alguma com a cura desses pacientes, dos quais muitos viviam dopados. Seu fechamento deu-se em 1994 sendo destruída sua estrutura física, no ano de 1997. Porém não podemos e nem devemos apagar os erros do passado de nossa memória. É preciso lembrar para não nos esquecermos que este espaço e as práticas que nele existiam, contrariam os direitos humanos dos portadores de doenças mentais.

Aqueles que vivenciaram memórias traumáticas carregam cicatrizes, mesmo que não se falando no sentido literal da palavra, que perduram durante toda a sua vida. O silêncio do ausente e excluído socialmente é preciso também ser ouvido e levado em conta. Vivências traumáticas também geram silenciamentos. Assim, essas obras (que tratam daquilo que não “poderia ser dito”), de um modo geral desvelam os tratamentos indignos e desumanos, causando repulsa, aversão.

Não que exista um limite técnico para se descrever um evento catastrófico: a questão é que, por um lado esta descrição será sempre parcial, por outro, ela nunca poderá dar conta da experiência do sobrevivente (SELIGMAN-SILVA, 2006 p.210-211).

No entanto, mesmo que a descrição se dê de maneira limitada, é importante que não nos utilizemos desse empecilho para nos impedir de dar voz aos que vivem à margem da sociedade. Podemos citar, por exemplo a contribuição de Roy Porter nesse sentido. Ele foi um dos pioneiros responsáveis no que diz respeito aos estudos acadêmicos da História da loucura entre os historiadores, desenvolvendo uma história da psiquiatria situada e vinculada à arte e à filosofia, dentro do contexto histórico de cada época e levando em conta o olhar do próprio “louco”.

Em sua obra *“Uma História Social da Loucura”*, o autor investigou os pensamentos e sentimentos de uma quantidade significativa de pessoas que consideradas loucas nos séculos passados, através de escritos autobiográficos. Na tentativa de “revelar as profundezas ocultas de suas doenças mentais; algumas vezes, absolve-os completamente da loucura” (PORTER, 1991, p.7), o autor utilizou o tripé: linguagem, história e cultura para, através dos testemunhos, trazer à tona essa categoria de invisíveis sociais. Para ele:

Quando lemos escritos dos loucos, temos uma visão ampliada daquilo que pôde ser pensado e sentido num universo à margem. Poderíamos comparar isso ao modo como os historiadores da cultura popular nos aconselharam a ouvir, com simpatia, as linguagens populares dos graffiti, trocadilhos, o saber e a linguagem dos colegiais ou as cosmologias dos heréticos recitadas durante da Inquisição.

É interessante salientar que, em Goiás:

Até a construção do Hospital Psiquiátrico Prof^o. Aduino Botelho em Goiânia, a categoria louco não fazia parte efetiva da realidade do estado, não havia local de legitimação do discurso excludente. Sendo assim, arrisco aqui a dizer que não haviam determinados comportamentos regidos por normas de um saber científico, que estabelecesse padrões. Sem os espaços de emissão e legitimação do discurso excludente/enclausurador não há categorização de louco e conseqüentemente a produção da loucura institucionalizada. É fato que indivíduos que se relacionam acabam por criar normas de convivência, que abarcam também os comportamentos. Porém, não funcionam enquanto um saber institucionalizado, sendo assim, passam a ser adaptadas nos diversos contextos sociais (PAULA, 2011, p.47).

Com a construção do Hospital Psiquiátrico, o doente mental passa a ser categorizado e classificado, tendo a partir de então um espaço específico no qual passará a viver (fechado/prática da exclusão). A transformação do modelo asilar, descrito acima, demanda uma modificação nos hospitais que insere-se em um movimento mais complexo, a desinstitucionalização. A exclusão em relação ao corpo social pelo qual o paciente mental submeteu-se (e muitas vezes, ainda hoje é submetido), independe do espaço que se encontra:

O Aduino significaria, ainda, a tentativa de tratar os tipos de rua, de encerrá-los, ação fundamental para a produção da civilização e da ordem social. Havia uma espécie de aclamação para se tratar os bobos, os psicopatas, e outros anormais (SANTOS, 2018, p. 135).

Porém, o Hospital Aduino Botelho, era o único Hospital Psiquiátrico Público e seu fechamento, apesar de ter sido um grande passo para a desinstitucionalização, proposta pela Reforma Psiquiátrica, tornou emergencial a criação e implementação de uma rede substitutiva de atenção para pessoas acometidas de transtorno mental.



Figura 3 - Ruínas do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho

<http://lutaenoticia.blogspot.com/2016/07/o-pesadelo-de-goias.html>. Acesso em: 11 de novembro de 2018.

2.1- Implantação dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental à Luz das Legislações

No Brasil, a crise relativa à assistência em saúde mental se agravou em 1979, no governo de João Baptista de Oliveira Figueiredo, período em que o País iniciava sua abertura política (processo de redemocratização). Vários segmentos da sociedade se uniram e promoveram diversos eventos para discutirem acerca da assistência

psiquiátrica. Neste bojo, criou-se o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que contou com a participação popular, inclusive de familiares de pacientes.

Este movimento propôs uma discussão pautada na conscientização de um novo olhar em relação aos portadores de transtornos mentais e ainda buscou reformular técnicas e tratamentos, dentro e fora das instituições psiquiátricas, tornando-se um marco fundamental para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que é definida como sendo:

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).

Este processo político complexo, que busca abarcar toda a sociedade, vai gerar uma dupla repercussão, que segundo Souza et al (2009, p.125), relaciona-se por um lado na alteração do foco central da atenção psiquiátrica, até então pautado no hospital psiquiátrico e por outro, busca promover como principal meio de atendimento de um modelo psicossocial em saúde mental, os serviços comunitários. Observamos assim, que torna-se imprescindível que ocorram modificações nas orientações assistenciais, novas abordagens de políticas públicas de modo a efetivar a garantia de direitos dos portadores de transtornos psíquicos. De qualquer maneira, os hospitais psiquiátricos ainda existem no Brasil como espaços de tratamento, mas não se constituem como únicos e exclusivos.

Como propostas de alterações na prática de assistência psiquiátrica, o Poder Público estabelece na Portaria nº 224/1992, as seguintes diretrizes:

Na organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados (BRASIL, 1992, p.1).

A proposta desses serviços é de voltar-se para os sujeitos e não o olhar restrito para a doença em si e somente seus sintomas. O documento citado acima, foi o primeiro a estabelecer critérios para o credenciamento e financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pelo SUS. Observa-se também um redirecionamento dos serviços de Saúde Mental, que passam a ter além do caráter hospitalar, o ambulatorial. Os serviços ambulatoriais são divididos em dois tipos: 1º- nas unidades básicas, nos centros de saúde e em ambulatórios especializados e 2º- nos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS). Já os serviços hospitalares sofrem ampliação e passam a serem classificados em: Hospital-dia, Urgência psiquiátrica em hospital geral, Leito ou Unidade psiquiátrica em hospital geral, Hospital especializado em psiquiatria.

Essas modificações abarcam questões administrativas, estruturais e de prestação de serviços da rede de assistência à saúde mental, configurando-se em novos aparatos que pretendem atender a integralidade do paciente mental e promover o envolvimento da família e o acolhimento dos que procuram atendimento, neste sentido, Merhy defende que: “no campo da saúde, o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado”. (2004, p. 109)

A recomendação dessa nova proposição é que a medicação deixe de se estabelecer como enfoque central de tratamento terapêutico e de cuidado do usuário e que a família participe diretamente nesse processo de cuidado do usuário⁴¹ da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esse cuidado também envolve a participação da comunidade, já que há toda uma preocupação com a reinserção social do portador de sofrimento e transtorno mental.

Na Portaria Nº 3.088 de Dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu Art. 6º, há diretrizes que abordam sobre a equipe atuante na Assistência Mental. Esse grupo de trabalho multiprofissional é responsável por um conjunto de ações de saúde, tanto individual, como coletivo, para promover e proteger a saúde, buscando a autonomia dos usuários e nos determinante e condicionantes de saúde das coletividades.

⁴¹ Nomenclatura utilizada para nominar o paciente mental que é atendido pela Rede de Atenção à Saúde, como uma das formas de minimizar o estigma e o preconceito que ainda persiste em nossa sociedade referente ao portador de transtorno mental.

A equipe multiprofissional deve socializar saberes e intervir terapêuticamente de forma solidária e através do projeto terapêutico singular com os portadores de sofrimentos psíquicos. Este projeto consiste em um:

conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL, 2008).

Este projeto possui quatro momentos essenciais:

O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele. 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor. 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza. 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

Dentro desse programa, observa-se a importância da interação da equipe entre seus integrantes e também com o usuário psiquiátrico para se alcançar o êxito no tratamento. Esta equipe interdisciplinar, dependendo da classificação de cada CAPS pode incluir psicólogos, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, arteterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, pedagogos, professores de educação física, além de técnicos administrativos, entre outros, para o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico severo e persistente. O principal objetivo dos CAPS é:

[...] oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando 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. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos [...] (BRASIL, 2004, p.13).

Nessa dimensão técnico-assistencial, podemos notar que houve melhoria, na qual o avanço é sinalizado pela criação de uma rede de serviços que conceba locais de trocas, de sociabilidade, de acolhimento, de solidariedade, de diálogos e interlocuções de todos os envolvidos no processo médico-terapêutico. A internação deve ser indicada em último caso, quando forem esgotadas todas as outras possibilidades de tratamento nos meios extra-hospitalares. Porém, os locais de internação não deverão ser de caráter asilar e sim constituídos de uma estrutura adequada e com uma assistência médica, psicológica e ocupacional.

Nesta nova proposta de rede deve ocorrer uma conexão e uma multiplicidade nas relações, se constituindo de dimensões interconectadas e não lineares. As redes propõem serviços abertos e articulados entre si e com outros componentes, como os instrumentos disponíveis na comunidade e a atenção básica de saúde. Segundo Yasui:

A equipe é o principal instrumento de intervenção/invenção/produção dos cuidados em saúde mental. Produção que se dá no agenciamento de afetos para produzir vínculos, na negociação de interesses divergentes, na pactuação para um projeto de cuidado, se dá, enfim, nas relações que emergem no encontro entre a demanda e o sofrimento do usuário com o trabalhador com sua subjetividade e sua “caixa de ferramentas⁴²” (2006, p.134).

Ao se propor a nova produção de assistência em saúde mental, fica explícito a importância do acolhimento por parte dos atores envolvidos na configuração dessa nova rede de atenção.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da

⁴² Diz respeito tanto às questões teóricas e conceituais que devem amparar e servir de instrumentos para a reinvenção de novas práticas referentes aos serviços em saúde, tanto no que tange aos espaços coletivos e individuais. (SILVA, 2013, p. 17)

assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004, p.5).

Este tipo de ação era inexistente no modelo médico psiquiátrico, no qual o indivíduo era simplesmente retirado da família e da sociedade e onde havia uma prática apenas de remoção dos sintomas (cura e normalização) que resultavam na cronificação da doença e na dependência de medicamentos, já o acolhimento possibilita que:

[...] se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL 2004, p.18).

Esta modalidade do relacionamento com os usuários também é uma preocupação expressa no Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental apontando que:

Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania (BRASIL, 2001, p.38).

Os cuidados destinados aos portadores de doenças mentais que eram tratados até então no modelo asilar, que permaneceram vigentes durante décadas, tanto no Brasil quanto na Europa se limitavam apenas ao abrigo, ao auxílio religioso e à alimentação.

As mudanças começaram acontecer, a partir da criação do Hospício de Pedro II, um local específico para receber os doentes mentais, que apesar ainda de manter o caráter asilar, passou a ter, mesmo que de forma incipiente, cuidados médicos.

Porém foi somente a partir da década de 70, como já falamos anteriormente, que outra perspectiva centrada na saúde e no indivíduo entrou em pauta, buscando a permanência e inserção do portador de transtornos mentais na comunidade, com o auxílio e utilização de serviços extra-hospitalares. Os serviços passaram a ter como objetivo principal além de uma melhora qualitativa no atendimento, a diminuição de internações em hospitais psiquiátricos, servindo como aparato substituto ao modelo hospitalocêntrico, que reduzia os sujeitos à condição de doente. Posteriormente foi inserido na prática de atendimento, a prática do diálogo, da escuta e do acolhimento aos usuários:

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2004, p.09).

Estabelecer vínculo e ser acolhido se constrói a partir do diálogo, de uma prática que deve ser embasada na empatia e singularidade de cada experiência que o paciente é desafiado a traduzir e evocar, instigados pelos atores envolvidos no processo assistencial de saúde. É um cuidado que deve ser disponível não só na recepção do usuário, mas em todo o tempo em que se estabelecer o atendimento. É o ouvir, é a escuta da subjetividade do sujeito, é a procura da compreensão da pessoa na sua individualidade, tanto na sua complexidade, como também em relação à problemática existencial crítica que o usuário carrega. É um conceito, um termo que não se limita apenas ao descrito acima, mas também deve ser entendido como uma ampliação dos atendimentos e uma atribuição de responsabilidade da equipe multidisciplinar envolvida nas atividades da saúde:

O ‘coeficiente’ de acolhida deveria ser avaliado [...] em uma perspectiva dupla: segundo as possibilidades do acesso de novos e velhos pacientes ao atendimento, e ainda de acordo com a plasticidade do Modelo de atenção. Em outras palavras, conforme sua capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, objetivando sempre dar conta da variedade dos problemas de saúde, da inconstância dos recursos disponíveis e ainda do entrelaçamento da saúde com aspectos socioeconômicos e culturais (CAMPOS, 1997, p.63).

O modelo de atenção, baseado no acolhimento, é um processo que exige a autonomia e a responsabilização da equipe multiprofissional (técnicos, profissionais da saúde, entre outros) presente na rede de atendimento à saúde mental, com o propósito de sobrepular problemas que persistem nos serviços públicos e conduzir soluções criativas, eficazes para superação dos impasses que se impõem. (CAMPOS, 1997, p.64)

Percorrer pelas vias dessa nova proposta de atendimento, é complexo, longitudinal. Ao se buscar a assistência integral e universal de saúde, usuário insere-se num espaço de interlocução, onde ele tem poder de fala. Os atores inseridos neste novo contexto, devem buscar afetar uns aos outros, incorporando relações mais humanas, baseados na prática do cuidado e na apreensão de novos fazeres e intervenções para que o sujeito seja o foco central do processo assistencial. Entretanto, não é uma tarefa fácil e há muitas vezes dificuldades e limitações presentes no dia-a-dia, mas observamos em

várias leituras acerca dessa temática que, apesar de todas as intempéries, está havendo uma melhoria e qualidade no tratamento e nos resultados quando aplica-se a práxis do acolhimento como uma ferramenta intrínseca e ativa de intervenção, pois é a partir da acolhida que ocorre a inclusão social e a construção de uma nova ética que contribui para a quebra de paradigmas, desta forma:

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada a maneira dos trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida para além do processo saúde-doença, como um processo de produção de vida, implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde (MERHY et al., 2010, p.73).

O Modelo Psicossocial busca romper e alterar o enfoque baseado em práticas centralizadas apenas na doença e voltar-se para o usuário, a pessoa com sofrimento mental e toda sua história de vida havendo uma ressignificação do processo do trabalho, edificação e humanização. Esse modelo que propõe a reabilitação psicossocial, tem como objetivo o desenvolver e a ampliar as habilidades humanas, minimizando estigmas e preconceitos e destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo os malefícios, limitações e as dificuldades presentes na vida do portador de transtorno e sofrimento psíquico, para que este encontre meios facilitadores para restituir sua autonomia frente à comunidade. É um trabalho interdisciplinar, personalizado e uma das ferramentas indispensáveis para um que se atinja resultados eficazes e qualitativos na oferta de serviços. Para se constituir enquanto um modelo substitutivo/alternativo há de se romper com o modelo anterior, deve haver contradições e partir de fundamentos e ações que caminhem em sentidos opostos. Segundo Costa-Rosa:

Não será, portanto, com critérios como o de bom ou mau, melhor ou pior, humano ou desumano, democrático ou autocrático etc., que poderemos caracterizar a alternatividade de dois modos de ação em saúde mental. Por exemplo, poderemos concordar que um modelo 'hospitalocêntrico' e 'médicocentrado' é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de 'depositário' que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim

como pode continuar situando-se como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção (2000, p.144).

Não é apenas constatando, identificando as falhas no sistema de saúde, criando novas leis que se implicará que as mudanças ocorram na prática. Faz-se necessário o estabelecimento de uma força tarefa conjunta no cotidiano e no sentido de se produzir e se estabelecer a criação de vínculos com todas as esferas envolvidas (comunidade, profissionais, usuários, agentes públicos, gestores e políticos) para a criação de estratégias que possibilitem uma nova prática de assistência e na prestação de serviços, buscando devolver a dignidade para os portadores de transtornos mentais. Não devemos nos esquecer também que:

[...] cada instituição particular se relaciona com o contexto social em que está inserida, pela via da sua relação com as demais instituições sociais. As instituições de saúde mental mantêm relações diretas com as instituições de saúde em geral, relações mais indiretas com outras como a família, a escola, as instituições da religião e da produção geralmente. Isso faz com que as contradições dominantes no contexto mais amplo sempre acabem produzindo ressonâncias que interferem diretamente, em maior ou menor grau, em cada instituição (COSTA-ROSA, 2000, p.145).

Outro aspecto que é elencado nessa nova forma de organização do sistema público, considerando as diretrizes de criação de vínculos, do acolhimento e a adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis, é a inserção dos serviços na noção de território, utilizado de forma mais ampliada:

Constituído pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (BRASIL, 2004, p.11).

Os serviços substitutivos baseados na noção de território, devem articular-se com diferentes instituições e espaços sociais, a fim de cumprir suas finalidades e têm como base fundamental o modelo psicossocial e a política de desinstitucionalização. Território é um conceito que não deve ser tomado de forma restrita à uma delimitação geográfica, ou ao trabalho numa determinada comunidade:

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente (SANTOS, 2002, p.84).

Em consonância com a afirmação acima, Yasui nos diz que:

O conceito de território é, assim, um objeto complexo que deve ser abordado também na perspectiva de se libertar o conhecimento local, advindo das necessidades locais, das realidades locais. O conhecimento local expresso nas práticas cotidianas, heterogêneas, é o conhecimento que contribui na produção de sentidos, para uma nova semântica do território e de seu viver (2006, p. 121).

Esta prática e abordagem em Saúde Mental é um desafio que ainda hoje se busca alcançar em sua amplitude. Este conceito é citado no dispositivo legal proposto na portaria 224 de 1992, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os quais tornam-se pontos estratégicos e servem de suporte no auxílio das transformações propostas para o processo de Reforma Psiquiátrica e que segundo o Ministério da Saúde:

São instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004, p.9).

Configura-se como um serviço de saúde aberto, comunitário de base extra-hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), destinado para o tratamento e acompanhamento clínico de pessoas que sofrem com transtornos mentais, além de promover a integração, trocas e inserção social a partir de ações no âmbito educacional, de trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Na portaria de n.º 336/02 no parágrafo 2º do artigo 1º aponta que os “CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”, a qual:

Não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações, gerando modos conformados e consumistas de existir. É no território que se exerce o controle das subjetividades. É nele que se instala o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência (YASSUI, 2006, p.119).

Na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, ao descrever acerca de território, o que se leva em consideração é o coletivo e sua maneira de vivenciar e experienciar no mundo, e ainda, o trabalho no território deve levar em conta:

Os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005).

O modelo psicossocial, baseado na rede de atenção à saúde mental, deve ter em vista os fatores psicológicos (comportamento, personalidade, etc.) e fatores sociais (cultura, profissionais da área médica e especialistas, família, etc.) ao intervir no tratamento, no qual o sujeito passa a ser peça central nas ações que visam a melhora de sua condição, incluindo além do cuidado, o acolhimento e o desenvolvimento de sua autonomia. Dentro desse modelo, observa-se a preocupação com a rede social, ou seja, conjunto de todas as relações significativas ou distintas, que os seres humanos estabelecem, as quais contribuem para a construção de identidade, de reconhecimento, geram sentimento de bem-estar, pertencimento e desenvolvimento de autonomia (SLUZKI, 1997, p42). A rede social é fator essencial para a qualidade de vida do indivíduo e proporciona o enfrentamento com as dificuldades, facilitando na solução de problemas e auxilia na reabilitação. No modelo asilar, ao contrário havia pouca ou mesmo a inexistência da preocupação com o sujeito e suas particularidades:

O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto ao contexto social mais amplo, daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele - as

aproximações da família, quando existem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial (COSTA-ROSA, 2000, p.152).

A reabilitação psicossocial é um processo que busca nortear procedimentos que levem pessoas com limitações a desenvolverem a sua autonomia em suas relações interpessoais, no trabalho, melhorar a sua capacidade de aprendizagem, de qualidade de vida e de se adaptarem à sociedade. Essa reabilitação busca em seu cerne, resgatar a cidadania, que leve ao exercício de busca pela recondução das relações e direitos sociais que durante muitos anos na história foram negados aos portadores de transtornos mentais. A atenção psicossocial se dá no cotidiano, através da interação social, do contato humano e do acolhimento, fundamentando-se numa mobilização na qual o portador de sofrimento mental seja protagonista do tratamento.

2.2- O Centro de Atenção Psicossocial em Goiânia- CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS) substitutivos ao modelo asilar e são caracterizados como sendo serviços de saúde de caráter aberto e comunitário realizados de forma prioritária em espaços coletivos. Os CAPS constituem-se em dispositivos que buscam promover atividades de interação e inclusão social, sendo constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a perspectiva interdisciplinar e têm seu atendimento voltado às pessoas com transtornos ou sofrimentos mentais em geral, pessoas com histórico de uso de crack, álcool e outras drogas, tanto em casos de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Este atendimento abarca crianças, adolescentes e adultos (BRASIL, 2011).

Em Goiânia, dentro desta nova dinâmica de assistência à saúde mental, fundamentada na RAPS, existem 9 CAPS (Novo Mundo⁴³, Beija Flor⁴⁴, Esperança⁴⁵, Vida⁴⁶, Água Viva, Ad/ Casa⁴⁷, Girassol⁴⁸, Ipê⁴⁹ e o Noroeste⁵⁰), que são classificados

⁴³ Situado na Avenida Manchester, nº 2000, Jardim das Aroeiras.

⁴⁴ Situado na Alameda Presidente Baldomir, Chácara 7 e 8, Jardim Presidente.

⁴⁵ Situado na Rua Serra dos Órgãos, nº 33, Jardim Petrópolis.

⁴⁶ Situado na Alameda Coronel Eugênio Jardim, Qd 227, Lote 10, Setor Marista.

⁴⁷ Situado na Rua 104, nº 587, Qd F.23, Lote 71, Setor Sul.

⁴⁸ Situado na Rua R.5, Qd R7, Lote 3, Setor Oeste.

⁴⁹ Situado na 9ª Avenida, nº 175, Qd 4, Lote 4, Leste Vila Nova.

⁵⁰ Situado na Rua VMS, Qd 34, Lote 1, Vila Mutirão.

por tipo⁵¹ de atendimento dependendo da demanda dos usuários. Para além desses atendimentos e como estratégia de desinstitucionalização, de reabilitação, existem 6 serviços de Residência Terapêutica⁵², apenas duas unidades de projeto de geração de trabalho e renda (GERARTE), baseado na economia solidária com objetivo de reinserir o usuário na comunidade, 2 consultórios na rua, um Centro de Convivência e Cultura (Cuca Fresca) e um Projeto de Extensão: Saúde Mental na Roda, porém se compararmos com outros municípios goianos que limitam a assistência em saúde mental à atenção básica e aos CAPS, poderemos constatar que Goiânia, apesar de todos os contratempos e mesmo como o baixo número de espaços para as circunstâncias de crises mais agudas, há uma maior diversificação de prestação de serviços implantados.

O primeiro CAPS implantado em Goiânia foi o Novo Mundo, inaugurado no dia 16 de novembro de 2000 e destinado a tratar usuários que possuem sofrimento mental grave, com objetivo de proporcionar um atendimento humanizado e de reabilitação psicossocial, baseado na defesa da liberdade em consonância com a proposta da Reforma Psiquiátrica.

Todos os CAPS, encontram-se situados em locais acessíveis e inseridos dentro da comunidade. São pontos localizados em diversos setores da cidade para maior comodidade do usuário e ainda com pontos de ônibus perto dos CAPS. Diferente da localização dos Hospitais Psiquiátricos que situavam-se em sua grande maioria bem distante dos centros da cidade, ou até mesmo, fora delas, garantindo o distanciamento dos ditos “indesejáveis”.

Em Goiânia, os CAPS desenvolvem ações amplas e diversificadas que englobam o acolhimento, consultas com profissionais da saúde, recebimento de medicações distribuídas gratuitamente, participação em grupos terapêuticos, oficinas, atendimento aos familiares, visitas domiciliares, elaborações e implantações de projetos que visam o desenvolvimento da autonomia e cidadania do usuário, bem como sua inserção na comunidade.

Dentre essas ações, houve a necessidade de se estabelecer parcerias com outras instituições, movimentos e grupos sociais, cooperativas de geração de renda e trabalho

⁵¹ Existem em Goiânia, 4 CAPS do tipo II (atende transtorno mental adulto e apenas um deles engloba grupo de mulheres), 3 (AD) que atende álcool e drogas e transtornos mentais de adultos), 1 que atende álcool e drogas infanto-juvenil, até 14 anos, 1 responsável pelo atendimento transtorno mental infantil.

⁵² São casas de habitação localizadas no espaço urbano, com objetivo de proporcionar às pessoas que viveram longos anos internadas em antigos manicômios (instituições psiquiátricas) e que não têm contato com familiares, o retorno ao convívio social na comunidade ou até mesmo o início de uma nova vida social.

e voluntários para servirem de recursos para que as ações afirmativas e projetos fossem e continuem sendo efetivados, cumprindo a finalidade de se redefinir um novo lugar social para a loucura, garantindo a liberdade, segurança e autonomia dos usuários.

Este novo modelo foi desenvolvido como alternativa de substituição ao modelo médico psiquiátrico e para servir como uma: “estrutura intermediária entre o regime ambulatorial e o hospitalar, cujo modelo de assistência consiste em supervisões por períodos diários de quatro ou oito horas, retornando a suas residências à noite” (MONTANARI, 2005, p.86).

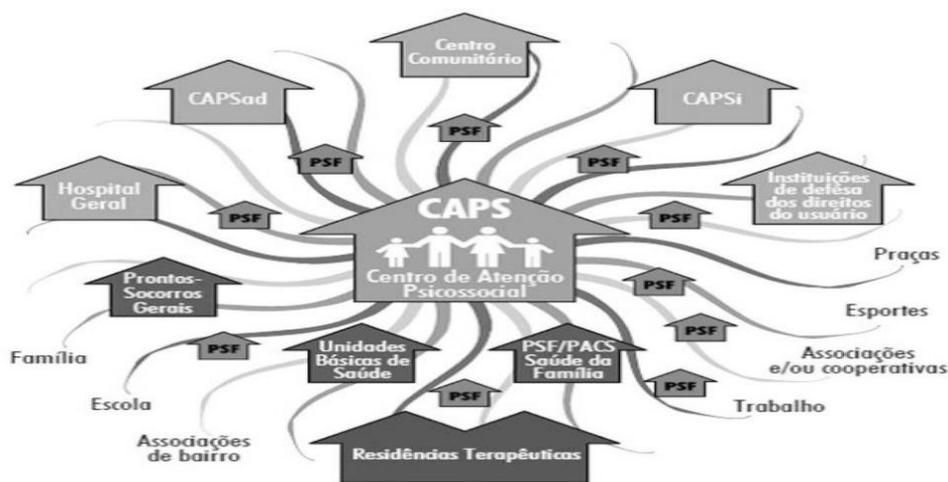


Figura 4- Esquema da Rede de Atendimento à Saúde Mental no SUS implantada no Brasil

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Como podemos observar na figura acima, o CAPS que se constitui como elemento primordial na reestruturação de assistência à saúde mental, se interliga com outros instrumentos, diversas instituições e atores sociais para garantir qualidade nos serviços prestados, mas nem sempre se tem um resultado esperado já que as ações intra e inter-setorial muitas vezes falham em suas articulações e flexibilização.

Essas redes⁵³ de serviços são conectadas e devem servir como espaços de sociabilidade, de diálogos, trocas e não mais de segregação, exclusão e estigmas,

⁵³Conforme Zambenedetti e Silva (2008) “um conjunto de serviços complementares uns aos outros, que devem conformar um sistema, exigindo ordenação, normatização, racionalização. A rede confunde-se com a própria ideia de sistema ou de estrutura e expressa tanto o caráter de fazer circular quanto o de controlar a partir da articulação dos diferentes serviços situados nos estratos do sistema. Não se trata apenas de ter uma rede, mas de funcionar *em* rede, de modo articulado, tendo em vista um viés topológico-espacial”.

constituindo-se de uma luta permanente para uma melhora qualitativa e quantitativa na prestação desses serviços para a comunidade e usuários. Os CAPS de referência, que regulam a porta de entrada para a rede de assistência, também têm como responsabilidade o encaminhamento dos usuários para outros serviços, como por exemplo: Projetos em Saúde Mental, Centros de Cultura e Convivência e as Residências Terapêuticas. Para além dessas atribuições os CAPS também se encarregam de fazer visitas domiciliares, que são solicitadas a partir de denúncias feitas no Ministério Público ou mesmo por necessidades apresentadas pelos usuários dos Caps.

Estes espaços diferem-se das instituições totais que têm:

Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais (GOFFMAN, 2005, p. 16).

Na forma da organização institucional observa-se mudanças do modelo asilar para o modelo psicossocial. O modelo asilar estruturava-se segundo Costa-Rosa (2000), a partir de uma hierarquia organizada de forma piramidal ou vertical, onde o poder institucional movia-se apenas no sentido do topo para a base, no qual poucas pessoas determinavam as ações e muitos obedeciam, havendo um controle centralizado, incluindo ações de interdição de espaços, campos e diálogos referentes aos pacientes mentais, família e comunidade.

No modo asilar são altamente sublinhadas as estratificações de poder e saber, mesmo no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuário e população, que estão excluídos de qualquer participação que não seja a de objeto inerte e mudo (COSTA-ROSA, 2000, p.159).

Quanto a forma de estruturação institucional do modelo psicossocial deve dar-se de forma horizontal, descentralizado e como um espaço de interlocução com ênfase na participação tanto dos usuários, quanto da comunidade de forma geral. O atendimento também não configura-se como único e exclusivo para o portador de sofrimento mental, mas abarca também a família e a participação da comunidade, buscando-se a observação de todas as dimensões envolvidas no sofrimento psíquico (biológica, psicológica, política, social, cultural):

Há no modo psicossocial, quanto a este aspecto, um deslocamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto. A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem (Costa-Rosa, 2000, p.155).

Deve-se buscar nessa nova forma de atendimento, o reconhecimento do encadeamento familiar e social associadas à problemática dos transtornos. E não mais a relação do doente/doença observando apenas o aspecto orgânico.

Os Centros de Atenção Psicossocial são divididos em modalidades e funcionam, pelo menos, de segunda a sexta-feira, e o horário e funcionamento nos fins de semana depende de sua tipologia:

CAPS I, são implantados nos municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Os Centros de Atenção Psicossocial II estão presentes nos municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, e seu funcionamento também se dá durante os dias úteis da semana, podendo estender até as 21 hs. O CAPS III, atende em municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona diariamente, incluindo feriados e finais de semana, no período de 24 horas. O serviço de atendimento CAPSi, é destinado às crianças e adolescentes em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento igual ao CAPS II. O CAPSad foi criado para atender pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas em municípios com população acima de 100.000 habitantes, operando de segunda a sexta, das 8 às 18 horas podendo ser ampliado para um terceiro período, funcionando até 21 horas

Os usuários dos Caps têm direito a receber refeições dependendo do tempo de permanência nesses locais, ou seja, aqueles que permanecem um turno de quatro horas devem receber uma refeição diária; os que ficarem oito horas, podem fazer duas refeições diárias; e os que estão em acolhimento noturno nos CAPS III e permanecem durante 24 horas contínuas devem receber quatro refeições diárias. O tempo estimado e a frequência das pessoas atendidas, dependerá de seu plano terapêutico, da necessidade da assistência, do apoio familiar para que participem das atividades oferecidas

(comunitárias, de geração de renda e trabalho). Porém, muitas vezes a alimentação é restrita e não atende a demanda do local de atendimento.

Os CAPS / NAPS e os outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que tem como objetivo dar um atendimento permanente às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, abarcando tratamentos: intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

O atendimento Intensivo: trata-se de atendimento que precisa ser realizado diariamente e é ofertado quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, quando há emergência de crise e precisa de atenção contínua para superar as dificuldades que se impõem em relação ao convívio social e familiar. Neste caso, o paciente pode permanecer durante o dia todo no CAPS e se precisar pode dormir, quando se tratar de CAPS tipo III.

O atendimento Semi-Intensivo: nesse caso, é prestado ao usuário, quando há uma melhora do sofrimento psíquico, mas este ainda necessita de acompanhamento frequente da equipe multiprofissional para realização do projeto terapêutico que o estruture e desenvolva sua autonomia, podendo ser atendido durante o dia, por até doze vezes no decorrer do mês.

O atendimento Não-Intensivo: destinado às pessoas que necessitam de uma atenção intermitente, já que conseguem desenvolver suas atividades cotidianas de forma equilibrada e o atendimento poderá ser feito em uma frequência menor, em até três dias no mês.

Todas essas modalidades de atendimentos, poderão ser feitas em domicílio e serão ofertados, além dos cuidados clínicos e terapêuticos, a reabilitação psicossocial. Para isso, são diversificadas e amplas as atividades a serem desenvolvidas no CAPS, como está relatado na Portaria SAS/MS nº 336:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do

paciente na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002, p.2).

Em consonância com este dispositivo legal temos ainda a Portaria de nº 251, que dispõe como diretrizes: consolidação de implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra hospitalar articulado em rede diversificada de serviços territoriais; assegurar a diversidade de procedimentos e técnicas terapêuticas, avaliar a participação social a partir de políticas públicas específicas em saúde mental; assegurar a multiprofissionalidade nos serviços prestados pela rede.

No modelo asilar, o trabalho da equipe é: “realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum; o prontuário é considerado o elo de interconexão dos profissionais da equipe” (COSTA-ROSA, 2000, p.153), havendo portanto uma mudança significativa dentro da nova proposta de política de saúde mental, que com os novos serviços criam espaços que favorecem o convívio social e de trocas de experiências, leva em conta as individualidades e subjetividades do usuário, quer dizer, há uma outra perspectiva de se olhar para o paciente psiquiátrico e uma nova abordagem nas práticas terapêuticas e de assistência à saúde mental.

A composição dessa equipe multiprofissional deve ser composta por: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista, educadores e pessoal auxiliar, voltados a trabalhar baseados na integralidade, na noção de rede e território, buscando a participação social e a humanização do tratamento. Esta equipe deve ter caráter interdisciplinar e de trocas a fim de possibilitar qualidade terapêutica e a reabilitação psicossocial, porém o Programa do Ministério da Saúde, ao fazer o levantamento de produtividade dos CAPS, não leva em conta os trabalhos desenvolvidos pelos musicoterapeutas, pelos professores de educação física, pelos profissionais das artes cênicas, ou seja, não são contabilizados, contribuindo na maioria das vezes com uma diminuição considerável nos resultados finais de rendimentos dos Centros de Atenção Psicossocial. Nesse caso, tem que se observar se não há continuidade de uma prática com olhar biológico do sujeito, onde há uma medicalização exacerbada como forma de tratamento.

Não pode-se demarcar as ações somente aos CAPS, pois ao se levar em conta essa ideia pode haver um equívoco na prestação de serviço. Não se pode restringir o Centro de Atenção Psicossocial apenas ao serviço ambulatorial, pois isso pode resultar

novos problemas no processo de desinstitucionalização, é necessário que o conceito de território seja tomado na práxis:

O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (SANTOS, 1999, p. 2).

Conceito este que ao ser adotado em saúde mental, deve tentar transpor as redes assistenciais levando esta a atingir outros aspectos da vida em sociedade, de ações públicas e outros espaços em conexão com a comunidade, não devendo se estabelecer apenas no âmbito do cuidado, ao gerenciamento que fundamentou os serviços de assistência aos portadores de transtornos mentais e muito menos estabelecer na prática apenas uma transferência da responsabilidade e amparo da comunidade na recepção daqueles que se encontravam nos sanatórios.

Os Centros de Atenção Psicossocial, no Brasil, têm crescido desde 1998, mas ainda há uma distribuição desigual nas regiões (mesmo tomando como referência o número de habitantes), e observa-se a insuficiência no atendimento à demanda, que também vem crescendo. Assim, a partir dos estudos fica claro que deve haver progresso no atendimento à saúde mental tanto no aspecto quantitativo, quanto no qualitativo, não podendo deixar de pontuar a preocupação com uma mudança na prática dentro das instituições de atendimento, já que, segundo Costa-Rosa:

[...] poderemos concordar que um modelo 'hospitalocêntrico' e 'médicocentrado' é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de 'depositário' que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim como pode continuar situando-se como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção (2000, p.144).

2.3- Serviço Residencial Terapêutico

No modelo Psicossocial a reintegração dos usuários na comunidade é uma das preocupações do Sistema Único de Saúde (SUS) nesses últimos anos, e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é um dos serviços de assistência em saúde mental que auxilia no objetivo da nova proposta de superação do modelo asilar.

Este serviço foi implantado na esfera do SUS, em 2000 com atualizações pela Portaria 3090/2011. As Residências Terapêuticas:

São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um (BRASIL, 2004, p.6).

Esses espaços, devem configurar-se como pilar tendo como uma de suas características, a interdisciplinaridade, levando em conta a especificidade de cada usuário e também os projetos referentes à coletividade que incluem a construção de vínculos entre os moradores e os funcionários. A questão central de uma RT é a moradia, o viver em comunidade, fora dos espaços destinados aos tratamentos, como por exemplo as unidades hospitalares de saúde mental. Além disso, busca a efetivação da reintegração social da pessoa com transtorno mental, mas não podemos deixar de pontuar o seu caráter terapêutico, já que se configura um projeto do setor da saúde.

A inclusão dos moradores (que geralmente sofreram e /ou sofrem com o abandono de seus familiares, ou mesmo que não tem condições econômicas para custear os seus dependentes), faz parte do processo de inserção progressiva destes na comunidade e é apenas uma parte da reabilitação, na qual deve continuar havendo o acompanhamento no tratamento dos usuários, deve ter continuidade (BRASIL, 2004, p.6). Essa reinserção social encontra-se respaldada também na Lei 10.216, onde nos fala em seu art. 5º que:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2011).

Nessas habitações, os usuários experienciam, readquirem e reaprendem a utilizar espaços e tempo na vida cotidiana fora dos asilos e distintamente da rotina rígida e hermética presente nestes espaços. Eles começam a organizar sua rotina diária, reconstróem sua identidade e passam a ser considerados subjetivamente e dentro do contexto social em que se encontra inserido. A reabilitação está diretamente ligada ao desenvolvimento da autonomia do sujeito e as RTs neste sentido são favoráveis nesse

processo, já que proporcionam a reintegração social dos pacientes, favorecendo o desenvolvimento da autoconfiança. Para o portador de transtorno e sofrimento mental de fato ser reabilitado precisa que haja projetos de intervenção no sentido de se favorecer trocas e relações com outras pessoas, grupos, espaços e instituições.

A Residência Terapêutica deve se constituir um lar e para tal é necessário que haja o acolhimento para se propiciar o desenvolvimento de habilidades sociais e de interações que levem a tolerância, a superação de estigmas e preconceitos. Arbex relata o caso das internas do Colônia de Barbacena, Celita Maria da Conceição e Terezinha, em sua obra *Holocausto Brasileiro*:

Saíram juntas do hospital, de mãos dadas, pelo portão principal do Colônia. Não olharam para trás. Quando se aproximaram da residência terapêuticas eu iam morar com outras cinco ex-internas do hospital, entraram desconfiadas (2013, p.53).

As duas deveriam aprender desde os afazeres mais elementares (noção de higiene, usar talheres, vestir-se, a comer adequadamente em se tratando acerca da qualidade de alimentação, entre outras). Tiveram que tirar novos documentos que lhes trouxe uma identidade e ainda foram incluídas no Programa de Volta para Casa⁵⁴ passando a receber um salário mínimo, mais uma bolsa no valor de 240 reais. Se empoderaram financeiramente e passaram a consumir não só produtos e serviços, mas a sonhar com novas possibilidades que a liberdade trazia-lhes. Por exemplo, Sônia viajou para Salvador, de avião e conheceu o mar. Para ela com certeza, foi mais do que apenas um passeio, foi a descoberta de prazeres até então inimagináveis, começando a ter consciência de sua humanidade, de sua individualidade e de suas potencialidades (ARBEX, 2014, p.53-55). É no cotidiano que o sujeito insere-se na sociedade e toma a posse do seu modo de ver o mundo e toma consciência de sua realidade e desfruta de autonomia.

As Residências Terapêuticas foram instituídas com base legal da Portaria/GM n.º106 de 2000 e são mantidas financeiramente por recursos que eram destinados aos leitos psiquiátricos. Em Goiânia, esta rede de serviço é composta por seis Residências: 1 unidade localizada no Jardim Novo Mundo, 2 unidades no Jardim Petrópolis separadas

⁵⁴ Programa do Ministério da Saúde, instituído em 2003 que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação social destinados aqueles pacientes que tiveram sua liberdade privada por anos de internações psiquiátricas. Este constitui-se como incentivo financeiro, bem como o suporte de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, através da Lei nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003. (BRASIL, 2003)

por Gêneros Masculino e Feminino), 2 no setor Faiçaville, sendo que uma delas atende somente mulheres), e uma na Vila Concórdia (inaugurada em 2015).

A desinstitucionalização tem como uma de suas metas a busca efetiva do regresso dos portadores de transtornos mentais que apresentam gravidade na comunidade, mas o fato de sair dos Hospitais Psiquiátricos e irem para as R.Ts, não é garantia de desinstitucionalização. O morador tem que, além de se apossar desse novo espaço, reconstruir sua vida extramuros. Dentro desta perspectiva o Sistema Único de Saúde vem apresentando propostas, amparadas legalmente, como por exemplo: o programa De Volta Para Casa, programa de reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, assim como o serviço de Residências Terapêuticas que constituem-se como:

[...] alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contém com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004, p.5).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT)⁵⁵, residência terapêutica ou simplesmente "moradia" localizam-se no espaço urbano, o que favorece aos moradores a possibilidade de reinserção social, tendo suporte de ordem administrativa e gerencial dos CAPS que anteriormente ficava a cargo do Abrigo São Vicente de Paulo. Com esta mudança de responsabilidade gerencial, os gestores⁵⁶ dos CAPS ficaram sobrecarregados, já que além de suas atribuições anteriores, adicionou outra não menos importante, que é a de coordenar as RTs.

A inserção em um Serviço Residencial Terapêutico é o princípio de um longo trajeto para a reabilitação progressiva de inclusão social e para que este dispositivo funcione a contento, deve estar interligado à comunidade (de forma ampla) e aos outros serviços da rede de assistência à saúde mental, especialmente com os CAPS.

Os beneficiários que compõe o programa são os portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica, que permaneceram no hospital por falta de

⁵⁵ São divididos em duas modalidades de moradias: as Residências Terapêuticas tipo I, que acolhe no mínimo 4 e no máximo 8 moradores, que são destinadas àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais e as R.T tipo II voltadas ao atendimento daqueles que possuem maior grau de dependência e precisam de uma atenção e cuidados mais intensivos e especificidade. Essas moradias tipo II são compostas de 4 a 10 moradores no máximo. (BRASIL, 2011)

⁵⁶ São responsáveis pela administração da casa, abrangendo a compra de mantimentos e medicações, buscar soluções quando acontece algum imprevisto com os moradores, profissionais de saúde que trabalham nas residências e ainda são encarregados de cuidar da manutenção da casa.

alternativas (como por exemplo aqueles que foram abandonados por suas famílias, ou que passaram longos períodos internados), os usuários dos CAPS que apresentam problemas de moradia e os moradores de rua e aqueles que possuem transtornos mentais mais severos. Uma das exigências é que os moradores estejam vinculados aos projetos terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial. Esses residentes são amparados financeiramente por dois programas do governo: o BPC⁵⁷ (Benefício de Prestação Continuada) e o PVC (Programa de Volta para Casa).

Quando se trata da equipe para assistência e cuidados dos moradores, as RTs podem ter na equipe: técnicos de enfermagem, de limpeza, educadores sociais e ainda apoio administrativo, sendo que sempre pelo menos um cuidador permanece diariamente nas moradias durante o período noturno.

A implantação de uma residência terapêutica exige ajuste e comprometimento entre gestores, usuários, comunidade e os profissionais, assistência e cuidado e principalmente que receba um suporte de recursos financeiros e de pessoal para que de fato tenha alicerce adequado para garantir às demandas e necessidades de cada morador em especial, com o intuito de reabilitá-lo psicossocialmente e incluí-lo socialmente e não servir de mais um espaço de institucionalização com rotinas ritualizadas e de reprodução de práticas advindas dos manicômios e asilos.

A Residência Terapêutica é um dos dispositivos dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica que contribui para a reconstrução de vida dos usuários, os quais, mesmo diante de todas as dificuldades passam a ter autonomia e apoderar-se de suas próprias escolhas, tornando-se protagonistas de suas próprias vidas.

Devem ser espaços que potencializem a vida e a saúde, fazendo com que o usuário assuma outros papéis sociais desvinculando-o da doença e do estigma, inclusive tornar-se cidadão, papel que lhe é respaldado por lei.

⁵⁷ O benefício de prestação continuada foi assegurado pela Constituição Federal de 1988, e está previsto em seu artigo 203. Diz esse artigo que: “A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”. (BRASIL, 1988, p. 122)

2.4- Projetos de Assistência em Saúde Mental em Goiânia

Dentro dessa nova reestruturação da Reforma Psiquiátrica destacaremos dois projetos de assistência em saúde mental implantados em Goiânia: o Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca⁵⁸ e a GERARTE⁵⁹ (Cooperativa de Geração de Renda).

Os Centros de Convivência e Cultura são amparados legalmente pelas Portarias 396/2005 (Revogada) e 3088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, com a finalidade de criar, acrescer e encadear os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a III Conferência de Saúde Mental, ocorrida em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001, foram definidas algumas recomendações, reafirmou objetivos e conceito dos CCC que são entendidos como sendo:

[...] dispositivos públicos que compõe 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, pg. 38).

Desde a época do Hospício de D. Pedro II, já se utilizava a produção de trabalhos artesanais. No Brasil, a Psiquiatra Nise da Silveira⁶⁰ implantou a Seção de Terapêutica, no então Hospital Psiquiátrico Pedro II (1946), com uma proposta revolucionária através de uma intervenção de recuperação através da arte, da criatividade e baseadas no afeto

⁵⁸ Situado na Rua C2, nº 589, Jardim América.

⁵⁹ São duas unidades em Goiânia: GERARTE I situada na Rua 21, nº 245, Centro e a GERARTE II está localizada na Rua P.25, nº 737, Setor dos Funcionários.

⁶⁰ Ver mais no filme: Nise – o coração da loucura, dirigido por Roberto Berliner, que destaca o posicionamento desta pioneira em relação aos tratamentos psiquiátricos utilizados e a implantação de sua nova proposta.

entre pacientes e os profissionais da saúde, sendo utilizado até os dias atuais nos serviços de atendimento em Saúde Mental.

Nise da Silveira:

(...) compreendeu que por meio das expressões das emoções conseguiria chegar ao mundo interno da pessoa. Sua crítica às práticas vigentes da psiquiatria foi fundamentada em estudos aprofundados e interdisciplinares. Considerava-se uma escafandrista, mergulhadora no mar da mente humana. O setor denominado Terapêutica Ocupacional, sob a sua gestão, passou a ser um centro vivo de observação, estudos sistemáticos, produção científica e artística, ainda que o objetivo não fosse a produção de obras de arte. (PEREIRA, NOGUEIRA & LIMA, 2016, p.212)

Na prática os trabalhos iniciaram-se a partir dos ateliês de costura e bordado, seguido dos trabalhos de desenho, pintura e modelagem. Os pacientes tinham diversos materiais para suas produções, como: tintas, telas, tecidos, argilas, entre outros. Para Nise, a arte possuía qualidades terapêuticas e que ao terapeuta caberia o exercício de conseguir identificar as conexões existentes entre a situação vivenciada emocionalmente pelo sujeito e as manifestações imagéticas do inconsciente.

A psiquiatra compreendeu que por meio das expressões das emoções conseguiria chegar ao mundo interno da pessoa. Sua crítica às práticas vigentes da psiquiatria foi fundamentada em estudos aprofundados e interdisciplinares. Considerava-se uma escafandrista, mergulhadora no mar da mente humana. O setor denominado Terapêutica Ocupacional, sob a sua gestão, passou a ser um centro vivo de observação, estudos sistemáticos, produção científica e artística, ainda que o objetivo não fosse a produção de obras de arte. (PEREIRA, NOGUEIRA & LIMA, 2016, p.212)

No Brasil, os Centros de Convivência começaram a ser construídos a partir do fim da década de 80, de forma diferenciada em virtude das necessidades e demandas de cada região do País, levando em conta suas particularidades. Em Goiânia, existe apenas um Centro de Convivência e Cultura em funcionamento, o Cuca Fresca, implantado em maio de 2012, tendo suas atividades suspensas em setembro de 2016 e reaberto no dia 28 de novembro de 2017. Durante o período em que esteve fechado, vários grupos se mobilizaram para reverter essa situação, que só foi alterada com a intervenção da

Defensoria Pública Especializada de Atendimento Inicial em Saúde da Capital, a partir da assinatura de um Termo de Ajuste de Conduta pela Secretaria de Saúde.

Este projeto partiu como uma das estratégias de consolidação da rede de serviços substitutivos de assistência à saúde mental no Município, em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, que tem dentre suas finalidades a inclusão social e o desenvolvimento da cidadania dos usuários.

Segundo Castro:

O CCC Cuca Fresca foi implantado em um contexto de gestão compartilhada. É um dispositivo da SMS que possui uma gestão articulada através de um convênio entre a SMS e o Conselho Central da SSVP (entidade sem fins lucrativos). Esse convênio foi realizado visando implementar uma política de desospitalização da rede, para suprir as necessidades e especificidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos, assim como viabilizar a manutenção, o aluguel e os mobiliários da casa, a alimentação e vestuário, a contratação de profissionais que não fazem parte do quadro de profissionais da SMS (seleção e critérios estabelecidos pela SMS) (2014, p.118).

Inicialmente, Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca, oferecia serviços e atividades, preferencialmente para os usuários dos CAPS e Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Estado de Goiás (AUSSM-GO) e, no cenário atual, atende a toda comunidade de Goiânia, independente da faixa etária e realidades dos usuários, que em sua maioria são compostos de pessoas com sofrimentos mentais e idosos, que podem chegar espontaneamente, não necessitando de encaminhamento das Unidades de Serviços de Assistência à Saúde Mental. Porém, os usuários participantes do Cuca Fresca, são em sua grande maioria vinculados aos CAPS ou são atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do Município.

Centro de Convivência Cuca Fresca é compreendido como espaço de promoção à saúde, podendo o usuário vir da comunidade em geral e tem como característica 'porta aberta' e foi o primeiro (e continua sendo o único) dispositivo dessa modalidade em Goiânia. Ele foi criado pela Divisão de Saúde Mental da SMS de Goiânia, tendo seu projeto elaborado por uma ação conjunta entre DSM, Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Goiás e o Fórum Goiano de Saúde Mental.

O caráter inovador do CCC deve-se ao fato de ser um dispositivo concebido no campo da cultura, articulado com as diversas áreas de conhecimento e setores da sociedade, subvertendo os modelos clássicos e conhecidos de se produzir cuidado, na medida em que se utiliza de linguagens artísticas, culturais e recreativas, fora do campo sanitário e patológico. A proposta do dispositivo não é oferecer atividades terapêuticas e profissionalizantes, mas proporcionar espaço e atividades significativas que reconheçam as possibilidades e singularidades de cada pessoa, favorecendo um campo de experimentação, o despertar de potencialidades, a produção de subjetividade, de sentidos à vida e o exercício de direitos de cidadania (CASTRO, 2014, p.153).

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos que surgem a partir da Reforma Psiquiátrica e fazem parte da rede de atenção substitutiva em saúde mental. É um espaço de sociabilidade, de vínculos solidários, que se propõe o cuidado em liberdade, a produção e intervenção urbana. Para além do que já foi citado anteriormente, estes espaços de convívio tem um papel significativo no processo de desinstitucionalização, auxiliando a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e no desenvolvimento da cidadania e autonomia das mesmas. Esses dispositivos não se configuram como instrumentos assistenciais e nem possuem caráter médico e/ou terapêutico, mas são mediadores e instrumentos para o acesso dos usuários aos bens culturais e espaços urbanos, bem como fomento de meios para que ocorram mudanças significativas na reconstrução da vida dos usuários. São espaços que promovem saúde e bem-estar, além de ajudar os usuários a lutarem contra os estigmas, preconceitos e isolamento social.

De qualquer maneira é preciso ficar atento no que tange ao fortalecimento da autonomia e da liberdade dos usuários para que não se caia na armadilha da institucionalização, e é por este e outros motivos que dentre as atividades que CCC Cuca Fresca promove, estão as que ocorrem em espaços públicos de Goiânia. Porém em função do número reduzido de funcionários, o espaço fica fechado quando ocorrem as atividades externas e ainda tem o problema de transporte, já que o CCC não possui transporte próprio para a realização dos passeios e nem todos os usuários possuem o passe livre, o que dificulta o acesso de alguns participantes nessas atividades propostas. As ações externas servem para ampliar o acesso aos bens culturais, favorecendo o protagonismo dos usuários artistas, e deve ser incentivado também nas práticas de participação social e política e não somente como consumidores ou espectadores.

O CCC Cuca Fresca funciona em uma casa, localizada no Jardim América e vinculado ao Ambulatório Municipal de Psiquiatria. O prédio é locado com recursos da Secretaria Municipal de Saúde. O espaço físico poderia ser melhor se contemplasse uma área verde para a realização de atividades ao ar livre. Falta também um aprimoramento na questão estética e de infraestrutura (pintura, iluminação e mobílias mais confortáveis).

A equipe multiprofissional que integra o dispositivo é composta por: dois profissionais de educação física, uma musicoterapeuta, uma profissional de artes cênicas, uma psicóloga e um administrativo. A limpeza do local é feita por uma empresa terceirizada, contratada pela prefeitura para prestar serviço no Ambulatório de Psiquiatria, o qual cede um funcionário para limpar o Centro de Convivência. É uma equipe restrita e incompleta que inviabiliza uma maior eficácia de ordem qualitativa e principalmente quantitativa. Para um Município que possui aproximadamente 1,5 milhão de habitantes, Goiânia é a 11ª capital mais populosa do Brasil, um único CCC, como também a falta de recursos humanos neste dispositivo são insuficientes para atender a demanda, mesmo que o público alvo se restrinja, na maioria das vezes, apenas aos portadores de sofrimentos mentais. Essa é uma das fragilidades que o projeto apresenta e para saná-la seria necessário um maior investimento de recursos públicos na Assistência em Saúde Mental.

O atendimento do Cuca Fresca é feito de segunda à sexta feira, em dois períodos, das 8 horas ao meio dia e das 14h às 18h, porém quando ocorrem as atividades externas o espaço permanece fechado, em virtude do número reduzido de trabalhadores, como já foi dito anteriormente. Durante este período é oferecido o café da manhã e também o lanche da tarde.

Como objetivos a serem atingidos destacam-se: o de se construir de forma coletiva espaços de convivência capazes de promover a consolidação de vínculos solidários, através de práticas culturais, de saúde e lazer, levando em conta as individualidades dos participantes; fomentar trocas de afetos, habilidades, potencialidades e criatividade; incentivar o exercício da cidadania e participação ativa na sociedade, incluindo os movimentos sociais; criar práticas de intervenções urbanas; estimular o desenvolvimento de ações culturais e principalmente a reinserção social dos usuários, com o cuidado de não institucionalizar pessoas.

As atividades são coletivas com intuito de que haja o desenvolvimento da autonomia para que posteriormente as pessoas possam circular pela cidade, seja com a

ser respeitadas. Esta atividade externa também serviu para legitimação da Rede de Assistência Psicossocial.



Figura 6- Cartaz de Divulgação do 1º Jogos Goianos da Saúde Mental- 2018

A Primeira edição do evento se deu em parceria com o Curso de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás-UFG e reuniu usuários, familiares profissionais e a comunidade com objetivo de promover a interação social e espaços de integração da rede de saúde mental:

O CCC Cuca Fresca compartilha da ideia de que a participação dos usuários é essencial nos processos de formulação, regulação e execução das políticas públicas, assim como nos processos de produção de cuidado e para transformação dos paradigmas da cultura de exclusão em busca da garantia dos direitos. Nesse sentido, reconhece a importância da participação dos usuários nos espaços formais do controle social, nas conferências e conselhos, no cotidiano do CCC em uma proposta de gestão participativa e democrática nos espaços de avaliação, planejamento e nos momentos de acolhimento, assim como na militância na saúde e na sociedade, através dos

movimentos sociais, da AUSSM, e nas ações diretas como passeatas, reuniões, audiência, encontros etc. CASTRO, 2014, p.71).

A participação popular é basilar para os resultados propostos pelo dispositivo, tendo em vista o desenvolvimento da cidadania que para além dos direitos legais, pode ser definida como um processo social pelo qual os indivíduos ou segmentos sociais organizados requerem seus direitos e que segundo Saraceno:

A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a reabilitação possível (2001, p.18).

Na discussão acerca da cidadania, na grande maioria, os autores que trabalham com a temática, reiteram os princípios de igualdade, liberdade e dignidade, incorporando a própria existência humana:

Consiste na consciência de pertinência à sociedade estatal como titular dos direitos fundamentais, da dignidade como pessoa humana, de integração participativa no processo do poder, com a igual consciência de que essa situação subjetiva envolve também deveres de respeito à dignidade do outro e de contribuir para o aperfeiçoamento de todos (SILVA, apud MAZZUOLLI, 2001).

Esses ideais são sustentados pela necessidade da transformação da sociedade como um todo, o que engloba a Assistência à Saúde Mental, tornando-a mais extensa e com o objetivo de reintegrar socialmente pessoas com sofrimento mental, possibilitando e criando mecanismos para que tenham acesso ao trabalho, à educação, à moradia, à cultura e ao lazer e é, neste cenário que os Centros de Convivência e Cultura também mostraram, segundo Castro:

[...] um grande potencial no que diz respeito aos desafios do cuidado e da inclusão social. Agregavam saúde e cultura, pessoas em situação de vulnerabilidade, diversos setores em ações intersetoriais, diversas linguagens artístico-cultural-recreativas em suas atividades coletivas, assim como demonstravam seu grande potencial quanto ao fomento da participação popular, diante da possibilidade de emancipação desses grupos e do exercício da cidadania (2014, p.16).

Não podemos deixar de destacar que o campo da saúde mental se configura como:

[...] um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (YASUI, 2006, p.26).

É justamente dentro da reforma psiquiátrica que dispositivos como os Centros de Convivência têm um papel salutar para a reconstrução social do paciente psiquiátrico e na mudança sociocultural.

Em Goiânia, a partir do ano de 2005, buscou-se através de uma ação conjunta a implantação da 1ª Associação de Trabalho e Produção Solidária da Saúde Mental (GERARTE), com o intento de inclusão social do paciente mental. Este projeto insere-se na prática da economia solidária, porém não é considerado uma unidade de tratamento e sim de trabalho.

Durante três anos consecutivos, discutiu-se a necessidade da criação desse equipamento de apoio extra Caps. Foram desenvolvidas várias ações para sensibilizar as pessoas envolvidas na saúde mental (grupo composto por profissionais da saúde, usuários, familiares e a comunidade de maneira geral) da importância da necessidade de se implantar uma associação de trabalho e produção, iniciando-se um movimento e criações de oficinas nos CAPS, a participação de eventos, destacando-se o Fórum Goiano de Economia Solidária.

Mas foi somente em abril de 2008 que a GERARTE I foi inaugurada, gerando trabalho e renda na rede de saúde mental da capital e no ano seguinte houve a criação da segunda unidade. Essas duas associações oferecem oficinas artesanais diversificadas, como por exemplo: oficinas de bordado, costura, história de dedoches, papietagem, pinturas em tela, produtos com palitos de picolé, entre outras atividades, que em sua grande maioria são feitas com materiais recicláveis. Essas oficinas, destacam-se dentro da nova conjuntura da Reforma Psiquiátrica, que é a de reabilitação psicossocial que segundo Rauter, pode ser atingida:

Por meio de ações que passam fundamentalmente pela inserção do paciente psiquiátrico no trabalho e/ou em atividades artísticas, artesanais, ou em dar-lhe acesso aos meios de comunicação etc. Urge, portanto, dar aos pacientes oportunidades de inserção social mediante trabalho e criação artística (2000, p.268).

Neste sentido, o trabalho desenvolvido pela GERARTE, através de suas oficinas terapêuticas é uma das maneiras de se concretizar a reabilitação psicossocial do usuário, já que nestes espaços não há um olhar exclusivo para a doença e sim volta-se para o lado saudável, ativo e de expressões dos associados.

Este dispositivo encontra-se fundamentado na Lei nº 9867/1999 que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, a partir do trabalho, incluindo os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos. Essa Lei que apesar de ser resultante da discussão da reforma psiquiátrica, ampliou os beneficiários (os deficientes físicos e sensoriais, os dependentes químicos e os egressos de prisões).

O trabalho técnico social da GERARTE é basicamente de acolhimento, assistência, acompanhamento, orientações e encaminhamentos (de cunho socioeconômico e terapêutico). Juntamente com a elaboração deste projeto, o Ministério da Saúde também havia lançado a política de inclusão social pelo trabalho (nível nacional), proporcionando incentivo financeiro para políticas públicas relacionadas à temática.



Figura 7- Artesanatos produzidos pelos Associados da GERARTE I
Imagem do acervo pessoal

Através da parceria existente entre o Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Prefeitura de Goiânia, é que o projeto da GERARTE pode ser efetivado, possibilitando a partir do trabalho, dar um novo sentido de existência social e identidade aos associados⁶¹.

A participação dos usuários e seus familiares não se dá, no entanto, somente nas instâncias previstas pelas estruturas do SUS. 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

⁶¹ Nomenclatura utilizada para determinar o paciente mental na GERARTE, com objetivo de que este assuma uma nova identidade desvinculada da doença que carrega.

construir um novo lugar social para os “loucos” (BRASIL, 2005, p. 40).

Por trás do objetivo de geração de trabalho e renda, implicitamente há um resgate de autonomia, da cidadania e de reinserção social. Os trabalhos manuais despertam muitas das vezes, habilidades adormecidas, trazendo benefícios para os usuários de ordem psicológica, cognitiva, afetivo social e motora. As oficinas são vetores de diversas linguagens e criações, gerando além da convivência e do diálogo, a criação de vínculos e negociações com a comunidade.

A proposta basilar da GERARTE está em conformidade com princípios da economia solidária, os quais podemos elencar: a autogestão coletiva, o cooperativismo social, a solidariedade e tem como finalidade a produzir e comercializar sem excluir e explorar, além de buscar a prática de desenvolvimento sustentável, indo além ao abrir caminhos para a criação de novas possibilidades de vida e do cotidiano dos associados.



Figura 8- Saguão de entrada da GERARTE II com alguns trabalhos de seus Associados
Imagem do acervo pessoal

O Sistema Nacional de Economia Solidária, foi instituído a partir do Projeto de Lei 4685/2012, o qual explicita que seus princípios básicos estão alicerçados em implantações de políticas públicas que visam assegurar o direito ao trabalho, incorporando a valorização do ser humano e as relações igualitárias, independente do

gênero, etnia, opção sexual, de credo e da condição sociocultural. Em se tratando da Gerarte, observamos que seu regimento interno encontra-se em consenso com as orientações da Economia Solidária, trazendo a proposta de se promover a inserção social, não apenas através do trabalho, mas incorporando também o lazer, a cultura, e os direitos de cidadania dos seus associados, contribuindo para um despertar para uma prática política e para uma vida com dignidade.

O marco referencial da Economia Solidária de certa forma propicia um caminho mais promissor para os embates práticos e teóricos desse novo campo no mundo da reforma psiquiátrica. Dessa articulação das duas políticas públicas espera-se [...] a expansão das ações de “inclusão social pelo trabalho” no campo da saúde mental (DELGADO, 2005, p.9).

A equipe multidisciplinar dos GERARTE é formada por: Arteterapeutas, Terapeutas ocupacionais, Assistentes Sociais, Assistentes Administrativos, Auxiliares de Higiene e Limpeza (apoio), Costureira Instrutora, Artesãos e profissionais de arte. Esses profissionais são vinculados à Prefeitura de Goiânia (funcionários municipais efetivos ou contratados).

Uma das preocupações essenciais da GERARTE é o acesso à cidadania dos usuários, tendo como eixo norteador o trabalho, que contribui para o desenvolvimento biopsicossocial dos associados. Há uma ampliação das habilidades individuais e viabiliza o reestabelecimento do bem estar humano. O sentido do trabalho fomenta a realização pessoal.

Em especial, quando se trata dos portadores de sofrimento mental, observa-se quanto o trabalho é um dos meios mais eficazes que viabiliza o desenvolvimento da autonomia, a elevação da autoestima, e atua como instrumento auxiliar da propagação da realização pessoal e também de transformação para uma vida mais ativa.

Podemos destacar várias contribuições do trabalho para a vida humana, como por exemplo: aumento da confiança em si mesmo, desenvolvimento da independência, amplia a rede de relacionamentos e no caso do portador de sofrimento psíquico, o ajuda a criar uma outra identidade, favorecendo que este seja reconhecido socialmente, não mais pela sua doença. O trabalho é essencial para a existência humana.

O trabalho já era utilizado nos espaços asilares brasileiros, desde a fundação do Hospício de Pedro II, como já falamos no primeiro capítulo. Esta é uma das permanências que podemos enumerar em relação à questão das instituições psiquiátricas

no Brasil. Desde o século XIX, o trabalho, especialmente o manual, já era utilizado como um dos instrumentos auxiliares de cura e para reabilitar e reinserir os alienados na sociedade. Não podemos deixar de salientar que naquela época não havia o objetivo de desenvolvimento da cidadania, mas sim uma questão ligada ao contexto de formação da sociedade burguesa, a saber, a produção.

Na GERARTE, os associados participam além das etapas de produção dos produtos, como também atuam ativamente de todo processo de comercialização. Os usuários montam as bancas para exposição, fazem cálculos, atendem ao público, entre outras atividades que colaboram no desenvolvimento de várias habilidades.

Para exporem seus produtos, os usuários percorrem vários pontos da cidade, como por exemplo: Shopping Centers, Centro de Convenções, Hotéis, na loja da GERARTE, nas próprias unidades, entre outros e com isso eles têm a oportunidade de conhecer novos lugares e desenvolverem a capacidade de ir e vir (independência).

Tratando-se da arrecadação que é feita da venda dos produtos, é dividida de forma igualitária e referente à produção de cada um dos associados, oportunizando-os a poder vivenciarem momentos de lazer, adquirir roupas, calçados, fazer viagens e muitas vezes contribuírem nas despesas de suas moradias, etc. Oitenta por cento do valor final dos produtos vendidos é entregue para o usuário e o restante (vinte por cento) retorna para os GERARTE (s).



Figura 9- Loja da GERARTE situada no Mega Moda, entrada 12 loja 4097.
Imagem do acervo pessoal

Dentre as atividades promovidas pela associação, também estão as participações em assembleias gerais, fóruns, debates e eventos, possibilitando aos usuários de

psiquiatria à reivindicarem seus direitos, inclusive elaborando pautas a serem submetidas à votação. É uma forma de participação política ativa, onde estes falam por si e lutam por melhorias.

Todo o ser humano no transcorrer de sua existência, busca sanar algumas necessidades. Neste sentido, filósofo americano Abraham Maslow (1970, p.27) que propôs uma teoria da motivação que foi estruturada em forma piramidal ou de escada. Em sua base, o autor situou as necessidades fisiológicas que são as mais urgentes, básicas e vitais para a sobrevivência humana, englobando: o repouso, saciar a sede e a fome, entre outras. Estão relacionadas à sobrevivência e à preservação da espécie. A próxima é a necessidade de segurança, a qual relaciona-se com o desejo de proteção, segurança física, a estabilidade, etc. Ao conseguirem sanar as necessidades já citadas anteriormente, o homem passa a almejar as necessidades sociais, que dizem respeito aos sentimentos de pertença e associação a grupos de relações afetivas ou sociais (família, amigos, colegas de trabalho, igrejas, clubes, comunidade).

As necessidades de auto estima envolvem a maneira de que forma nos vemos e como somos vistos pelos outros. É o desejo e a busca pela aprovação social e de respeito e nesta, encontra-se presente também a autoconfiança, a independência e a autonomia do sujeito. Através da conquista dessas necessidades, os seres humanos sentem-se seguros e valorizados socialmente. No pico da pirâmide encontra-se o nível mais difícil de ser alcançado que é a auto realização na qual engloba-se a autoestima, a realização pessoal e de conquistar os objetivos de vida. É a busca incansável que cada pessoa tem de desenvolver suas potencialidades. Esta última, nunca chegará ao fim, já que ao atingir um objetivo ou conquistar um sonho, aparecem outros a serem almejados.

O trabalho é um dos fatores que impulsionam e auxiliam o homem a conquistar os três últimos níveis de necessidades: sociais, de estima e de auto realização, e é aqui que se enquadra a GERARTE.

Antunes nos diz que o ser social ao produzir, concretiza e reproduz a existência humana, sendo que a ação social é efetivada através da prática do trabalho, o qual gera e é gerido através da cooperação social que está presente no processo de produção material (1997 p. 121).

O trabalho é muito significativo para o homem e possibilita o desenvolvimento de suas potencialidades, sendo um mecanismo norteador da identidade humana, além do mais está historicamente ligado à ideia cristã de que o trabalho dignifica e enobrece

o homem e que de certa maneira perpassa projetos de inclusão social através do trabalho, como por exemplo da GERARTE.

Trabalhar, além de contribuir para o sustento material do ser humano, também favorece no campo da saúde mental, emocional e no bem estar dos indivíduos. Auxilia no desenvolvimento da autoconfiança e da realização pessoal. O trabalho traz o sentimento de sentir-se útil. O homem que produz experimenta a sensação de ser capaz e é inserido no corpo social, contribuindo para o desenvolvimento de um bem maior, que é a sociedade em que vivemos. Para o portador de sofrimento psíquico, o trabalho está diretamente ligado à sua saúde:

O trabalho para os pacientes psiquiátricos gravemente desabilitados, não deve ser entendido como o simples desenvolver de determinadas tarefas, pode ser na realidade uma forma ulterior de norma e contenção, de restrição do campo existencial. O trabalho, entendido como “inserção laborativa”, pode, ao invés disso, promover um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos [...] Neste momento as cooperativas integradas são ao mesmo tempo serviços (de tratamento) e lugares de produção (no mercado), e esses dois aspectos são mediados pela sua função formativa [...] lugares de promoção da autonomia bem como de proteção: funções que deveriam ser próprias de um bom serviço de saúde mental (SARACENO, 2001, p. 126).

Para o usuário, observamos que o trabalho implica em uma dupla função: de estruturação e desestruturação. Se por um lado é tomado como reforço positivo, já que ao produzir e trabalhar sua saúde é protegida, diminui-se as crises através da ocupação do tempo e da mente, afastando os pensamentos negativos ou relacionados à própria doença, sendo uma ferramenta para a conquista da independência e autonomia, pode constituir-se como desestruturante quando ocorre o reforço negativo e potencializa o adoecimento mental, ao serem submetidos a processos seletivos extenuantes e nas avaliações que são feitas, quando ocorre o estresse no trabalho, quando há a exclusão no mercado de trabalho, o rompimento e a incapacitação dos pacientes mentais em função de sua condição.



Figura 10- Trabalhos artesanais elaborados pelos associados do GERARTE I
Imagem do acervo pessoal

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação procuramos discutir a Reforma Psiquiátrica pelo viés das legislações e as suas implicações nas práticas institucionais brasileiras e as implementações dos novos dispositivos em Saúde Mental em Goiânia, dentro do contexto historiográfico e encontra-se inserida no campo da história da saúde e das doenças.

No capítulo I fizemos um levantamento a partir das legislações de como estavam estabelecidas as instituições asilares no Brasil e as mudanças e permanências especialmente no que se tratava do aspecto de tratamento e atendimento dos portadores de transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem sido sinalizada, paulatinamente, por transformações nas disposições legais que influenciam diretamente nas ofertas dos serviços e dispositivos de assistência psiquiátrica. Sendo assim, observa-se uma reestruturação administrativa e na prática do trabalho e de atendimento aos usuários.

Essa reforma vem perseguindo durante anos o rompimento com o modelo asilar, o qual se estabeleceu a partir do olhar da loucura vinculado aos fatores biológicos, levando o paciente mental à exclusão, segregação e ao preconceito. Para tal faz-se necessária que a reformulação da saúde mental perpassasse vários âmbitos, a saber: teórico, técnico, político, legislativo e sociocultural. Sendo assim, essas propostas de mudança devem extrapolar a recomposição dos espaços de atendimento.

No Brasil, o que se propôs como alternativa ao modelo asilar foi o modelo de atenção psicossocial, que visa a humanização do atendimento e novas possibilidades ao usuário de ter acesso aos direitos assegurados na Constituição e ainda o desenvolvimento de sua autonomia e cidadania.

A proposta do modelo psicossocial é de assegurar direitos dos portadores de sofrimento mental, que sofreram durante anos graves violações dos direitos humanos, inserí-los na sociedade de forma a atuarem politicamente e tendo condições básicas de se manterem.

No capítulo II, discutimos sobre os novos instrumentos de atendimento em saúde mental e constatamos que em Goiânia, assim como no restante do País, o movimento da Reforma Psiquiátrica articulou-se politicamente a partir das ações dos usuários, familiares e profissionais e desde o início desse movimento (fim dos anos 80), observamos várias mudanças, principalmente em relação à reorganização da prestação

de serviços, o que implicou em alterações salutaras nos tratamentos ofertados aos portadores de transtornos mentais.

No entanto, não podemos deixar de pontuar que essas alterações só puderam ser efetivadas em função das diretrizes, legislações federais e financiamentos do Ministério da Saúde, mas que apesar de tudo isso, dentro da mudanças ainda visualizamos permanências que gostaríamos de ver apagadas, como é o caso do modelo hospitalocêntrico que continua a existir no Brasil.

Essas diretrizes servem apenas como indicações, não existindo uma regulamentação específica e organizada. Os dispositivos em saúde mental são estruturados a partir dos territórios em que estão inseridos e devem utilizar todos os aparatos sociais existentes na comunidade para se conceber novas possibilidades de atendimento e assistência em saúde mental, sendo assim, as opções dentro desse processo de reestruturação se dão de formas diversificadas, como por exemplo: o Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca e a GERARTE, que têm como eixo norteador a reinserção social e o desenvolvimento da cidadania e autonomia dos usuários.

Outra mudança observada foi a inclusão e o acesso dos familiares nas instituições de assistência, o que implica na diminuição do abandono e na melhoria dos resultados dos tratamentos.

A partir do ano 2000, em Goiânia, percebeu-se um avanço na assistência mental, quando ampliou-se a rede de serviços substitutivos e foi criado o primeiro CAPS (Novo Mundo) e posteriormente foram sendo criados e implantados outros dispositivos dentro da RAPS no município na perspectiva de se construir práticas em saúde pública direcionadas para a promoção de cidadania e de autonomia.

Todos esses novos dispositivos têm como semelhança a composição de uma equipe multidisciplinar, o que de fato é algo que corrobora para uma mudança significativa tanto de tratamento como de assistência aos usuários. Outra característica que observamos durante a pesquisa é de que esses espaços são pensados e articulados como locais de sociabilidade, de diálogos e interlocuções, alicerçados no acolhimento do paciente mental e de seus familiares, oportunizando a participação ativa do usuário, dentro do processo de produção da saúde. Essa nova forma de cuidado difere-se do modelo asilar que tinha como foco apenas abrigar, alimentar e auxiliar espiritualmente os doentes mentais.

O modelo Psicossocial buscou o rompimento com o modelo médico psiquiátrico, o qual o olhar voltava-se para a doença, buscando levar em conta fatores

de ordem psicológica e social ao fazer a intervenção do tratamento. Esse rompimento no entanto, efetivou-se em alguns aspectos, como já citamos anteriormente, porém ainda notamos a permanência de uma prática de medicalização desenfreada, a qual precisa ser revista.

Outra mudança que ocorreu, foi no sentido do enclausuramento paciente mental, que inicialmente possuía um caráter coercitivo e de exclusão, onde atualmente há toda uma preocupação de reinserção social, criando-se mecanismos, principalmente em relação à participação política e social na comunidade, em especial, através do trabalho.

Em Goiânia, neste sentido, foram criados dispositivos públicos que fazem parte da rede de atenção substitutiva em saúde mental que têm papel fundamental no processo de desinstitucionalização: os Centros de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas, o Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca e a GERARTE I e II.

Os CAPS foram um dos serviços substitutivos utilizados como estratégia de construção de práticas antimanicomiais, criados a partir da Reforma Psiquiátrica, visando o atendimento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, tanto em situações de crise ou nos processos de reabilitação. Em Goiânia existem nove CAPS para atender a demanda e são constituídos por uma equipe multiprofissional. Esse serviço de saúde de caráter aberto e comunitário constitui-se como pilar, dentro dessa nova reconfiguração de assistência em saúde mental dentro do município, possibilitando atendimento diuturno e extra hospitalar para os usuários. Ainda assim, nota-se que faz necessária uma melhoria no aspecto quantitativo dos profissionais nos CAPS e também numa maior diversidade de especialidades para o atendimento.

No caso das Residências Terapêuticas que servem para receber os usuários egressos de longas internações, que foram abandonados por seus familiares, ou que não possuem meios econômicos de se manter, são espaços facilitadores de reabilitação e reinserção social. Elas são vinculadas aos CAPS, onde também os moradores continuam fazendo o acompanhamento no tratamento psiquiátrico.

Um dos grandes desafios dessa proposta é justamente o acolhimento por parte da comunidade, onde essas RTs se estabelecem, já que ainda hoje há preconceito e estigmas em relação aos portadores de transtornos mentais. Acreditamos que é emergencial campanhas de conscientização de combate à discriminação para que se desconstrua esse olhar de rejeição e intolerância.

Também deve-se ter o cuidado de não se institucionalizar os usuários, mudando apenas o espaço físico e mantendo a lógica de uma padronização e o ritual hospitalar.

Em se tratando do cuidado dos profissionais que atuam nessas RTs em relação aos usuários, deve-se ter uma atenção para que esta relação possibilite o desenvolvimento da autonomia e de experiências de reconstrução de identidade, observando suas práticas cotidianas para que não se caia na armadilha de superproteção dos moradores. É necessário que estes moradores sejam vistos, respeitados e tratados como sujeitos detentores de direitos e não controlados ou tutelados pelos cuidadores.

Quanto ao Centro de Convivência e Cultura, há apenas um projeto efetivado no município, o Cuca Fresca, que foi implantado em 2012. Esse dispositivo público é mais um componente da rede de atenção em saúde mental, que tem como principal objetivo ser um facilitador de construção de laços sociais e de inclusão, utilizando principalmente o campo da cultura.

O Cuca Fresca, mesmo sendo um projeto estratégico da Reforma Psiquiátrica, sofreu desativação em 2016 e só foi possível sua reabertura, a partir de uma grande mobilização política feita pelos usuários, familiares e profissionais, que culminou com a intervenção da Defensoria Pública Especializada de Atendimento Inicial em Saúde da Capital. O fechamento do CCC Cuca Fresca trouxe perdas em vários âmbitos: material (figurinos, artesanatos, móveis, entre outros), como também no aspecto psicológico, visto que afetou diretamente a vida e a rotina, especialmente dos usuários.

Atualmente esse espaço ainda enfrenta vários problemas de ordem estrutural, necessitando de um local mais amplo e com área externa para que sejam desenvolvidas atividades mais diversificadas e o mais importante se dá no campo dos profissionais para atuarem nesses espaços, que conta atualmente com uma equipe reduzida, o que dificulta o funcionamento deste quando ocorrem atividades externas, pois como não há um número suficiente de pessoal para atender a demanda, o espaço tem que permanecer fechado. Mais um aspecto que precisa ser revisto é o de que precisa haver maior investimento de recursos para uma melhoria da prestação das atividades, pois muitas delas precisam de materiais para se confeccionarem objetos utilizados nos eventos socioculturais e esportivos. Outra questão que precisa ser repensada é a de que em Goiânia deveriam ser criados outros espaços de sociabilidade como promotores de saúde mental, para atender a demanda que continua crescendo.

Outro dispositivo que foi criado a partir das modificações legais, foi a GERARTE, que desenvolve atividades cotidianas voltadas ao trabalho com pessoas com sofrimento psíquico grave e usuários de álcool e outras drogas, respeitando sua singularidade e seu sofrimento psíquico, ressaltando-se o cuidado em saúde mental em

Goiânia. Esse projeto tem como um de seus princípios promover a inserção social, na cultura, no lazer e direitos de cidadania dos seus associados, tem como principal atividade, a confecção de artesanato. Neste sentido, sabemos que esta prática insere-se dentro da perspectiva de reabilitação social, que:

(...) permite estruturar saberes e práticas de atenção em saúde mental alicerçados nas mais variadas possibilidades reabilitadoras, almejando a valorização do indivíduo, o trabalho do seu lado sadio e a melhoria da sua qualidade de vida (VALLADARES, 2004, p.12).

Essa prática, significa oferecer aos usuários, espaços de aprendizagem e de inclusão das diferenças no sentido de minimizar o sofrimento gerado pelos transtornos na tentativa de superação de preconceitos e estigmas e o artesanato, a arteterapia se configuram como atividades que contribuem neste sentido.

A desinstitucionalização não deve priorizar apenas a reorganização dos espaços de assistência mental, é preciso que se faça uma mediação com a comunidade e uma intervenção na realidade tanto do usuário, quanto na sociedade como um todo. Devem ser locais que promovam a autonomia baseada em laços de solidariedade. Sendo assim, entendemos que não se pode limitar a reinserção social através do trabalho, apenas à confecção de produtos artesanais.

Sabemos da importância da GERARTE dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, porém seria interessante a ampliação desse leque com a oferta de cursos profissionalizantes, a parceria com instituições de ensino, empresas, entre outros, como forma de oportunizar diferentes possibilidades de reinserção através do trabalho e que garanta de fato ao associado a sua manutenção de qualidade de vida.

Em se tratando de problemas enfrentados pelos gestores da GERARTE, voltamos a enumerar a questão de pouco investimento, a falta de profissionais e ainda a necessidade de abertura de novos espaços geradores de renda para aumentar o número de usuários que possam participar desses projetos.

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorreram muitas modificações importantes em vários âmbitos: institucional, administrativo, técnico-profissional, jurídico e tudo isso leva a mudanças indiscutíveis que afetam diretamente na vida dos usuários, que podem tornar-se sujeitos ativos na sociedade, reconstruindo novas formas de interação, interferência e intervenção no mundo.

O modelo comunitário e territorial de atenção psicossocial que se estabeleceu no País se mostrou eficiente na reintegração dos usuários, mesmo diante de todos os

contratempos enfrentados, mas precisamos de maiores investimentos tanto para a manutenção, quanto para a melhoria dos serviços, dispositivos e práticas que sustentam o modelo psicossocial.

FONTES HISTÓRICAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARQUIVO PÚBLICO DE GOIÁS, Goiânia. Jornal Folha de Goiás 31 de Agosto de 1975.

_____. Revista Oeste. **Os tipos de rua**. Goiânia, 1942.

BRASIL. Decreto nº. 14.831, de 25 de maio de 1.921. **Approva o Regulamento do Manicomio Judiciario**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 23 de janeiro de 2018.

BRASIL. Decreto nº 5.125, de 1º de fevereiro de 1904. **Dá novo Regulamento à Assistencia à Alienados**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5125-1-fevereiro-1904-503179-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 23 de janeiro de 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1990. **Declaração de Caracas**. Disponível em pfdc.pgr.mpf.br/atuacao-e-conteudos-de-depoio/legislacao/.../view. Acesso em: 01 de julho de 2016.

BRASIL. Projeto de Lei nº 3657/89. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em 15 de maio de 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial [da União], Brasília, 2001. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 05 de agosto de 2017.

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. **Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 02 de janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Portaria SAS/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília. **Estabelece proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 10 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília, 1992. **Estabelece diretrizes e normas sobre saúde mental.** Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

BRASIL. Decreto nº 1.077, de 4 de Dezembro de 1852. **Estatuto do Hospício Pedro Segundo.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html>. Acesso em 02 de janeiro de 2018.

BRASIL. Decreto nº 60.252, de 21 de Fevereiro de 1967. Institui, no Ministério da Saúde, a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-60252-21-fevereiro-1967-401028-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acessado em 02 de janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. **Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.** Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html. Acesso em 15 de janeiro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf. Acesso em: 12 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 12 de novembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm. Acesso em 12 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, 20 de Janeiro de 2004. **Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS**. Diário Oficial [da União], Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em 15 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2019.

BRASIL. Decreto nº 7.247, de 19 de Abril de 1879. **Reforma do ensino primário e secundário no município da Côrte e o superior em todo o Império.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>. Acesso em 21 de abril de 2018.

BRASIL. Decreto nº 8.024, de 12 de Março de 1881. **Regulamento para os exames das Faculdades de Medicina.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-8024-12-marco-1881-546191-publicacaooriginal-60103-pe.html>. Acesso em 21 de abril de 2018.

BRASIL. Decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903. **Reorganiza a Assistência a Alienados.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em 02 de janeiro de 2018.

BRASIL. Decreto nº 8.834, de 11 de Julho de 1911. **Reorganiza a Assistencia a Alienados.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8834-11-julho-1911-507693-publicacaooriginal-1-pe.html> . Acesso em 23 de janeiro de 2018.

BRASIL. LEI nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em 15 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Decreto nº 1.559, de 7 de Outubro de 1893. **Reorganiza o serviço da Assistencia Medico-legal de Alienados.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1559-7-outubro-1893-502694-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 23 de Janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Cuidar, sim. Excluir, não.** Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf. Acesso 20 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 23 de agosto de 2017.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/PRM/Desktop/Desktop/caps/caps%20manual.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2018.

FOLHA DE GOIÁS. Discurso pronunciado por José Peixoto da Silveira na cerimônia de inauguração do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. 3 de abril de 1954.Arquivo Pessoal de Eder Mendes de Paula, Anápolis, 1954.

GOIÁS. Decreto-Lei nº 847 de 12 de fevereiro de 1947. **Cria o Serviço de Assistência a Psicopatas no Estado de Goiás**. Diário Oficial de Goiaz, 1º de março de 1947. AHEGo, Goiânia, 1947.

GOIÁS. Portaria nº 28 de 15 de janeiro de 1948. **Dispõe sobre a proibição da mendicância em Goiânia**. In: DIÁRIO OFICIAL DE GOIAZ. 26 de janeiro de 1948. AHEGo: Goiânia, 1948, p. 7.

INSTITUTO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DE GOIÁS, Goiânia. **Jornal Folha de Goiás 02 de Abril de 1954**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 396, de 07 de Julho de 2005. **Centros de Convivência**. Brasil. Disponível em: <http://femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/SAS/2005/Julho/PORTARI>

[A%20N%C2%BA396-SAS-Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf](#).

Acessado em 23 de março de 2108.

CEARÁ. Lei nº. 12.151, de 29.07.93. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.** Disponível em: <https://belt.al.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/trabalho-administracao-e-servico-publico/item/1445-lei-n-12-151-de-29-07-93-d-o-de-12-08-93>. Acesso em 23 de março de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 23 de agosto de 2017.

EM NOME da razão: Direção de Helvécio Ratton. Fotografia: Dileny Campos. 23 min. Barbacena, 1979. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PeXjSSs4q2k>. Acesso em 15 de janeiro de 2018.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Devagar, paciente deixa manicômios.** Cotidiano. São Paulo, 18 maio 2003. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1805200301.htm>. Acesso em 23 de março de 2018.

GOIÂNIA, LEI Nº 7.775, DE 08 DE ABRIL DE 1998. **Dispõe sobre a política de saúde mental a ser desenvolvida no Município de Goiânia em termos de prevenção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa e dá outras providências.** Disponível em: http://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete_civil/sileg/dados/legis/1998/lo_19980408_000007775.html. Acesso em 23 de março de 2018.

HOLOCAUSTO Brasileiro: Armando Mendz e Daniela Arbex. Fotografia: Mauro Pianta: 1.30 min. Barbacena, 2106. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=y6yxGzIXRVg&has_verified=1. Acesso em 15 de janeiro de 2018.

MINAS GERAIS. Lei nº 11.802, de 18 de Janeiro de 1995. **Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei_11802.pdf. Acesso em 23 de março de 2018.

PARANÁ. Lei Estadual nº 11.189, de 9 de novembro de 1995. **Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais.** Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Estadual Leis/Lei Estadual n 11_189PR de 9 de novembro de 1995.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Estadual%20Leis/Lei%20Estadual%20n%2011189PR%20de%209%20de%20novembro%20de%201995.pdf). Acesso em 23 de março de 2018.

PASSAGEIROS da Segunda Classe (documentário). Direção: Kim-In-Sem, Luiz Eduardo Jorge e Waldir de Pina. 21 min. Goiânia, 2001. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9C3K9PsIEg>. Acesso em 12 de dezembro de 2017.

Projeto de Lei 4685/2012. **Dispõe sobre a Política Nacional de Economia Solidária e os empreendimentos econômicos solidários, cria o Sistema Nacional de Economia Solidária e dá outras providências.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=559138>. Acesso em 15 de novembro de 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Lei n. 9716, de 07 de agosto de 1992. **Dispõe sobre a reforma psiquiátrica do Rio Grande do Sul, determina substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico,**

especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281. Acesso em 23 de março de 2018.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

TEIXEIRA, P. **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, d.d. Chefe do Governo Provisório e ao povo goiano, pelo dr. Pedro Ludovico Teixeira, Interventor Federal neste Estado, 1930-1933**. Goiaz-Capital: Secção de Obras da Imprensa Oficial, 1933.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.73-84.

_____. **Bases conceituais e históricas do campo da saúde**. In: AMARANTE, P. (Coord.). Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, p. 42, jun. 2003.

_____. (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 4ª ed. 2001.

_____. **O homem e a Serpente**. Rio de Janeiro, Fiocruz,1996.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

BANDEIRA, Marina; GELINAS, Daniel; LESAGE, Alain. **Desinstitucionalização o programa de acompanhamento intensivo na comunidade**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (627 – 640), dez. 1998. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Desinstitucionalizacao_o_programa_de_acompanhamento_intensivo_na_comunidade.pdf. Acesso em 13 de dezembro de 2018.

BARBOSA, Manoel José. **Relatório e estatística do Hospital Pedro II, de 09/12/1852 até 30/07/1853**. Rio de Janeiro: Tip. Dois de Dezembro, 1853.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In:AMARANTE, P (ORG). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**.Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 171-195.

BASAGLIA, Franco. (Org.). **A Instituição Negada – Relato de um Hospital Psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária**. In: Amarante, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014, p. 41-72.

BOSCHI, Caio César. *Os leigos e o poder: Irmandades leigas e Políticas Colonizadoras em Minas Gerais*. São Paulo: Ática, 1986.

BRANDÃO, João Carlos Teixeira. **Elementos fundamentaes de psychiatria clinica e forense**. Rio de Janeiro: Leite Ribeiro & Maurillo.1918.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em 15 de janeiro de 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas**. O caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.) *Inventando a mudança na Saúde*..São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 29-87.

CARVALHO, Maria Cecília. **Os desafios da desinstitucionalização**. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina e CAVALCANTI, Maria Tavares (Orgs.). *A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA. 2001.

CASTRO, Marla Borges de. **Implantação do Centro de Convivência e Cultura da Rede de Atenção Psicossocial de Goiânia: olhares dos usuários, trabalhadores e gestor**. Dissertação de Mestrado, Goiânia: Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, 2014.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Documentário, 2ª ed. 1976.

COSTA-ROSA, Abílio. **O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar.** In: AMARANTE, Paulo. (Org.) Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>. Acesso em 27 de janeiro de 2019.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX.** *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v.9, n.18, p.121-144. ago.-set. 1989.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Introdução.** In: BRASIL. Ministério do trabalho e emprego. Secretaria nacional de economia solidária. Atlas da economia solidária no Brasil. Brasília/DF, 2005. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812C318C92012C3712CFF10CD7/sies_ATLAS_PARTE_1.pdf. Acessado em 18 de novembro de 2017.

_____. Arquivos Brasileiros de Psicologia. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001; Rio de Janeiro, 63 (2): 1-121, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012. Acessado em 18 de novembro de 2017.

_____. **No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica.** In: Venâncio, Ana Tereza; CAVALCANTI, Maria Tavares. (Orgs.). Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA. 2001. P. 283-290.

Dicionário etimológico: origem das palavras. Disponível em: <https://www.dicionarioetimologico.com.br/cidadania>. Acesso em 24 de janeiro de 2018.

DONZELOT, Jacques. A Polícia das Famílias. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ÉLIS, Bernardo. **André Louco.** Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1978.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão. Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2001.

_____. **Psiquiatria e Feminilidade**: In: DEL PRIORE, Mary. (org.). História das mulheres no Brasil. 10. ed. São Paulo: Contexto, 2009. p.322-362.

EWBANK, Thomas. **A vida no Brasil ou diário de uma visita ao País do Cacau e das Palmeiras**. Rio de Janeiro: Conquista, 1973. 2 V.

FACCHINETTI, Cristiana. RIBEIRO, Andréa.; MUÑOZ, Pedro F. **As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939)**. História Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, sup., p. 231-242, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **História da loucura**: na idade clássica. 9.ed., São Paulo: Perspectiva, 2013.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, Vozes, 2013.

FREIRE, Marta. **Mulheres, mães e médicos: Discurso maternalista em revistas femininas** (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920). Tese, Rio de Janeiro: Programa de Pós- Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19793/2/34.pdf>. Acesso em 24 de janeiro de 2018.

GENTIL, Valentim. **A ética e os custos sociais da Reforma Psiquiátrica**. Revista de Direito Sanitário. V.5. n. 1.p. 55-66, março, 2004.

GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GONÇALVES, Monique Siqueira. **Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880)**. Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 60-77, jan | jun 2013.

GOULART, Maria Stella Brandão. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1ª ed. 2007. Coleção História da Psicologia no Brasil.

HOCHMAN, Gilberto. ARMUS, Diego. **Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução**. In: HOCHMAN, Gilberto. ARMUS, Diego. (Org.) . Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 11-27, 2004. História e Saúde coleção. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7bzx4/pdf/hochman-9788575413111-02.pdf>. Acessado em: 10 de junho de 2019.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CARVALHO, Fernando Martins. **Nina Rodrigues, epidemiologista: estudo histórico de surtos de beribéri em um asilo para doentes mentais na Bahia, 1897-1904**. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. VIII (1): 113-32, mar.-jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a06v08n1.pdf>. Acessado em 23 agosto de 2018.

KANTORSKI, Luciane Prado. **A Reforma Psiquiátrica - um estudo parcial acerca da produção científica**. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acessado em 03 de setembro de 2017.

KINOSHITA, Roberto Tykanori, **Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois**. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, nº1, jan-abr. 2009. CD-ROM. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1017/1144>. Acesso em 15 de agosto de 2018.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Katia. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAGALHÃES, Sônia. **Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde em Goiás ao longo do século XIX**. Revista História, Ciências e Saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro, V. 11, n. 3, set.-dez, p. 661-683, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n3/06.pdf>. Acessado em 02 de janeiro de 2018.

MASLOW, Abraham. **Introdução à Psicologia do Ser**. Rio de Janeiro: Livraria Eldorado, 1970.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Direitos humanos, cidadania e educação. Uma nova concepção introduzida pela Constituição Federal de 1988**. Jus Navigandi, Teresina, ano 6, n. 51, 1 de out. 2001. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/2074>. Acesso em : 6 de setembro de 2017.

MEIRELES. Marilucia. Melo. **Os “bobos” de Goiás: enigmas e silêncios**. Goiânia: Editora UFG, 1ª ed. 2014.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Macruz & CERQUEIRA, Maria Paula. **Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado**. In. FRANCO, Túlio Batista; V.C. RAMOS (Eds). Semiótica, afecção e cuidado em saúde. (p.p 60-75). São Paulo: Hucitec. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264811385_Da_repeticao_a_diferenca_constituindo_sentidos_com_o_outro_no_mundo_do_cuidado. Acessado 2 de janeiro de 2019. PDF.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: Caderno de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

MEYER, Luis. **Violência e complacência: em torno da antipsiquiatria**. Debate e Crítica, 06:115-130, 1975.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: 2008.

MONTANARI, Atílio José. **Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psico-Social em Cataguases**. M.G: Mental, Barbacena, v. II, n. 4, jun. 2005, 81-112. Universidade Presidente Antônio Carlos Barbacena. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272005000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2 de novembro de 2017.

MORAES, Cristina de Cássia Pereira de. O Hospital São Pedro de Alcântara e os trabalhadores na cidade de Goiás – 1830 – 1860. In. FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de (org.) Saúde e doença em Goiás: a medicina possível: uma contribuição para a história da medicina em Goiás. Goiânia. Ed. Da UFG, 1999.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **A compreensão do fenômeno psíquico na modernidade ocidental e a prática da saúde mental e higiênica no Brasil**. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, 4(8), 2012, 160-165. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2030/2325>. Acesso em: 23 de agosto de 2018.

PAULA, Éder Mendes. **Os Sons do Silêncio: O Louco e a Loucura em Goiás**. Dissertação de Mestrado, Goiânia: Departamento de História, Universidade Federal de Goiás, 2011.

PAULINO, Carla Viviane. **Thomas Ewbank: um viajante norte-americano no Rio de Janeiro imperial (1846)**. In: VIII Encontro Internacional da ANPHLAC, 2008. Vitória. Anais Eletrônico... Vitória: 2008. P.1-19. Disponível em: http://anphlac.fflch.usp.br/sites/anphlac.fflch.usp.br/files/carla_viviane_paulino.pdf . Acesso em 10 de janeiro de 2019.

PEREIRA, Rosimary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216)**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

PEREIRA, Kelcy Mary Ferreira; NOGUEIRA, Luiz Roberto; LIMA, Thalita Carla Melo. **Nise da Silveira: uma metodologia na contramão.** Estudos Contemporâneos da Subjetividade, vol.6, nº2, 216, 211-222. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1853/1335>. Acesso em 18 de junho de 2019.

PORTER, Roy. **Uma História Social da Loucura.** Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed., 1990.

RAUTER, Cristina. **Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas.** In: Amarante, Paulo (Org.), *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 267-277). Rio de Janeiro: Fiocruz. 2000. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-13.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2019.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. (Orgs.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.* Petrópolis, Ed. Vozes. 2007.

ROCHA, Gilberto S. **Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil.** Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1989.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização, uma outra via.** In: NICÁCIO, Fernanda. (Org.). *Desinstitucionalização.* 2ª ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2001. p. 17-51.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998. Disponível em: https://monoskop.org/images/c/c9/Roudinesco_Elisabeth_Plon_Michel_Dicionario_de_psicanalise_1998.pdf. Acesso em 24 de janeiro de 2019.

SANTOS, Milton. **O dinheiro e o território**. Revista GEOgraphia, n 1, vol 1, pp 7-13. Rio de Janeiro: 1999. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/268673947/Milton-Santos-Dinheiro-Territorio-Artigo>. Acessado em 13 de janeiro de 2019.

_____. **O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania**. Org. Wagner Costa Ribeiro. São Paulo: Publifolha, 2002. Disponível em: <http://geocrocetti.com/msantos/Distorcido.pdf>. Acessado em 13 de janeiro de 2019.

SANTOS, Ronivaldo de Oliveira Rego. **O Projeto do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de Goiânia em uma História da Loucura no Brasil**. Dissertação de Mestrado, Goiânia: Escola de Formação de Professores e Humanidades. Programa de Pós – Graduação stricto sensu. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. PUC, 2018.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2a ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SELIGMAN-SILVA, Márcio. **Escrituras da história e da memória**. In: SELIGMAN-SILVA, Márcio (org.). Palavra, imagem, memória e escritura. Chapecó- SC: Argos, 2006.

SILVA, Elisa Alves da. **(Re)visitando a caixa de ferramentas em Saúde Mental: cuidado de si mesmo como condição para cuidar do outro**. Tese de Doutorado, Brasília: Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. UNB, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15053>. Acesso em 08 de janeiro de 2019.

SILVA, G. B; Holanda, Adriano. Furtado. **Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1841-1930)**. Memorandum, 27, 127-142. Recuperado em 27 de outubro de 2014, de seer.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6374. Acessado em 15 de janeiro de 2018.

SILVA, João de Deus Gomes da; REINTGES, Chris.H; ACIOLE, Giovanni Gurgel. **Discurso e poder na Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma análise sociocognitiva da Lei Federal nº 10.216/2001**. In: III Simpósio Nacional Discurso, Identidade e

Sociedade (III SIDIS) Dilemas e Desafios na Contemporaneidade. Campinas, 2012. Disponível em: https://www.iel.unicamp.br/sidis/anais/pdf/GOMES_DA_SILVA_JOAO_DE_DEUS.pdf. Acessado em 23 de agosto de 2018.

SILVA, Leicy Francisca da. **A Construção da Lepra em Goiás: Contágio e isolamento (1890-1943)**. Fronteiras Journal of Social, Technological and Environmental Science, n.1, vol 4, pp.38-56. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/PRM/Downloads/1280-Texto%20do%20artigo-3629-1-10-20150910.pdf>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

SLUZKI, Carlos. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, Rildo Bento de. **Pobreza, doenças e caridade em Goiás: uma análise do Asilo São Vicente de Paulo (1909-1935)**. Jundiaí: Paco Editorial, 2014.

TAVARES, Rosana Carneiro. **A Reforma Psiquiátrica e Relações de Poder: significados apreendidos entre os trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia**. Dissertação de Mestrado, Goiânia: Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Católica de Goiás-UCG, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/PRM/Desktop/Desktop/textos%20capitulo%202%20sonia%20e%20leyci/Rosana%20Carneiro%20Tavares.pdf>. Acessado em 10 outubro de 2018.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In: **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol.9 (1), jan-abr, 2002. p.25-59.

VALDEZ, Diane. Filhos de pecado, moleques e curumins: imagens da infância nas terras goyanas do século XIX. Dissertação de Mestrado: Departamento de História, Universidade Federal de Goiás, 1999.

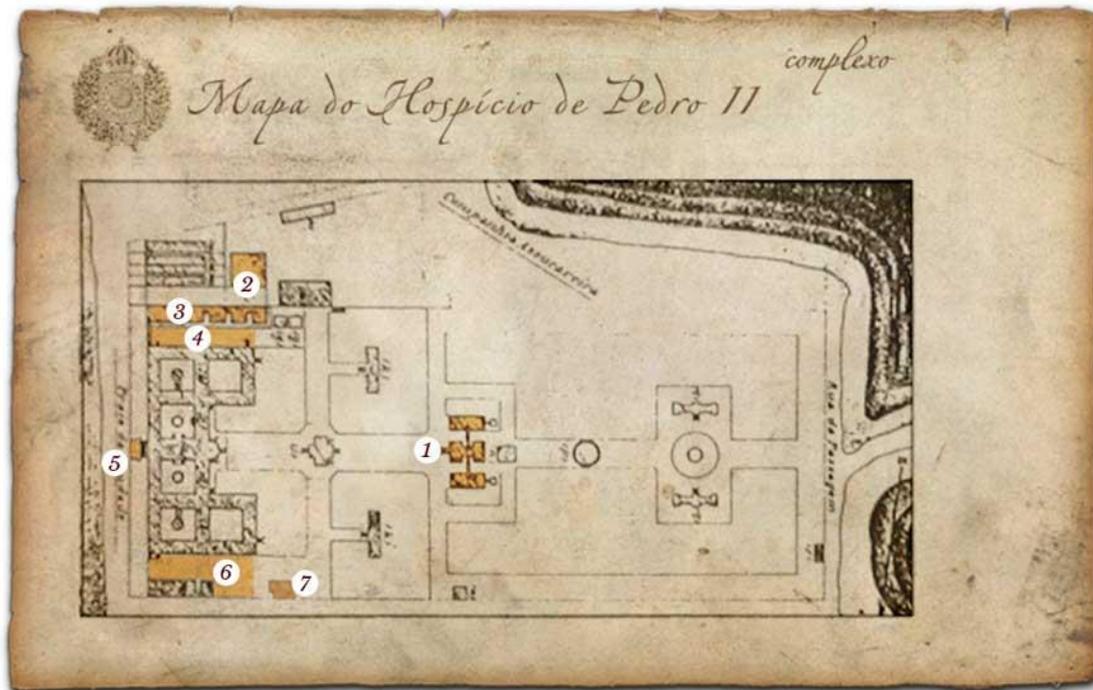
VALLADARES, Ana Cláudia Afonso (org.). **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo: Vetor, 2004.

WADI, Yonissa Marmitt. **Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923)**. História Unisinos. 10(1):65-79, Janeiro/Abril, 2006.

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Departamento de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/4426/2/240.pdf>. Acesso em: 11 de novembro de 2018.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil**. Psicol. rev. (Belo Horizonte) v.14 n.1 Belo Horizonte jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100008. Acesso em 15 de outubro de 2018.

ANEXO A- Planta baixa do complexo do Hospício de Pedro II

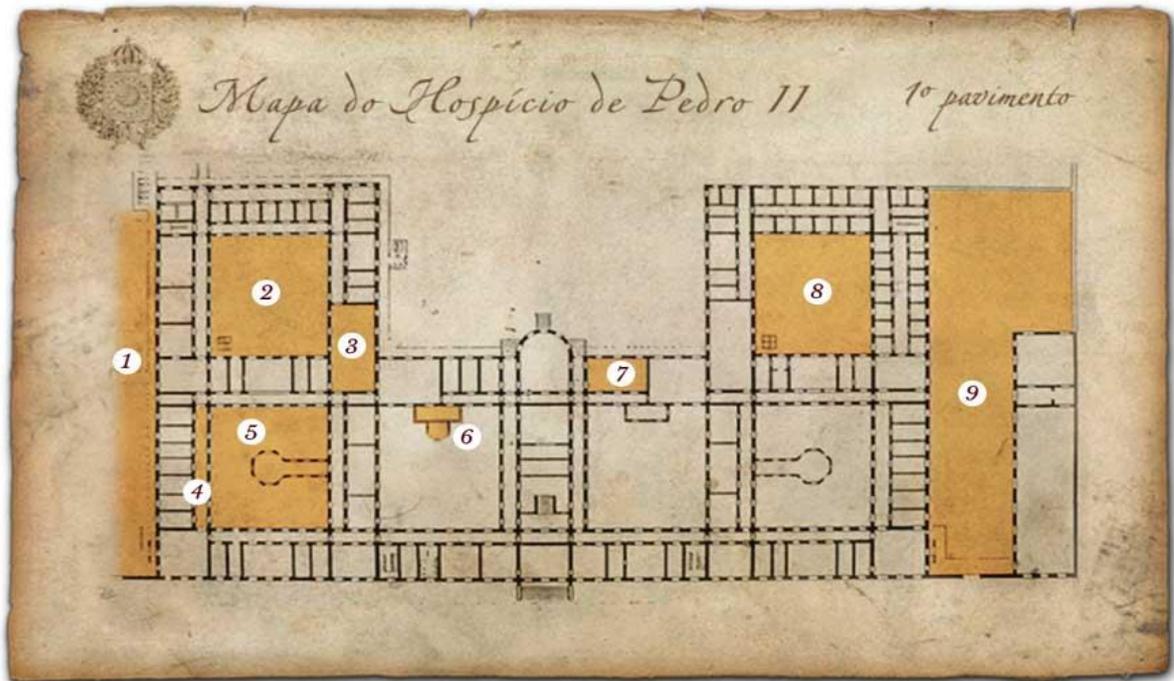


Fonte: CAETANO, Lucinda Oliveira. *Palácio Universidade do Brasil, ex-hospício de D. Pedro II: imagens e mentalidades*. 1993. Dissertação (Mestrado em História e Crítica da Arte) - Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Belas Artes, Rio de Janeiro; UFRJ, 1993

Complexo do Hospício de Pedro II

- 1- Pavilhão de observação
- 2- Sala de ginástica
- 3- Pavilhão das imundas/ ateliê de costura
- 4- Pátio feminino
- 5- Fachada para Av. Pasteur
- 6- Pátio masculino externo
- 7- Usina elétrica e casa dos acumuladores

ANEXO B- Planta baixa do 1º pavimento do Hospício de Pedro II

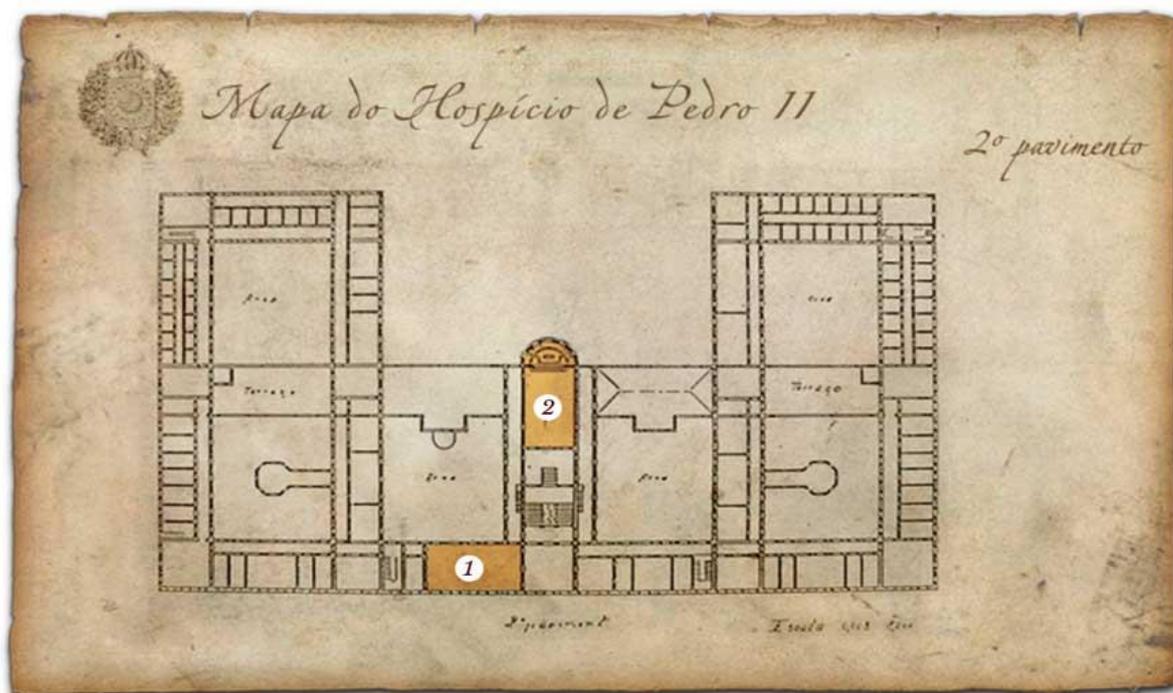


Fonte: CAETANO, Lucinda Oliveira. *Palácio Universidade do Brasil, ex-hospício de D. Pedro II: imagens e mentalidades*. 1993. Dissertação (Mestrado em História e Crítica da Arte) - Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Belas Artes, Rio de Janeiro; UFRJ, 1993

1º pavimento do Hospício de Pedro II

- 1- Pátio feminino externo
- 2- Pátio feminino interno
- 3- Refeitório
- 4- Corredor ala feminina (auge e degradação)
- 5- Pátio feminino interno com torre central
- 6- Sala de cirurgia/maca de cristal
- 7- Laboratório/farmácia
- 8- Pátio masculino interno
- 9- Pátio masculino externo

ANEXO C- 2º Pavimento do Hospício de Pedro II



Fonte: CAETANO, Lucinda Oliveira. *Palácio Universidade do Brasil, ex-hospício de D. Pedro II: imagens e mentalidades*. 1993. Dissertação (Mestrado em História e Crítica da Arte) - Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Belas Artes, Rio de Janeiro; UFRJ, 1993

- 1- Sala de administração
- 2- Capela

ANEXO D- Lista dos jornais consultados

ARQUIVO PÚBLICO DE GOIÁS, Goiânia. Jornal Folha de Goiás 31 de Agosto de 1975.

_____. Revista Oeste. **Os tipos de rua**. Goiânia, 1942.

FOLHA DE GOIÁS. Discurso pronunciado por José Peixoto da Silveira na cerimônia de inauguração do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. 3 de abril de 1954. Arquivo Pessoal de Eder Mendes de Paula, Anápolis, 1954.

INSTITUTO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DE GOIÁS, Goiânia. **Jornal Folha de Goiás 02 de Abril de 1954.**

FOLHA DE SÃO PAULO. **Devagar, paciente deixa manicômios**. Cotidiano. São Paulo, 18 maio 2003. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1805200301.htm>. Acesso em 23 de março de 2018.

ANEXO E- Lista de documentários

PASSAGEIROS da Segunda Classe (documentário). Direção: Kim-In-Sem, Luiz Eduardo Jorge e Waldir de Pina. 21 min. Goiânia, 2001. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=9C3K9Ps_1Eg. Acesso em 12 de dezembro de 2017.

EM NOME da razão: Direção de Helvécio Ratton. Fotografia: Dileny Campos. 23 min. Barbacena, 1979. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PeXjSSs4q2k>. Acesso em 15 de janeiro de 2018.

ANEXO F- Lista das Leis utilizadas

BRASIL. Decreto nº. 14.831, de 25 de maio de 1.921. **Approva o Regulamento do Manicomio Judiciario.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 23 de janeiro de 2018.

BRASIL. Decreto nº 5.125, de 1º de fevereiro de 1904. **Dá novo Regulamento à Assistência à Alienados.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5125-1-fevereiro-1904-503179-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 23 de janeiro de 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Projeto de Lei nº 3657/89. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em 15 de maio de 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial [da União], Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 05 de agosto de 2017.

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. **Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.** Disponível em:

<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html> . Acesso em 02 de janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Portaria SAS/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília. **Estabelece proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 10 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília, 1992. **Estabelece diretrizes e normas sobre saúde mental.** Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

BRASIL. Decreto nº 1.077, de 4 de Dezembro de 1852. **Estatuto do Hospício Pedro Segundo.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html>. Acesso em 02 de janeiro de 2018.

BRASIL. Decreto nº 60.252, de 21 de Fevereiro de 1967. Institui, no Ministério da Saúde, a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-60252-21-fevereiro-1967-401028-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acessado em 02 de janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. **Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html. Acesso em 15 de janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em

:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Acesso em: 12 de novembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm. Acesso em 12 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, 20 de Janeiro de 2004. **Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.** Diário Oficial [da União], Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em 15 de maio de 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.247, de 19 de Abril de 1879. **Reforma do ensino primário e secundário no município da Côrte e o superior em todo o Império.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>. Acesso em 21 de abril de 2018.

BRASIL. Decreto nº 8.024, de 12 de Março de 1881. **Regulamento para os exames das Faculdades de Medicina.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-8024-12-marco-1881-546191-publicacaooriginal-60103-pe.html>. Acesso em 21 de abril de 2018.

BRASIL. Decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903. **Reorganiza a Assistência a Alienados.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em 02 de janeiro de 2018.

BRASIL. Decreto nº 8.834, de 11 de Julho de 1911. **Reorganiza a Assistencia a Alienados.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8834-11-julho-1911-507693-publicacaooriginal-1-pe.html> . Acesso em 23 de janeiro de 2018.

BRASIL. LEI n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em 15 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Decreto n° 1.559, de 7 de Outubro de 1893. **Reorganiza o serviço da Assistência Medico-legal de Alienados.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1559-7-outubro-1893-502694-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 23 de Janeiro de 2018.

GOIÁS. Decreto-Lei n° 847 de 12 de fevereiro de 1947. **Cria o Serviço de Assistência a Psicopatas no Estado de Goiás.** Diário Oficial de Goiaz, 1° de março de 1947. AHEGo, Goiânia, 1947.

GOIÁS. Portaria n° 28 de 15 de janeiro de 1948. **Dispõe sobre a proibição da mendicância em Goiânia.** In: DIÁRIO OFICIAL DE GOIAZ. 26 de janeiro de 1948. AHEGo: Goiânia, 1948, p. 7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 396, de 07 de Julho de 2005. **Centros de Convivência.** Brasil. Disponível em: <http://femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/SAS/2005/Julho/PORTARIA%20N%C2%BA396-SAS-Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acessado em 23 de março de 2108.

CEARÁ. Lei n°. 12.151, de 29.07.93. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.** Disponível em: <https://belt.al.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/trabalho-administracao-e-servico-publico/item/1445-lei-n-12-151-de-29-07-93-d-o-de-12-08-93>. Acesso em 23 de março de 2018.

GOIÂNIA, LEI Nº 7.775, DE 08 DE ABRIL DE 1998. **Dispõe sobre a política de saúde mental a ser desenvolvida no Município de Goiânia em termos de prevenção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa e dá outras providências.** Disponível em: http://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete_civil/sileg/dados/legis/1998/lo_19980408_000007775.html. Acesso em 23 de março de 2018.

MINAS GERAIS. Lei nº 11.802, de 18 de Janeiro de 1995. **Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei_11802.pdf. Acesso em 23 de março de 2018.

PARANÁ. Lei Estadual nº 11.189, de 9 de novembro de 1995. **Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais.** Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Estadual_Leis/Lei_Estadual_n_11_189PR_de_9_de_novembro_de_1995.pdf. Acesso em 23 de março de 2018.

Projeto de Lei 4685/2012. **Dispõe sobre a Política Nacional de Economia Solidária e os empreendimentos econômicos solidários, cria o Sistema Nacional de Economia Solidária e dá outras providências.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=559138>. Acesso em 15 de novembro de 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Lei n. 9716, de 07 de agosto de 1992. **Dispõe sobre a reforma psiquiátrica do Rio Grande do Sul, determina substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.** Disponível em:

http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281. Acesso em 23 de março de 2018.

