



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ**  
**CIÊNCIAS SOCIAIS**

**SANDRA PINHO NUNES CASTRO**  
**SUANY DE OLIVEIRA DA SILVA**

**Assistência a pessoa com transtorno mental em Macapá: Uma etnografia  
sobre a aplicação da Política Nacional de Saúde Mental na realidade local**

MACAPÁ - AP  
2015

**SANDRA PINHO NUNES CASTRO**  
**SUANY DE OLIVEIRA DA SILVA**

**Assistência a pessoa com transtorno mental em Macapá: Uma etnografia sobre a aplicação da Política Nacional de Saúde Mental na realidade local**

Monografia apresentada ao curso de ciências sociais da Universidade Federal do Amapá, como parte dos requisitos para obtenção do diploma de licenciatura e bacharelado em ciências sociais.

**Orientador:**

**Prof. Dr. José Maria da Silva**

MACAPÁ – AP  
2015

**SANDRA PINHO NUNES CASTRO  
SUANY DE OLIVEIRA DA SILVA**

**Assistência a pessoa com transtorno mental em Macapá: Uma etnografia  
sobre a aplicação da política nacional de saúde mental na realidade local**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Ciências Sociais, da Universidade Federal do Amapá, como parte dos requisitos para obtenção do título de Licenciado e Bacharelado em Ciências Sociais, sendo considerado satisfatório e aprovado em sua forma final pela banca examinadora existente.

Macapá, 23 de janeiro de 2015.

---

Prof. José Maria da Silva

Orientador

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Manoel de Jesus de Souza Pinto

---

Prof. Raimundo de Lima Brito

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá

362.2

C355a Castro, Sandra Pinho Nunes.

Assistência a pessoa com transtorno mental em Macapá: uma etnografia sobre a aplicação da política nacional de saúde mental na realidade local / Sandra Pinho Nunes Castro, Suany de Oliveira da Silva; orientador, José Maria da Silva. -- Macapá, 2015.

84 p.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Pró-Reitoria de Ensino de Graduação, Curso de Bacharelado e Licenciatura em Ciências Sociais.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Saúde Mental. 3. Política Nacional de Saúde Mental I. Silva, Suany de Oliveira da. II. Silva, José Maria da, (orient). III. Fundação Universidade Federal do Amapá. IV Título.

## DEDICATÓRIA

Eu, Sandra Castro, dedico este trabalho primeiramente a Deus, autor do meu destino, essencial em minha vida, cujo os ensinamentos me dão sustento e coragem para questionar realidades e propor um mundo pautado na igualdade dos seres humanos.

Ao meu esposo Emílio Sérgio, que caminha ao meu lado, me apoiando e dando forças, me fazendo acreditar que é possível realizar todos os sonhos quando se tem determinação e fé em Deus.

A toda minha família, em especial aos meus pais Irapuan e Marluce, que me ensinaram os valores cristãos, éticos e morais, sem os quais a jornada na terra não valeria a pena.

A minha companheira de trabalho Suany, por sua dedicação, compromisso e responsabilidade no cumprimento dos prazos estabelecidos, e sua família, pela forma carinhosa com que me acolheram em seu lar.

Eu, Suany Silva, dedico este a Deus, meu eterno companheiro nessa caminhada.

Aos meus pais Valdeci e Inácia, preciosos e amados, que tanto me orgulham, me ensinam e me inspiram a conquistar meus sonhos.

Aos meus irmãos Suéllen e Charles, que me incentivam em todos os passos de minha caminhada.

Ao meu amado Leonardo, que tanto me apoiou e estimulou a finalizar essa produção.

Aos adoecidos psicicamente, que me inspiraram a dedicar horas para contar suas histórias.

## **AGRADECIMENTOS**

Eu, Sandra Castro, agradeço ao professor José Maria, pela paciência na orientação, apoio, compreensão, amizade e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

Agradeço também a todos os professores que me acompanharam durante a graduação.

Aos amigos e colegas de trabalho, pela compreensão, incentivo e pelo apoio constante. Aos meus colegas de curso pelo incentivo e companheirismo.

Aos profissionais da saúde que se propuseram a dialogar e contribuir conosco, meu agradecimento especial a essas pessoas que apesar de enfrentarem inúmeras barreiras diárias, dedicam o melhor de si para minimizar os sofrimentos das pessoas com transtorno mental. Sem os mesmos, esta monografia não seria possível.

Eu, Suany Silva, agradeço primeiramente a Deus, por guiar cada passo que tenho trilhado e por permitir mais essa conquista. Aos meus pais, que dedicaram e ainda dedicam sua vida ao cuidado e educação de seus filhos. Aos meus irmãos, por compartilharem comigo suas experiências e ensinamentos. Ao meu companheiro Leonardo, pelo incentivo e paciência durante essa jornada. Aos meus colegas de curso, pelo aprendizado vivido e compartilhado durante a graduação. Aos meus professores, em especial o professor José Maria, por dedicaram suas vidas para realizarem a mais bela arte de educar. A minha colega Sandra, que vivenciou junto a mim as angústias e alegrias de realizar essa produção. A todos que, direta ou indiretamente, me incentivaram e colaboraram na conquista deste sonho. Muito obrigada!

“Antes que você torça o nariz e sinta náuseas diante das faces grotesca  
e corpos  
arruinados pelos hospícios e pela vida, saiba que pelo avesso elas  
falam de beleza, saúde, alegria, bem-estar e esperança.  
Compare-se a estas pessoas (sim, são pessoas, membros da nossa  
espécie\_homo sapiens\_gerados em ventres humanos) e descubra que a  
sua ocasional infelicidade é insignificante, que sua ligeira depressão é  
frescura, que suas rugas são lindas e que o mundo chato em que você  
vive é o paraíso.  
Estes infelizes existem para lembrá-lo que sua felicidade é mais real  
do que você imagina. Sinta-se igual a eles.  
Você é apenas o outro lado da moeda...”  
Edson Brandão

CASTRO, Sandra Pinho Nunes; SILVA, Suany de Oliveira da. **Assistência a pessoa com transtorno mental em Macapá:** Uma etnografia sobre a aplicação da Política Nacional de Saúde Mental na realidade local. 2015. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2015.

## RESUMO

O movimento popular denominado de reforma psiquiátrica eclodiu no Brasil a partir dos anos 90 e trouxe como principal reivindicação o fim dos manicômios e um modelo de assistência baseado nos direitos humanos e nos princípios de cidadania, tendo em vista que os maus tratos as pessoas com transtorno mental, e até casos de homicídios, estavam sendo frequentemente denunciados por familiares, ex-internos e até funcionários dos próprios lugares de internação psiquiátrica. Foi apenas no ano de 2001, com a Lei 10.216, que ocorreu a promulgação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que buscava resgatar os direitos destas pessoas com transtorno mental, tornando-se uma conquista celebrada pelos movimentos sociais que tanto lutaram pela causa. Entretanto, a efetivação desta política depende de uma rede de estrutura para prestar apoio e informações aos familiares dos adoecidos, uma vez que a desospitalização trouxe à família a responsabilidade de cuidado com aquele ente familiar que necessita de atenção especial.

Neste sentido, busca-se através desta monografia, realizar um levantamento sobre como está sendo efetivada a PNSM, disponibilizada através do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Macapá, estado do Amapá, através do Hospital de Clínicas Alberto Lima (HCAL), bem como analisar esta assistência a pessoa em sofrimento psíquico e a seu familiar após a implantação da referida política.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Política Nacional de Saúde Mental.

CASTRO, Sandra Pinho Nunes; SILVA, Suany de Oliveira da. **Assistance to mental patients in Macapa:** An ethnography on the implementation of the National Mental Health Policy in the local reality. 2015. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2015.

### **ABSTRACT**

The popular movement called psychiatric reform broke out in Brazil since the 90s and brought the main claim the end of asylums and a service model based on human rights and the principles of citizenship, given that the abuse people with disorders mental, and even homicides, were frequently being reported by family members, former patients and to employees' own psychiatric hospitalization places. It was only in 2001, with Law 10.216, which was the promulgation of the National Policy on Mental Health (PNSM) that sought to redeem the rights of these people with mental disorders, making it an achievement celebrated by social movements who fought so hard for the cause. However, the effectiveness of this policy depends on a network infrastructure to provide support and information to families of diseased, since deinstitutionalization brought the family to care responsibility with that familiar entity that needs special attention.

In this sense, we seek through this monograph, to survey as being effective to PNSM, available through the Unified Health System (SUS) in the city of Macapá, State of Amapá through the Hospital de Clínicas Alberto Lima (HCAL), as well as analyzing this assistance the person in psychological distress and his family after the implementation of the policy.

**KEYWORDS:** Psychiatric Reform, Mental Health, National Mental Health Policy.

## **LISTA DE SIGLAS**

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CAPS AD** - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

**CAPS III** - Centro de Atenção Psicossocial III

**CAPS INFANTIL** - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

**CAPTA** - Centro Amapaense de Prevenção e Tratamento ao Abuso de Substâncias Psicoativas

**CEA** – Central de Energia do Amapá

**CEP** – Comitê de Ética em pesquisa

**CESEIN** – Centro Socioeducativo de Internação

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**CONEP** - Conselho Nacional de Ética Profissional

**ECT** – Terapia eletroconvulsiva

**ESF** – Equipes de Saúde da Família

**GM** – Gabinete do Ministro

**HCAL** – Hospital de Clínicas Alberto Lima

**HE** – Hospital de Emergência

**HNA** – Hospital Nacional de Alienados

**MP** - Ministério Público

**MS** - Ministério da Saúde

**MTSM** - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

**NAPS** - Núcleo de Atenção Psicossocial

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PNSM** – Política Nacional de Saúde Mental

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**RAIS** – Relação Anual de Informações Anuais

**RAPS** - Redes de Atenção Psicossocial

**SAMU** - Serviço de Atendimento Médico de Urgência

**SENAI** – Serviço Nacional de Aprendizagem e Ensino

**SRF** - Serviço Residencial Terapêutico

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TJAP** - Tribunal de Justiça do Estado do Amapá

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema de equipamento para irrigação contínua da cabeça do paciente com água fria. Chamava-se também "ducha". .....	26
Figura 2 - Apresentado por Benjamin Rush em 1811, o tranquilizer era utilizado para acalmar os maníacos que permaneciam imobilizados por longas horas. ....	28
Figura 3 - O swing ou balanço foi inventado por Erasmus Darwin e foi muito utilizado nos manicômios da Inglaterra e França. Considerado extremamente eficiente, passou por inúmeras adaptações. ....	29
Figura 4 - A máquina rotatória podia ser utilizada por dois pacientes simultaneamente. A velocidade de rotação era de cem giros por minuto, causando no paciente palidez, náusea, vômito e frequentemente evacuação da bexiga. ....	30
Figura 5 - Também chamada "crucifixação", a cruz de cordas era utilizada para conter loucos furiosos, impedindo que se arremessassem contra os outros, contra as paredes ou contra o solo. ....	31
Figura 6 – Rede de Atenção Psicossocial. ....	46
Figura 7 – Portão principal de acesso a psiquiatria. ....	66
Figura 8 - Área externa onde os pacientes realizam atividades de interação social, recebimento de visitas, entre outros. ....	67
Figura 9 – Área externa em que os pacientes circulam durante o dia. Ao fundo, está o refeitório e a copa. ....	69

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPITULO I – A internação da loucura: condições históricas.....</b>	<b>15</b>
<b>I.1 – Loucura e sociedade: a relação entre dois mundos .....</b>	<b>15</b>
a) Da Pré-história a Idade Média.....	15
b) A doença mental na era Moderna.....	19
<b>I.2 – Onde os loucos têm vez: manicômio e curas terapêuticas.....</b>	<b>23</b>
<b>I.3 – Brasil: instituições hospitalares e curas terapêuticas .....</b>	<b>38</b>
<b>CAPITULO II – Política Nacional de Saúde Mental: uma realidade a ser conquistada....</b>	<b>41</b>
<b>II.1 – Movimentos Sociais: a luta pela reforma psiquiátrica .....</b>	<b>41</b>
<b>II.2 – A Política Nacional de Saúde Mental-PNSM.....</b>	<b>48</b>
<b>II.3 – Serviços de atenção psicossocial no município Macapá.....</b>	<b>52</b>
<b>CAPITULO III – As ciências sociais e a pesquisa em saúde.....</b>	<b>55</b>
<b>CAPITULO IV – Etnografia: estrutura e tratamento ao doente mental.....</b>	<b>59</b>
<b>IV.1 – A rede de assistência ao doente mental em Macapá/AP .....</b>	<b>59</b>
a) CAPS III.....	59
b) CAPS Infantil .....	61
c) CAPS AD .....	62
<b>IV.2 – Estrutura e condições de tratamento no hospital psiquiátrico .....</b>	<b>64</b>
a) As dificuldades no acesso aos recursos materiais .....	64
b) Estrutura física.....	66
c) Os cuidados para garantia da segurança pessoal .....	70
d) Procedimentos do atendimento .....	72
e) As atividades sociais e lúdicas .....	75
f) Rota de fuga .....	76
<b>IV.3 – A importância da família para efetivação da PNSM.....</b>	<b>77</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>

## **INTRODUÇÃO**

Tratados diferentemente e à margem da sociedade, as pessoas com transtorno mental configuram-se como atores principais de leis que buscam alcançar a reintegração social destes que foram escondidos e excluídos do convívio social por séculos.

Com o intuito de modificar a realidade de exclusão, que promulgou-se no Brasil a Lei nº. 10.216 (BRASIL, 2001) no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. A referida lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de redirecionar a assistência em saúde mental e privilegiar o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, impondo ainda novos direcionamentos para implantação da reforma psiquiátrica.

Buscou-se através desta pesquisa avaliar sociologicamente como está sendo efetivada a PNSM no município de Macapá, estado do Amapá. As vivências dos profissionais da área de saúde foram utilizadas como foco da pesquisa, bem como as dificuldades e barreiras enfrentadas por estes para que possam executar um atendimento qualitativo para as pessoas com transtorno mental e os familiares que as acompanham.

Esta pesquisa será de grande relevância por tratar-se de um estudo pioneiro sobre saúde mental na área de ciências sociais. Sendo assim, servirá como banco de dados para pesquisas posteriores sobre o tema, considerando que as informações acerca da operacionalização da política em nosso Estado são escassas.

Esta monografia foi realizada no período de março a dezembro de 2014 e, como campo de pesquisa, utilizou-se dos principais pontos de atendimento que compõem a rede de atenção as pessoas com transtorno mental em Macapá, correspondendo aos CAPS e hospital psiquiátrico.

No intuito de compreender como foi realizada a institucionalização e, posteriormente, a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, utilizou-se de pesquisas bibliográficas para levantar informações históricas pertinentes a pesquisa. Com o objetivo de avaliar a efetivação da política em âmbito local, empregou-se como metodologia o estudo de campo, onde foram levantadas informações referentes ao atendimento das pessoas com transtorno mental e seus familiares dentro na rede de assistência.

Por conseguinte, esta monografia apresenta-se na seguinte estrutura:

No **Capítulo I** será exposto a contextualização do tratamento recebido pelas pessoas com transtorno mental ao longo da história, demonstrando como foi o processo de inserção desses nos manicômios e o tratamento ali recebido.

No **Capítulo II** é apresentada o processo de construção da Política Nacional de Saúde Mental, os seus principais preceitos, demonstrando como se estrutura a rede de assistência.

No **Capítulo III** será abordado questões referentes as dificuldades encontradas durante a realização da pesquisa de campo. Levantando-se uma crítica em relação a submissão de pesquisas das áreas humanas e sociais aos comitês de ética, que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos.

No **Capítulo 04** será disposto, etnograficamente, sobre a efetivação da política na realidade local, onde será relatado, sob a ótica dos profissionais, como é realizado o atendimento das pessoas com transtorno mental no município de Macapá.

## **CAPITULO I – A internação da loucura: condições históricas**

### **I.1 – Loucura e sociedade: a relação entre dois mundos**

A reforma psiquiátrica busca resgatar os direitos humanos retirados das pessoas com transtorno mental. Entretanto, para compreender de que forma essa conquista vem sendo executada é necessário entender em qual momento e de que forma esses direitos foram subtraídos destas pessoas. Neste capítulo, buscaremos na história o surgimento das instituições para aqueles com transtorno mental, a eclosão da abordagem sobre curas e tratamentos terapêuticos junto à ciência, o surgimento dos manicômios, um espaço dedicado exclusivamente a esta parte populacional que teve sua vida social retirada, e ainda como se configurou a instalação destes locais no Brasil.

Ao abordarmos sobre saúde mental, podemos afirmar que esta “é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas” (AMARANTES, 2007, p.19). E esta complexidade provocou inúmeras formas de abordagens quanto ao tratamento das pessoas com transtorno mental.

Apontados como loucos, insanos, alienados, estas pessoas foram deixadas de lado no decorrer da história por suas inconstâncias e “anormalidades”. Suas especialidades requeriam da sociedade um tratamento e uma atenção especial na qual esta não estava apta a oferecer, provocando então a exclusão total dos adoecidos.

#### **a) Da Pré-história a Idade Média**

Ao longo da história, podemos constatar que as pessoas doentes, sejam físicas ou mentalmente, os acidentados gravemente e os idosos causavam dois tipos de tratamentos no período pré-histórico até a Neolítica: o de aceitação social, tolerância e apoio, ou o de menosprezo, eliminação e destruição (SILVA, 1987).

Silva (1987) nos informa que a primeira forma de tratamento descrita no período acima citado é composta de variadas maneiras de aceitação, encontrando-se desde a tolerância pura e simples até a atribuição de honrarias e ocupação de posições importantes na comunidade. Esse tratamento positivo não correspondia necessariamente às “raças mais cultas”, experimentadas ou evoluídas e, apesar do cuidado e zelo, quando do escasseamento da caça, da pesca e de outros alimentos, o grupo primitivo tinha dificuldades quanto ao

deslocamento para outros espaços férteis em virtude das limitações destas pessoas, representando um “peso” para a coletividade.

A segunda forma de tratamento, por sua vez, correspondia à destruição habitual daqueles que não representavam produtividade ao grupo primitivo. Havia a necessidade de arrecadação de alimentos e mantimentos e a sustentação daqueles que eram considerados inúteis tornava-se uma tarefa que colocaria em risco a sobrevivência dos demais, causando assim a destruição destas pessoas adoecidas e idosas, seja por abandono, por morte violenta, por inanição ou abatimento (SILVA, 1987).

O que podemos destacar deste período histórico, é que a rejeição ou a morte das pessoas com transtorno mental, físicos e idosos era raramente originada por ostracismo ou discriminação intencional. Suas eliminações eram causadas pelas dificuldades encontradas no cotidiano: a obtenção de alimentos, a ausência de autossuficiência e agilidade para manutenção da própria segurança, ou por motivos de crenças em males vingativos presentes naquelas pessoas. A discriminação e o tratamento dos doentes como pessoas ridicularizadas são produtos de civilizações mais sofisticadas, como encontrado na Roma Antiga, que utilizava destas pessoas como objetos comerciais ou de entretenimento, conforme apontado por Silva (1987):

Na Roma dos tempos dos Césares, ou seja, em séculos mais sofisticados e menos bárbaros, deficientes mentais, em geral tratados como "bobos", eram mantidos nas vilas ou nas propriedades das abastadas famílias patrícias, como protegidos do "pater familias". Cegos, surdos, deficientes mentais, deficientes físicos e outros tipos de pessoas nascidas com malformações eram também de quando em quando ligados a casas comerciais, a tavernas, a bordéis, bem como a atividades dos circos romanos, para serviços simples e às vezes humilhantes, costume esse que foi adotado por muitos séculos na História da Humanidade. (p.130).

Roma ainda detinha um mercado especializado para compra e venda de homens que tinham anomalias, como três olhos, anões, gigantes, hermafroditas ou aqueles que não possuíam pernas ou braços (DURANT, 1957). O diferente devia ser tratado às margens da sociedade, sendo objetos concretos de uma realidade ridicularizada, sem espaço para o convívio comum e com tratamentos excludentes pois o “anormal” não possuía lugar naquela sociedade.

Apesar do forte Império Romano ter fincado raízes por mais de sete século de lutas, a doutrina cristã conquistou aos poucos os romanos desfavorecidos, incluídos neste grupo

aqueles que detinham doenças físicas e mentais, e passando posteriormente a maioria da sociedade da época. Cabe ressaltar que no período de surgimento do cristianismo, ocorreram repressões, perseguições e mutilações aos cristãos, uma vez que no Império Romano era inaceitável religiões que iam contra os preceitos de uma sociedade escravista e excludente. De início, os praticantes da religião passavam por torturas seguidas de mortes, posteriormente, os imperadores, preocupados em manter uma imagem de clemência e de “humanidade”, ordenaram aos juízes que causassem apenas mutilações aos cristãos, resultando numa população de muitas pessoas com deficiências e que eram perseguidas e torturadas até a morte (SILVA, 1987).

Com a consolidação do cristianismo e a adoção de uma doutrina religiosa, voltada para a caridade, onde todos deveriam viver para o “amor ao próximo”, com princípios de igualdade e humildade, a moral cristã atribuiu aos homens a dignidade de possuir almas, tornando inaceitável o abandono e a eliminação dos doentes físicos e mentais. As mudanças foram realizadas inclusive no aspecto jurídico, conforme relatado por Silva (1987), onde em 315 d.C. as pessoas com deficiência passaram a receber proteção legal com a implantação da Lei Constantino. Esta trazia em seu texto a proteção aos recém-nascidos que tinham suas vidas ceifadas pelos pais de família por possuírem defeitos ou má formação congênita. Estas ações passaram a ser proibidas e o Estado deveria prestar assistência quanto à alimentação e vestuário das famílias mais pobres.

A partir do século IV d.C., com influência dos princípios da caridade cristã, surgiram asilos<sup>1</sup> voltados para a prática de caridade aos pobres, marginalizados e adoecidos, cabendo aos bispos e outros párocos a responsabilidade de prestar as assistências necessárias àqueles que nestes locais eram acolhidos.

Silva (1987) aponta ainda que o advento do cristianismo promoveu na Europa a valorização do homem e o direito à vida, instituindo um sistema de assistencialismo que acolhia aqueles que detinham deficiências, ao mesmo passo que tirava-os do convívio social numa lógica de esconder aqueles que estavam sob maus espíritos ou castigados por Deus. Pessotti (1984) nos traz a seguinte passagem:

---

<sup>1</sup>Segundo Filho (1999, s/p), asilo corresponde a “casa de assistência social onde são recolhidas para sustento ou também para educação, pessoas pobres e desamparadas como mendigos, crianças abandonadas, órfãos, velhos, etc.”.

A solução do dilema é curiosa: para uma parte do clero, vale dizer, da organização sócio-cultural, atenua-se o 'castigo' transformando-o em confinamento, isto é, segregação (com desconforto, algemas e promiscuidade) de modo tal que segregar é exercer a caridade, pois o asilo garante um teto e alimentação. Mas, enquanto o teto protege o cristão as paredes escondem e isolam o incômodo ou inútil. (p.7)

A associação das pessoas com transtorno mental e doentes físicos às impurezas e ao pecado foi bastante intensificada na Idade Média, período em que a caridade foi substituída pela rejeição em virtude de haver a crença de que essas pessoas possuíam os corpos manchados pelo demônio, vindos à vida por carmas e culpa de seus pais e familiares (RECHINELI; PORTO; MOREIRA, 2008). Os hospitais, que antes eram ambientes para a prática de caridade para os cristãos, transformaram-se então em locais para depósito de pessoas pobres, enfermas e que não possuíam condições de cuidar de si mesmas, ficando nestes espaços até o fim de seus dias.

Ao longo da Idade Média, a igreja católica influenciou profundamente o mundo ocidental. Com uma sociedade que tinha suas terras constantemente invadidas por povos considerados bárbaros e pestes se espalhando por todas as camadas populacionais, era na religião que a população procurava consolo para explicar os males sofridos com tanta frequência. Essa crença provocou um movimento generalizado na Europa, nos séculos XIII e XVI, que acarretou atitudes negativas por parte da população em relação as pessoas com transtorno mental: a caça às bruxas, denominada pela igreja católica como Santa Inquisição (SZASZ, 1978).

Com o objetivo de proteger a sociedade contra o “mal”, no período de 1370 a 1702, foi realizada uma verdadeira perseguição às pessoas que iam contra os dogmas cristãos ou que eram caracterizadas como anormais. As pessoas com transtorno mental, por possuírem particularidades, foram discriminados e perseguidos por serem intitulados como bruxas. Suas deficiências seriam provocadas por um pacto com o diabo ou seu nascimento seria causado pela união da mulher com o demônio, justificando-se assim a necessidade de punições, torturas ou até mesmo sua queimação para livrar-se dos espíritos do mal (SCHWARTZMAN, 1999).

Torturados ou queimados, as pessoas com transtorno mental tiveram suas vidas vinculadas ao preconceito e, para a sociedade da Idade Média, suas imagens foram

veiculadas ao demônio, por considerarem que os sintomas sofridos pela doença eram manifestações dos poderes da arte satã e o afastamento destas da sociedade.

Destarte, apesar dos males causados no final da Idade Média às pessoas com transtorno mental, devemos atribuir a este período o grande feito da extensão e criação de uma rede de assistência aos doentes, pobres e marginalizados. O que colaborou para o desenvolvimento dos hospitais e, gradativamente, humanizou atenções para com os doentes ou pessoas deficientes, marcando assim os primeiros passos para o reconhecimento de uma responsabilidade social frente aos necessitados (SILVA, 1987). Entretanto, não podemos esquecer que apesar dos avanços quanto as assistências prestadas, os doentes e deficientes eram tratados com exclusão pela sociedade medieval, devendo ficar às suas margens em lugares específicos para afastar das cidades cenas de mendicâncias.

#### **b) A doença mental na era Moderna**

Com as insuficientes explicações religiosas aos acontecimentos na terra, a religião foi debatida pela ciência na idade moderna. O renascimento marcou um movimento renovador no qual reconheceu o valor humano, libertando o homem de uma era de trevas, ignorância e superstições, e inserindo-o em um período em que o “espírito científico” confrontou as concepções tradicionais que se distanciavam da realidade. O surgimento do método científico causou grandes mudanças quanto aos adoecidos por buscar compreender as tipologias e, conseqüentemente, carregar noções com caráter de patologia, medicação e tratamento. Pessotti explica que:

A fatalidade hereditária ou congênita assume o lugar da danação divina, para efeito de prognóstico. A individualidade ou irrecuperabilidade do idiota é o novo estigma, que vem substituir o sentido expiatório e o propiciatório que a deficiência recebera durante as negras décadas que atenderam a medicina, também supersticiosa. (1984, p.68).

Apesar dos avanços quanto à compreensão científica dos diversos tipos de doença, as pessoas que se encontravam em sofrimento psíquico ainda estavam ligadas aos tempos anteriores. Para a sociedade da época, as representações de doenças mentais ainda seriam conseqüências da ligação com o diabo e, apesar do movimento de humanização marcante naquela época, considerava-se que estes não detinham almas e tinham sua carne tomada pelo diabo (SILVA, 1987). Ainda sobre esse ponto, Silva (1987) relata:

Até o século XVI as crianças com retardo mental profundo eram consideradas em certos meios como entidades que se assemelhavam a seres humanos, mas que não o eram. Havia a crença generalizada principalmente entre alguns religiosos que essas crianças ocupavam o lugar e chegavam a substituir mesmo crianças normais, através da atuação e interferência diretas de maus espíritos, de bruxas ou de fadas maldosas e de duendes demoníacos. (p. 164).

A crença em tal afirmação não era presente apenas entre religiosos, atingia também os que eram considerados como de mais altos níveis intelectuais, como Martinho Lutero, conforme exposto por Silva na seguinte passagem:

Exemplo dos mais marcantes foi o de Martinho Lutero que negou a própria natureza humana de uma criança com retardo mental de alguma seriedade. Eis o que Martinho Lutero relatou a respeito desse caso: "Há oito anos atrás havia em Dassau uma dessas crianças que eu, Martinho Lutero, vi e examinei. Tinha doze anos de idade, usava seus olhos e todos os seus sentidos de tal maneira que a gente poderia pensar que era uma criança normal. Mas ela só sabia fartar-se tanto quanto quatro lavradores. Ela comia, defecava e babava e se alguém tentasse segurá-la, ela gritava. Se alguma coisa ruim acontecia, ela chorava. Assim, eu disse ao príncipe de Anhalt: se eu fosse o príncipe, eu levaria essa criança ao rio Malda, que passa perto de Dassau e a afogaria. Mas o príncipe de Anhalt e o príncipe da Saxônia, que estavam presentes, recusaram-se a seguir meus conselhos. Eu disse, então: Bem, então os cristãos rezarão o Pai Nosso nas igrejas e pedirão que Deus leve o demônio embora. E assim foi feito diariamente em Dassau, e o retardado morreu um ano depois".

Lutero chegou a afirmar que estava convencido de que aquele retardado de doze anos de idade era apenas massa de carne ("massa carnis") sem alma. "O demônio possui esses retardados e fica onde suas almas deveriam estar" (Apud Wolfensberger). (SILVA, 1987, p.124).

Aos ditos loucos, cabiam-lhe então a exclusão e afastamento da sociedade quando não sua eliminação. Foucault afirma em seu livro *História da loucura* (1972) que, ao longo da calmaria dos rios da Renânia e dos canais flamengos, existiam barcos que transportavam carga de insanos desprezados pela sociedade de uma cidade para outra. Denominados como "Nau dos Loucos", o objetivo da viagem era entregar as pessoas com transtorno mental ao seu local de origem, deixando que cada cidade carregasse consigo a responsabilidade de cuidar de seus cidadãos doentes mentalmente, ou então, as viagens eram meramente simbólicas, objetivando encontrar na tranquilidade das águas a razão para aqueles que a tinham perdido, sendo uma forma de expurgar da cidade os loucos considerados pela sociedade da época em estado de vagabundagem, atribuindo às navegações um lugar de prestígio social. É importante destacar que, apesar da existência das navegações, ainda era possível encontrar cidades que não foram lugares de peregrinação. Nuremberg na Alemanha por exemplo, realizava o

acolhimento em grande número de loucos (mais do que podia ser suportado pela cidade) que eram alojados e mantidos pelo orçamento da cidade. Entretanto estes não recebiam nenhum tipo de tratamento; eram jogados na prisão.

Apesar da realidade de exclusão dos doentes psiquicamente ainda permanecer por toda a Idade Moderna, ocorreram grandes avanços hospitalares e médicos na modernidade. Em relação aos hospitais, embora a realidade de época continuasse ruim no continente europeu, com a falta de higiene, negligências e até maus tratos por parte do atendimento não especializado, os hospitais foram passando pouco a pouco para o controle e responsabilidade dos governos locais que empenhavam-se para solucionar, ou ao menos diminuir, o sofrimento daqueles que eram internados. Os hospitais deixaram de ser depósitos de desfavorecidos na Idade Moderna para se tornarem ambientes para tratamento e busca da cura dos enfermos, desde que não fossem pessoas com transtorno mental, representando, em alguns locais, um centro de treinamento para conhecimento dos médicos e maior atenção da medicina (SILVA, 1987).

O progresso médico-hospitalar favoreceu para a criação de hospitais especializados que contribuíram para um dos grandes marcos científicos da época moderna que foi o surgimento da especialidade ortopédica, em meados do século XVI, com os estudos de Ambroise Paré.

A relação entre medicina e doença mental surgiu por volta do século XVI, conforme apontado por Henrique (2012, s/p):

Por volta do século XVI, Paracelso e Cardano, médicos e filósofos, afirmaram que deficientes mentais constituíam problema médico, ocorrido por fatores hereditários ou cognitivos. Dessa forma, o médico é quem passa a decidir o destino dos deficientes, e não mais o clero. Entretanto, no século XVIII, com a Revolução Burguesa e o surgimento do Capitalismo Mercantil, na medida em que não se acreditava que os deficientes poderiam ser educados e se tornarem produtivos, e tendo a medicina, a responsabilidade sobre eles, os deficientes passam a ser internados em hospitais psiquiátricos que começam a surgir nessa época. Segundo Aranha (1994), tais hospitais são considerados como “locais para confinar, mais do que para tratar os pacientes que fossem considerados doentes, que estivessem incomodando a sociedade ou ambos” (p. 285).

Vê-se, portanto, a libertação dos doentes físicos, miseráveis e os pobres para sua reinserção social através do trabalho industrial impulsionado pela revolução burguesa.

Aqueles com transtornos mentais, reserva-se ainda a realidade por trás de muros, aprisionando uma vida a correntes e celas. A grande diferença agora é o rompimento com os espíritos do mal e a atenção médica que a estes será fornecida. A loucura recebe a atenção do olhar médico. Na internação, o insano tem liberdade para se expressar e seus delírios são ouvidos.

Foucault (1972) aponta que a apropriação da loucura pela medicina no século XVIII não teria sido originada pelo reconhecimento da insanidade como doença. O que ocorria era a preocupação com as críticas econômicas em relação a forma que a assistência era prestada, as denúncias políticas em relação as arbitrariedades de tratamento e o medo de que estas casas pudessem ser vistas como focos do mal pela população. Segundo o autor, a necessidade da figura médica nos ambientes não se daria pela carência de tratamento por parte dos internos, mas para desempenhar o papel de guardião da sociedade, protegendo-a da dúvida de que aqueles locais ofereciam perigo. O autor acrescenta ainda que a permanência da loucura em locais de exclusão e o conhecimento médico abstrato colaborou para que médicos pudessem adentrar nos asilos, possibilitando que a loucura pudesse ser tratada por começar configurar-se como doença.

- A Alienação Mental em Philippe Pinel

Da Idade Moderna, destaca-se o médico francês Philippe Pinel com a libertação dos doentes mentais de correntes e celas baixas e úmidas no Asilo de Bicetrê, localizado nos subúrbios de Paris. A ação é considerada como o marco do surgimento da psiquiatria, uma vez que Pinel sistematiza uma classificação metódica para a loucura e atribui um processo de encontro à cura, demonstrando que doentes mentais podiam ser tratados e sua loucura mantida sobre controle quando reinseridos socialmente. Surge então o conceito de Alienação Mental<sup>2</sup> por Pinel no século XVIII, marcando um momento histórico da primeira reforma psiquiátrica. Esta definia a loucura como doença mental e buscava meios para curá-la, agravando estigmas e preconceitos já existentes na sociedade que são sustentados por um discurso de separação moral rígida entre certo e errado, sadio e doente, tratado como verdade absoluta e mantendo os adoecidos distantes para que isolados encontrassem o fim da doença.

---

<sup>2</sup> Alienado é o que está fora de si, fora da realidade. É o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Através do conceito de alienação o modo de relacionamento da sociedade para com a loucura passa a ser profundamente intermediado por uma ciência que, num primeiro momento, Philippe Pinel define como *o alienismo* (TORRE; AMARANTE, 2001).

Concomitante às ideias de Pinel sobre a causa dos distúrbios mentais estarem no próprio convívio social, Samuel Tuke trouxe como tratamento terapêutico o isolamento dos doentes mentais em locais chamados *Retiros*, que correspondiam a casas de campo que ficavam distantes das cidades e do ar poluído causado pelas indústrias. Nestes locais, as pessoas com transtorno mental não ficavam sobre correntes e celas, detinham de janelas sem grades e com vista voltada aos jardins frutíferos. Nos retiros, os doentes mentais realizavam exercícios ao ar livre, passeios regulares, além da prática da agricultura e criação de animais, trabalhos que seriam favoráveis a cura do louco. As casas de campo organizavam-se no modelo de sistema familiar patriarcal, onde doentes e vigilantes desencadeavam relações fraternais em que havia a rigorosidade e o zelo para assegurar o bem-estar dos doentes, possibilitando que estes reencontrassem a calma felicidade e a segurança familiar, alcançando então o retorno da razão possibilitada pelas relações sociais originárias, sem as perturbações proporcionadas pelas evoluções (FOUCAULT, 1972). Apesar do esforço em se distanciar do conceito prisional dos manicômios, com o passar dos anos os retiros tornaram-se semelhantes a estes e entraram em decadência.

As pessoas com transtorno mental foram inseridas em ambiente em que a vastidão do campo ou as sombras dos muros escondem os sonhos de uma vida social. Às margens da sociedade, o doente mental passa a ser visto como figura perigosa, devendo ficar em locais específicos para que longe não possa oferecer riscos às pessoas tidas como normais. Nestes ambientes, com o estereótipo formado e reafirmado, desenvolvem-se inúmeras formas de tratamento das doenças e diversos meios para o alcance da cura, isolando cada vez mais os doentes e tornando por décadas a reinserção social uma mera ilusão, um sintoma causado pelas doenças mentais que são obscuras demais para a compreensão humana.

## **I.2 – Onde os loucos têm vez: manicômio e curas terapêuticas**

Apesar de sua conceituação corresponder a um hospital destinado a tratar especificadamente os doentes mentais (FILHO, 1999), os manicômios são denominados como *Instituições Totais* por Goffman (1961) por estes se enquadrarem nas numeradas características elaboradas pelo autor. Nestes ambientes, os internos desenvolvem todos os aspectos da vida (dormir, brincar, trabalhar, etc.) em um mesmo local e sob uma única autoridade; têm suas atividades rigorosamente estabelecidas em horários planejados e fixados por superiores hierárquicos; muitas de suas necessidades são controladas por uma organização burocrática de profissionais; suas relações são estabelecidas com outros internos, tratados de

forma semelhante, e uma equipe de supervisão, tendo um contato restrito com o mundo existente além dos muros. Sobre este último ponto, Goffman (1961) assinala que a barreira existente entre os internados e o mundo externo é a primeira “mutilação do eu”, uma vez que a “participação automaticamente perturba a sequência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos” (p.24). Para os manicômios, mais especificadamente, o afastamento do mundo externo faz-se necessário para que a cura possa ser alcançada.

Dentro dos manicômios, a medicalização desenvolveu-se e adentrou nos estudos voltados para a relação entre o homem e sua razão e, conseqüentemente, diversos métodos para o encontro da cura surgiram dentro desses espaços. Agora, com a participação e intervenção médica constante, os manicômios forneciam os suportes para que a compreensão da doença fosse realizada. Sobre esse aspecto, Amarante afirma:

O hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência medica, local privilegiado de ensino e aprendizagem). (2007, p.26).

Através das observações possibilitadas dentro dos asilos e visando a garantia da cura e a busca pelo retorno da razão, Pinel encontra um olhar mais sistematizado das doenças nestes locais por estes proporcionarem o rompimento com as contenções físicas, fazendo surgir novos sintomas antes não observados e possibilitando a separação dos doentes em enfermarias de acordo com as manifestações de suas doenças.

Apesar do cientista propor a liberdade dos loucos, que representava apenas sua libertação das correntes, o isolamento já se fazia como tratamento, uma vez que a alienação mental teria sua causa nos meios morais, como o tipo de educação recebida, o modo de vida, a excessiva pratica da religiosidade ou causas ligadas a emoções humanas como paixões, dor, ódio, amor, ciúme, inveja, etc., sendo fundamental para a cura o afastamento daquilo que provocaria a alienação nos doentes.

Este princípio teorizado por Pinel é intitulado como “isolamento do mundo exterior” e é reconhecido como primeiro e fundamental princípio terapêutico da moral, que caracterizava-se como uma prática basilar para que o tratamento fosse realizado de forma

eficaz, proporcionando uma observação apurada e possibilitando a consolidação de um diagnóstico mais preciso e correto, além de promover a ordem e a disciplina necessária para que a mente considerada desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e emoções e pensamentos verdadeiros, provocando uma construção pineliana de isolamento que até os dias atuais não está totalmente superada na prática psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

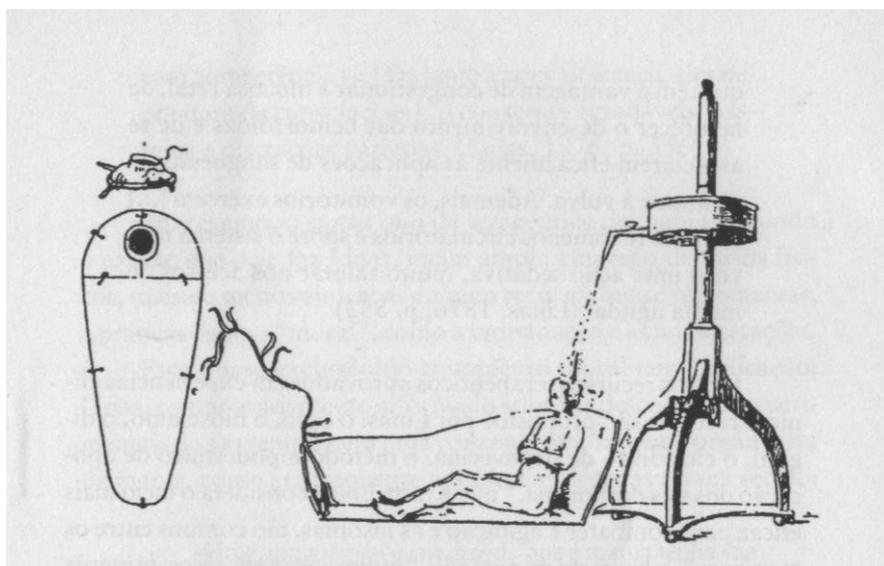
Por conseguinte, para aquele período e segundo Pinel, o manicômio seria por si só uma instituição terapêutica e que, por mais que pudesse trazer danos sentimentais, tanto à família quanto ao doente, seria indispensável para a cura do alienado. Vejamos nas palavras do cientista:

Em geral é tão agradável para um doente estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade terna e indulgente, que enuncio, penosamente, uma verdade triste, mas constatada pela experimentação repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos de terceiros e de isolá-los de seus parentes. As ideias confusas e tumultuosas (...) exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular desta enfermidade, que só podem ser reunidas num estabelecimento que lhes sejam consagrados. (PINEL *apud* CASTEL, 1978, p.86-87).

O manicômio proporcionava o meio e os responsáveis adequados para a cura dos doentes e, a partir da inserção destes no referido ambiente, as curas terapêuticas foram desenvolvendo-se. Nas ideias de Pinel, pelo fato da loucura ser um “desarranjo intelectual” ou afetivo com causas morais, a cura seria possível através da reeducação na qual seria utilizada um processo disciplinar que operava sobre procedimentos moralizantes, mantendo afastado os comportamentos inadequados, como comportamentos sexuais tidos como vícios, causados pela doença através de reprovações. Desta forma, o trabalho terapêutico seria voltado para o tratamento de paixões ardentes, descontroladas, através do confronto entre duas emoções equiparadamente fortes: a que provocaria os delírios e outra empregada para suplantá-la (CHERUBINI, 2006). O confronto entre essas duas emoções estimularia uma “elaboração racional do paciente”, ocasionando a superação daquele primeiro sentimento que causaria os delírios e alcançando a calma dos sintomas da doença. Caso o resultado fosse distante daquele proposto, aplicava-se processos repressivos ou prescrever-se-ia o confinamento definitivo.

Os processos repressivos eram aqueles adotados por organicistas<sup>3</sup> e que os moralistas retomaram como procedimentos corretivos para aqueles que resistiam à aplicação da disciplina e a prática moral. Entre esses procedimentos repressivos destacavam-se:

- Duchas: com a função de purificar, as duchas frias eram utilizadas sobre os pacientes que eram presos em cadeiras localizadas embaixo de um tubo longo que derramava diretamente sobre sua cabeça água fria. O despejo era realizado de forma violenta para que “pudesse arrastar num fluxo irresistível todas as impurezas que constituem a loucura” (FOUCAULT, 1972, p.352).



**Figura 1 - Esquema de equipamento para irrigação contínua da cabeça do paciente com água fria. Chamava-se também "ducha".<sup>4</sup>**

- Duchas surpresas: com as ideias das duchas comuns de afastar as impurezas, as duchas surpresas eram utilizadas originalmente para distrair o melancólico de suas ideias delirantes e, nos casos de mania, eram utilizadas para conter a fúria do paciente, mas também foram aplicadas como modo de coerção costumeira. O sistema das duchas surpresas era mais trabalhoso de ser feito em algumas vezes, mas basicamente era um fosso cavado em uma sala no qual enchia-se de água e acobertava-se com um tapete para que não fosse possível enxergá-lo. Conduzia-se então o paciente calmamente à

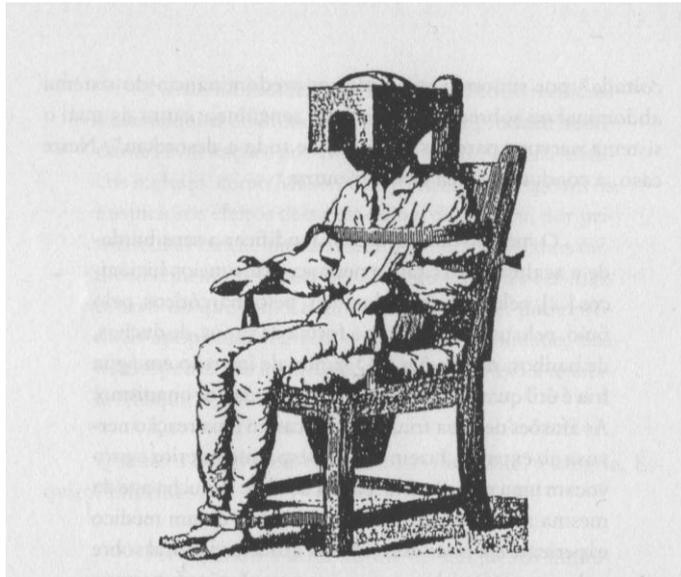
---

<sup>3</sup> Ideias iniciadas por Hipócrates na Idade Antiga nas quais traziam que a causa da loucura seria física (SILVA, 1987).

<sup>4</sup> Fonte: PESSOTTI, Isaiás. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996.

sala até que este passasse por cima do tapete e caísse na água gelada, permanecendo ali até o tempo de recitação de um salmo penitencial invocando o perdão de seus pecados, o que duraria em média mais de dois minutos, tempo suficiente para que o paciente se sentisse congelado. As instituições que não possuíam o fosso, utilizavam de algum riacho ou canal próximo ao asilo (PESSOTTI, 1996).

- Camisas de força: intituladas na época como *camisole*, as camisas de força eram diferentes das conhecidas atualmente. Ao invés de tecido, elas eram feitas de couro guarnecido de ferro, e consistiam em um cinturão que envolvia o baixo ventre do paciente e que possuía, nos dois lados horizontais, braçadeiras que prendiam os pulsos e fixava-os no cinturão na parte das costas por um cadeado ou parafuso (PESSOTTI, 1996).
- Câmara escura: era um método que precisava de equipamentos mais especializados para a época. Pintava-se totalmente de preto um aposento ou cabine e colocava-se meios para produzir ruídos altos e pavorosos como imitação de urros de feras, raios, trovões, entre outros, deixando o paciente desorientado pela escuridão e apavorado pela emissão dos sons. Era indicado para casos de melancolia e mania, e tinha como função “deprimir, com o terror, a excessiva energia do maníaco, ou sacudir a penosa concentração do melancólico” (UGOLOTTI apud PESSOTTI, 1996, p.226).
- *Tranquilizer*: também utilizando da escuridão para “tratar”, o *tranquilizer* usava ainda de meios de imobilizações para conter aquelas manifestações mais agitadas da doença. Sentados em uma poltrona de madeira, os pacientes tinham suas cabeças colocadas em uma caixa escura de forma que fossem imobilizadas, assim também ficavam seus braços, pernas, tronco, pés e mãos que eram amarrados por correias na cadeira. O paciente então era trancado numa sala escura e isolado de qualquer som, sendo obrigado a ficar na cadeira por longas horas. Um balde era colocado no assento para recolher seus dejetos (PESSOTTI, 1996).

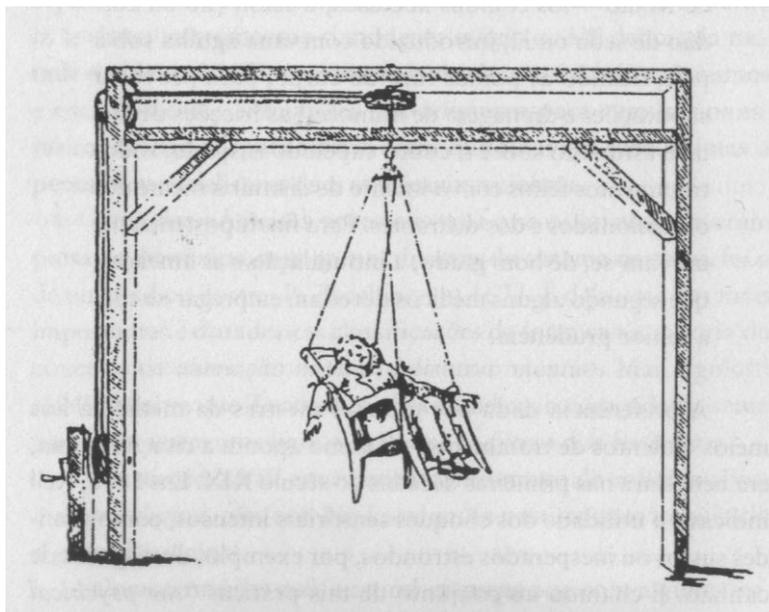


**Figura 2 - Apresentado por Benjamin Rush em 1811, o tranquilizer era utilizado para acalmar os maníacos que permaneciam imobilizados por longas horas.<sup>5</sup>**

- Balanço (“swing”): o maquinário era composto por uma trave de madeira fixada ao teto por cordas. Nela prendia-se uma maca ou uma poltrona de madeira que, ao ficar em movimento rotatório acelerado, provocava nos pacientes vertigens, vômitos e colapsos circulatórios. A máquina causava pavor em pacientes, tanto que para serem colocados ali era necessário o auxílio de diversos atendentes, no entanto para a retirada do equipamento apenas um conseguia exercer a função. O maquinário trazia melhoras para diversos tipos de doenças e também foi bastante utilizado no processo de coerção por causar traumas aos pacientes, eficácias estas que provocaram o aperfeiçoamento do equipamento para a “máquina rotatória” (PESSOTTI, 1996).

---

<sup>5</sup> Fonte: PESSOTTI, Isaías. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996.

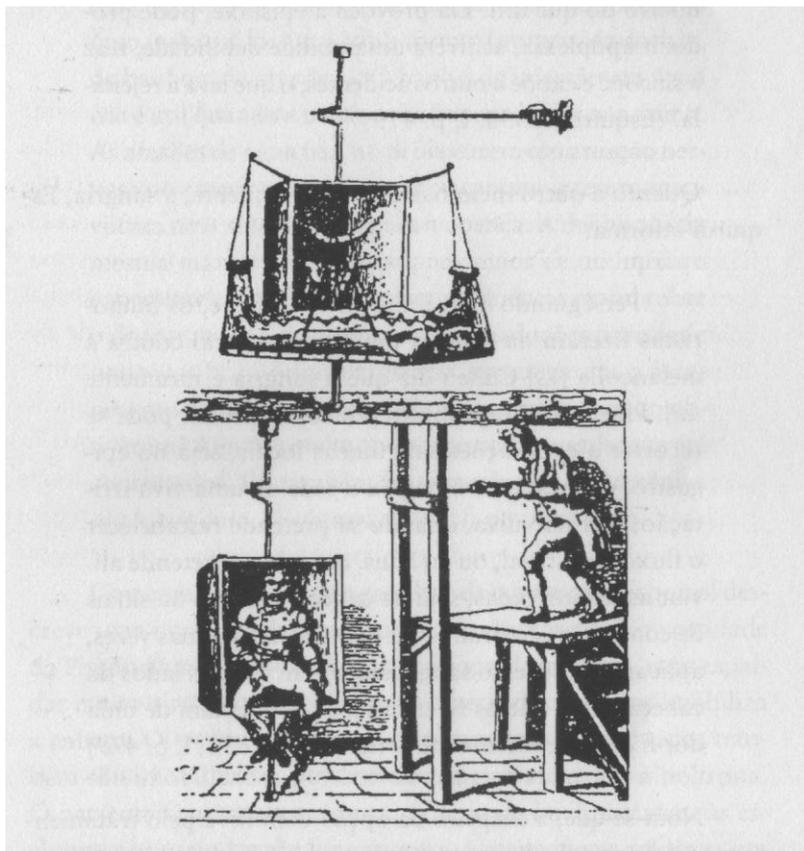


**Figura 3 - O swing ou balanço foi inventado por Erasmus Darwin e foi muito utilizado nos manicômios da Inglaterra e França. Considerado extremamente eficiente, passou por inúmeras adaptações.<sup>6</sup>**

- Máquina rotatória (“*machine dite rotatoire*”): utilizado principalmente por Esquirol, discípulo de Pinel, a máquina rotatória consistia num equipamento que fazia pacientes girarem em alta velocidade para que o curso de seus espíritos fosse recolocado em movimento, partindo ao encontro e retorno da intitulada “razão”. Utilizada para tratar as manias, a máquina rotatória permitia fazer girar o paciente em duas posições: sentado dentro da caixa ou deitado amarrado a uma maca acoplada à caixa. Posteriormente, a razão não era mais o alvo da aplicação do tratamento e sim a punição, aplicando-se então a máquina rotatória até que o paciente perdesse os sentidos.

---

<sup>6</sup> Fonte: PESSOTTI, Isaiás. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996.



**Figura 4 - A máquina rotatória podia ser utilizada por dois pacientes simultaneamente. A velocidade de rotação era de cem giros por minuto, causando no paciente palidez, náusea, vômito e frequentemente evacuação da bexiga.<sup>7</sup>**

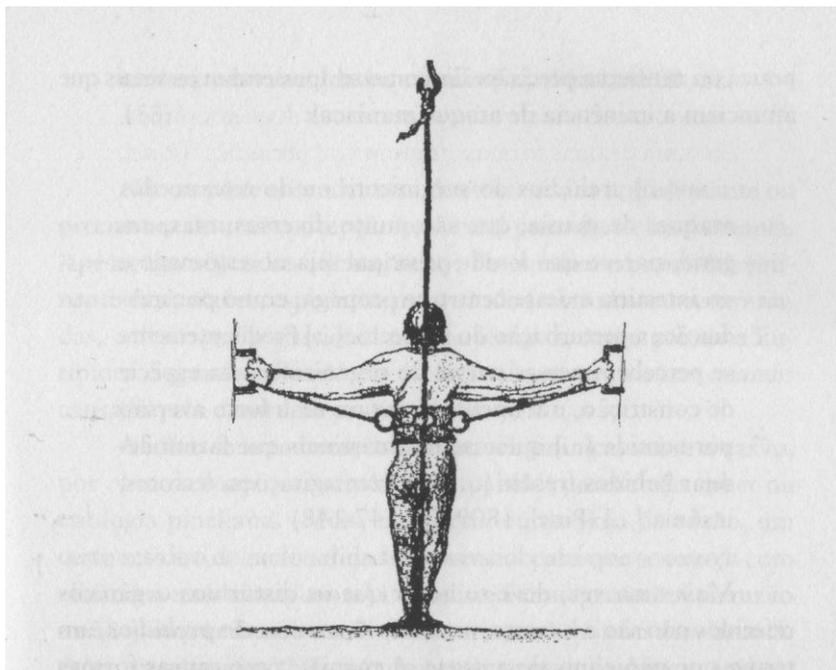
- Sangrias: empregada raramente por Pinel, mas constantemente por Esquirol, as sangrias consistiam na retirada de sangue dos pacientes, seja por cortes extremos ou pela utilização de sanguessugas, afim de melhorar desconfortos físicos em locais específicos do corpo, transtornos estes causados pelo desregramento do sistema nervoso. Desta forma, empregava-se o método na parte superior do abdômen para irritações estomacais; na vulva para restabelecer o fluxo menstrual; no ânus para aliviar hemorroidas; na cabeça para aliviar as dores nestes locais e em qualquer outro lugar do corpo em que o paciente sentisse algum desconforto (ESQUIROL apud PESSOTTI, 1996).
- Vomitórios: empregados geralmente após as sangrias, os vomitórios eram originados pela manipulação de eméticos que provocavam o vômito nos pacientes. Segundo Barbosa (2012), a aplicação da técnica objetivava a diminuição da excitação,

---

<sup>7</sup> Fonte: PESSOTTI, Isaiás. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996.

fortalecendo o pensamento do paciente e colaborando para o mesmo aceitasse a razão. Com a mesma função, os purgantes também eram empregados por Pinel.

- Crucificação ou cruz de cordas: realizada por duas cordas, sendo uma presa do teto ao solo e a outra horizontalmente nas paredes, o paciente ficava em pé imobilizado por um cinturão de ferro e tinha suas mãos presas nas cordas horizontais, ficando sobre o cruzamento das cordas até seus excessos de fúrias serem contidos.



**Figura 5 - Também chamada "crucifixão", a cruz de cordas era utilizada para conter loucos furiosos, impedindo que se arremessassem contra os outros, contra as paredes ou contra o solo.<sup>8</sup>**

Todo o tratamento idealizado por Pinel devia ser aplicado sobre prescrição e acompanhamento médico, figuras fundamentais para a caracterização do tratamento moral. O tratamento em Pinel diferenciava-se pela inserção do saber médico e pela aplicação e desenvolvimento de estudos originados da constante observação clínica. A equipe médica possuía a função de cura e terapia e não somente de exclusão e custódia. Sendo assim, os médicos deviam estar a maior parte de seus dias nos hospitais-asilos para que pudessem observar e delimitar os sintomas de cada paciente e, posteriormente, prescrever o tratamento indicado para que aquela mente doentia pudesse, enfim, alcançar sua racionalização. Inaugura-se portanto uma nova visão de psicopatologia, onde ocorre a influência de uma nova

---

<sup>8</sup> Fonte: PESSOTTI, Isaías. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996.

atitude científica fundamentada na “visão clínica da loucura” ou “na clínica psiquiátrica” que implica a convivência e a interação contínua entre médico e paciente (HOSPODAR, 2009).

O médico detinha então de funções essenciais para o prosseguimento da terapia pineliana, chegando a ser aplicado um regulamento formal em 1826 que tratava sobre esse aspecto funcional – o *Regolamento della Real Casa dei Matti in Aversa*. Sobre este documento, Pessotti destaca algumas passagens que retratam as funções do médico:

Ele devia “examinar se a loucura era verdadeira ou falsa” durante uma fase de observação que se fazia em salas especiais, dotadas de “buracos feitos de um tal jeito que os médicos [podiam] olhar o louco sem ser vistos”. Registrava o princípio e o progresso da loucura”, “para se saber tudo o que o louco fazia” e conhecer os “fenômenos que cada loucura apresentava”. Depois disso, o paciente era “lavado com água morna e aromática”. Em seguida, classificava-se o louco “em uma das quatro espécies de loucura: 1) maníacos; 2) melancólicos; 3) idiotas; 4) epiléticos com delírio”. A seguir, cabia aos médicos o serviço de propor “o método de tratamento para cada louco” e estabelecer o “plano curativo”. (PESSOTTI, 1996, p.166).

Todo o procedimento de acolhimento, observação, definição de patologia, determinação e aplicação do método corretivo eram desempenhados pelos médicos e retomava destes um tempo dedicado exclusivamente para cada paciente. E foi justamente centrada na figura médica que o método moral foi entrando em decadência. Com o passar do tempo, o manicômio acolheu vários doentes mentais e acabou chegando a superlotação. Juntamente com esta, o custo de manutenção dos hospitais constituiu um problema grave e, conseqüentemente, a função de observação paciente e periódica atribuída ao médico tornou-se cada vez mais impossível de ser realizada, inclusive pelos mais próximos seguidores de Pinel. Desta forma, a partir do final do século XVIII, a aplicação dos métodos organicistas que antes eram feitos apenas como forma punitiva, tornaram-se predominantes no cotidiano manicomial, distanciando cada dia mais a realidade nos asilos do modelo de tratamento moral pineliano.

- Doença mental como patologia

No final do século XIX e início do século XX, o pensamento da psiquiatria sofreu forte influência do desenvolvimento da anatomia patológica possibilitada a partir dos manicômios, fazendo então que os alienistas buscassem desenvolver procedimentos físicos e terapêuticos nas causas orgânicas da loucura. O manicômio voltou a ser um local para

depósitos de loucos, entretanto, distante da realidade anterior à Pinel, os atos de violência ocorriam “em nome da ciência” (JORGE, 1997). Sobre este ponto, Pessotti (1996) descreve:

Foi em nome dessa nova verdade que o tratamento manicomial se transformou em um conjunto de intervenções mais ou menos violentas sobre as funções orgânicas. Infligir o sofrimento físico e a violência, para atuar sobre o cérebro doente, passou a ser rotina terapêutica. O manicômio não é mais um ‘instrumento de cura’. Nem instrumento. Passou a ser *locus*, apenas um lugar onde o louco está à mão, para submeter-se aos diversos ‘tratamentos físicos’. (p. 285).

Com o retorno das metodologias organicistas na Idade Contemporânea, as doenças mentais não eram mais objetos de observações constantes que buscavam correlacionar a história pessoal e a conduta anormal de cada paciente; elas tornaram-se peças submetidas ao exame clínico que procurava identificar as alterações cerebrais que provocariam os sintomas da doença. O diagnóstico não baseava-se na busca incessante da razão perdida, mas na investigação direta para determinar as causas e a lesão orgânica específica que determinaria o início das manifestações da doença e a eventual incidência nos ascendentes e descendentes dos doentes mentais. Inclui-se neste ponto que o estudo focado nos ascendentes e descendentes foi trazido por Emil Kraepelin através do Tratado de Degenerescência de Morel no ano de 1857. Esta marcou a origem da psiquiatria moderna e trazia em seu corpo a justificativa de que para aquelas doenças consideradas impossíveis de identificar as lesões cerebrais causadoras da enfermidade, era atribuído uma causa orgânica, justificando que a doença seria passada através da hereditariedade.

Em relação à esta teoria positivista de Kraepelin, que visava somente a classificação das doenças com base nas análises neurológicas, emergiu no início do século XX uma corrente que buscava a natureza humana que estava nas margens da ciência, colocando o homem como parte do mundo e agente de processos afetivos, não sendo apenas um *locus* de habitação de doenças ou meros portadores de distúrbios (PESSOTTI, 2006). Essa teoria subjetiva atribuiu ao homem a capacidade de autoconhecimento e de reação normal ou incomum aos acontecimentos da vida, onde cada sintoma, discurso ou manifestação considerada doentia seria rica de significados e funções.

Dentro da subjetividade oriunda do autoconhecimento da vida, com base na ideia de que os sintomas das doenças seriam determinados a partir do inconsciente e não das lesões cerebrais, Freud funda a clínica psicanalista rompendo radicalmente com o organicismo e o

moralismo usuais nos manicômios, baseando a primeira revolução na terapia científica da loucura e inovando no tratamento de distúrbios mentais com gravidades consideradas leves ou medianas, especificadamente as neuroses, mas não contribuindo significadamente para doenças graves como as psicoses. Segundo o médico austríaco, as desordens comportamentais estariam ligadas a psique de cada individuo, onde os sintomas da doença seriam determinados pelo inconsciente e as falas de cada paciente seriam as expressões dos conflitos conscientes e inconscientes (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

Com o intuito de compreender o funcionamento e a mente humana, Freud idealiza a psicanálise que proporciona um espaço seguro para que os doentes mentais, em postura relaxante, possam externalizar suas angustias, sonhos, aspirações, experiências vividas, e outros assuntos de forma livre. Com base nessas informações recebidas, Freud pôde averiguar que as causas das excitações da mente humana seria o desejo reprimido – na maioria das vezes desejos ligados às fantasias sexuais – que necessitavam ser expostos ao psicanalista que, ao escutar as angustias, poderia instigar a mente do paciente a encontrar a solução dos conflitos no nível da consciência.

Apesar de ser muito usada no século XX, a psicanálise era mais visada como um método de investigação ou pesquisa do que uma forma de tratamento das doenças. Inclusive o próprio Freud posteriormente confirmara considerando que “seria melhor lembrado como criador de um método de investigação de processos mentais do que um grande terapeuta” (EYSENC, 1985, p.18). Contudo, antes de chegar a esta afirmação, o médico austríaco afirma que a psicanálise seria a única capaz de curar os distúrbios mentais, pois o tratamento aplicado não visava apenas a eliminação dos sintomas e sim a cura da doença, uma vez que sem a eliminação total desta não havia como os sintomas retornarem ou surgirem novos depois de algum tempo.

Apesar de utilizar no passado e por um longo período a hipnose, Freud a substitui pelo método da livre associação, onde o tratamento partia de uma palavra, conceito ou cena, derivada de sonhos ou experiências vividas, que o paciente explanava de forma detalhada, e a partir destas Freud realizava associações com os distúrbios. Eysenc detalha:

Freud acreditava que a “doença” por trás dos sintomas apresentados pelo paciente devia-se à repressão de pensamentos e sentimentos conflitantes com a moral e as atitudes conscientes da pessoa; os sintomas eram como que uma

deflagração desses pensamentos e desejos reprimidos e inconscientes. A única maneira de curar o paciente consistiria em facultar-lhe um “vislumbre interior” (*insight*), interpretando seus sonhos e atos falhos, os lapsos de memória e atos incongruentes que, tendo sido causados pelo material recalçado, podem servir para rastrear suas origens. Uma vez logrado o *insight* — que para Freud não representava apenas uma concordância cognitiva com o terapeuta, mas a aceitação emocional do nexos causal —, os sintomas desapareceriam, e o paciente estaria curado. (EYSENC, 1985, p.45)

Freud liga os desejos reprimidos a figura da libido que sofreria intensa repressão social e que traria histerias e neuroses como consequência, tendo em vista que essa energia reprimida causaria danos à mente humana e originaria os sintomas doentes como mecanismo de defesa psicológica. Sendo assim, a energia acumulada em torno da sexualidade deveria ser externalizada para que o indivíduo pudesse redirecionar e controlar suas fantasias de acordo com suas vontades, consistindo em uma tarefa moral e educativa.

Outro marco do século XX, consiste na grande e mais famosa descoberta psiquiátrica que foi a Terapia Eletroconvulsiva (ECT) idealizada por Ugo Cerletti em 1938. Baseada nos estudos de Von Meduna que utilizava canfora ou pentilenotetrazol para provocar convulsões generalizadas como tratamento para a esquizofrenia, a ECT utilizava de choques elétricos aplicados na cabeça para produzirem os mesmos efeitos dos meios químicos usados por Meduna, só que de maneira controlável. A técnica consistia na provocação de convulsões através de estímulos elétricos nas quais o paciente era submetido em dias alternados ao tratamento e, após dez a vinte eletrochoques recebidos, a melhora em grande parte dos pacientes começava a se tornar evidente (BRAGA; PETRIDES, 2007).

Os benefícios da ECT consistiam na segurança e no controle que a terapia proporcionava, além de ser considerada eficaz também em tratamentos afetivos como a depressão severa, somando ainda a vantagem de ser mais prática, barata e eficaz do que as terapias existentes. Com todos os benefícios apresentados, a ECT logo foi aplicada em asilos e hospitais psiquiátricos do mundo todo, contudo foi alvo de críticas pelo uso exacerbado em pacientes não como forma de terapia, mas como forma da equipe hospitalar manter o controle sobre estes, usando a ECT de modo improprio em pacientes rebeldes e problemáticos que recebiam várias sessões por dia muitas vezes sem sedação ou imobilização muscular adequada (SABBATINI, [s.d.]). Tantas foram as crueldades realizadas com pacientes que, em 1970, a ECT deixou de ser utilizada nos hospitais psiquiátricos, voltando a ser utilizada –

após múltiplas modificações e refinamentos - na prática clínica moderna. Segundo Braga e Petrides (2007), a ECT é o único método utilizado atualmente que foi introduzido na metade do século XX e que ainda possui eficácia insuperável para tratar de doenças mentais consideradas graves (depressões maiores, episódios bipolares, esquizofrenias, catatonia, síndrome neuroléptica maligna e alguns transtornos de movimento) que não respondem a outras modalidades de tratamento, como a psicoterapia ou a farmacoterapia, ou que apresentem necessidade de intervenções rápidas para salvar vidas.

Outra grande descoberta revelada na década de 30 foi a Lobotomia, conhecida também como Leucotomia. Tratava-se de um procedimento cirúrgico que buscava destruir áreas do cérebro que seriam responsáveis pela desordem dos impulsos agressivos. Os estudos iniciaram após descobertas laboratoriais estadunidenses que revelaram que o controle do comportamento emocional e agressivo estariam ligados aos lobos frontais e temporais do cérebro. Sendo assim, os médicos John Fulton e Carlyle Jacobson iniciaram experimentos em macacos e procederam com a retirada dos lobos frontais destes, analisando que o comportamento dos primatas havia sido alterado de agressivos e frustrados para calmos e dóceis, além de suas esferas mentais, como a memória e a inteligência, aparentemente ficarem mantidas. Observando o experimento, o neuropsiquiatra Antonio Egas Muniz notou semelhança no comportamento dos macacos e seus pacientes com quadro de psicose, buscou então aplicar a Lobotomia nos seres humanos entretanto com um método diferente: ao invés de realizar a retirada dos lobos frontais, Moniz cortava as fibras nervosas que uniam o córtex frontal e o pré-frontal ao tálamo (estrutura responsável por transmitir informações sensoriais ao neocórtex – responsável pelas funções cognitivas como razão e pensamento lógico) o que provocaria a separação entre razão e emoção e permitiria que os pacientes psicóticos pudessem levar sua vida mais normalmente.

Segundo Sabbatini (1997), o procedimento da Lobotomia correspondia na abertura de dois orifícios no crânio - um de cada lado - por onde passava um instrumento cortante chamado leucótomo de fio que, ao movimentar-se de um lado para o outro, fazia o corte entre os lobos frontais e o resto do cérebro. Como o corte era irreversível, Moniz afirmara que a utilização da Lobotomia devia ser cautelosa, sendo utilizada apenas quando todas as outras terapias estivessem esgotadas por não surtirem efeitos. A descoberta lhe rendeu um Prêmio Nobel em 1949.

Walter Freeman e James Watts levaram a Lobotomia mais adiante e idealizaram modificações para o procedimento. Eles desenvolveram um método de realizar a Lobotomia de forma mais rápida e fácil intitulada de “leucotomia trans-orbital”. A cirurgia podia ser feita em minutos com apenas o uso de anestesia local, um martelo e um quebra gelo que era apoiado no teto da órbita oricular e que recebia uma pancada leve de um martelo ate chega no lobo pré-frontal e fazer seu desligamento. Com um custo baixo, procedimento rápido e que não necessitava sequer do internamento do paciente, a Lobotomia de Freeman e Watts logo foi utilizada em todos os hospitais psiquiátricos não apenas para curar os doentes em quadros mais severos, mas para controlar comportamentos indesejáveis dos pacientes e esvaziar os hospitais psiquiátricos que estavam superlotados na década de 40. Apesar de indicado por Muniz apenas em últimos casos, a Lobotomia foi utilizada de forma descontrolada em crianças com problemas de conduta e baixo rendimento escolar, adolescentes rebeldes, prisioneiros em hospícios judiciais, famílias com a intenção de livrar-se de parentes incômodos, oponentes políticos, e quaisquer outro que apresentasse um comportamento indesejável (SABBATINI, 1997).

Com o desligamento do lobo frontal os pacientes tornavam-se pessoas sem emoções, com iniciativa reduzida e com funções mentais superiores afetadas, não apresentando comportamentos socialmente aceitáveis ou capacidade de planejar ações. Além disso, não haviam estudos científicos que comprovassem a eficácia da cirurgia e apenas um terço dos pacientes apresentavam melhoras, o que acarretou, em 1950, a decadência da Lobotomia em troca de procedimentos mais humanos e menos danosos. Outro fator que contribuiu para a inutilização da Lobotomia foi a descoberta das drogas psicoativas<sup>9</sup>, efetivas no tratamento da depressão, psicoses e ansiedades, sendo a Clorpromazina a primeira a iniciar esta nova era.

Comercializada sobre o nome de Torazina, a Clorpromazina era utilizada inicialmente como vermífugo para porcos até a descoberta de que sua composição trazia um forte efeito calmante semelhante ao alcançado com a Lobotomia, porém reversível – daí o fato de ter substituído facilmente a cirurgia. O uso da droga possibilitou a diminuição do uso de práticas de isolamento e aprisionamento, como as camisas de força. Entretanto seus prejuízos foram verificados através dos efeitos colaterais irreversíveis que a medicação traria, como

---

<sup>9</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1981), drogas psicoativas ou psicotrópicas são aquelas que causam alterações no comportamento, humor e cognição.

contrações involuntárias idênticas a doença do mal de Parkinson atual. Apesar dos efeitos posteriores ao uso do medicamento, a Clorpromazina ainda é utilizada até os dias atuais como indicação no tratamento da esquizofrenia. A Clorpromazina foi apenas a primeira medicação comercializada para tratamentos psiquiátricos, depois desta inúmeras outras foram criadas e são prescritas para o tratamento de diversas doenças.

É indiscutível que os psicofármacos colaboram na diminuição dos transtornos causados pela doença, entretanto, acima de todos os tratamentos descobertos e utilizados durante a história da psiquiatria está a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental, aquele que precisa deixar de ser considerado objeto de estudos ou de observações para descobertas de novas terapias, para ser agente de direitos sociais, um partícipe da vida pública merecedor de todas as garantias e direitos atribuídos a todos os cidadãos.

### **I.3 – Brasil: instituições hospitalares e curas terapêuticas**

O Brasil seguiu a tendência dos métodos de curas terapêuticas mundiais, proporcionando condições precárias de tratamento em ambientes superlotados e sem a preocupação com a dignidade daqueles ali internados.

Após a chegada da corte portuguesa em 1808 e a nova configuração política brasileira, as precárias condições sanitárias das cidades brasileiras ficaram aparentes. Com uma população crescendo e centralizando-se nas capitais, não havia meios para fazer as instalações necessárias muito menos de se preocupar com as pessoas com transtorno mental, consideradas um cargo até mesmo para sua família por serem inoperantes quanto as funções essenciais para a cidade. Para realizar a retirada das pessoas com transtorno mental das ruas, Dom Pedro II promulgou, em 1851, um decreto para fundação de um manicômio no Rio de Janeiro, estabelecimento inaugurado em 1852 com o nome do imperador e configurado como o primeiro grande manicômio com base nos princípios alienistas da América Latina (STOCKINGER, 2007).

Apesar de intitular-se como seguidor dos preceitos de Pinel, o hospital Dom Pedro II não centrava-se na figura médica e sim na caridade e na atenção constante, tal fato se justifica pela administração do manicômio ser feita por congregações religiosas, como a Santa Casa da Misericórdia, que tinham como perspectivas a filantropia e não a cura de doenças.

Sabendo dos reais métodos pinelianos, os médicos brasileiros reivindicaram para si a responsabilidade de tratar das pessoas com transtorno mental nos manicômios. Entretanto, a autorização não foi concedida por Dom Pedro II, sendo recebida apenas em 1890 após a proclamação da república. O governo então tomou a direção do manicômio e iniciou um processo de mudanças, começando com a alteração do nome para Hospital Nacional de Alienados (HNA) e colocando os médicos como responsáveis para tratar das pessoas com transtorno mental. Como no hospital pineliano, os médicos eram responsáveis pela direção e prescrição terapêutica, indicando e participando de todos os meios coercitivos e repressivos quando achados necessários para obediência dos internos (GUIMARÃES, 2011). Logo, semelhante aos manicômios europeus, o HNA apresentou o uso incontrolável dos meios coercitivos, como utilizados por Pinel na Idade Moderna, sendo local de maus tratos e sofrimentos por um longo período.

Os manicômios foram criados em vários locais ao longo do território brasileiro e, com o aumento dos internos retirados das ruas por causarem incômodo na sociedade, os manicômios logo ficaram superlotados, sendo necessária a criação de Colônias que utilizariam como tratamento as atividades de agricultura, agropecuária e artesanatos; atividades que diminuiriam o ônus do Estado com os pacientes e que seriam supostamente benéficas para o tratamento dos internos. Posteriormente, as colônias se transformaram em macrocolônias e puderam receber elevado quantitativo de internos. Juntamente a estas, o diretor da assistência psiquiátrica do Brasil no período de 1910 a 1930, Juliano Moreira, idealizou a criação de um sistema de atendimento hetero-familiar que seria a construção de residências ao redor das colônias para que ali os pacientes ficassem alojados e tivessem acesso às colônias, caso a pessoa com transtorno mental se encontrasse em um quadro agudo. Tanto as macrocolônias quanto o sistema familiar foram abandonados após evidente ineficácia por estes não apresentarem projetos terapêuticos que visassem a devolução do paciente ao ambiente externo, permanecendo sobre tratamento por um longo período (STOCKINGER, 2007).

Juliano Moreira foi um psiquiatra que se debruçou a estudar as manifestações doentias no Brasil. O autor elaborou um estudo, juntamente com Peixoto, para relacionar o clima quente de algumas regiões do Brasil às doenças mentais que poderiam surgir em decorrência de fatores climáticos, concluindo que não há correlação entre os componentes climáticos e o número de casos de loucura, não existindo doenças mentais oriundas apenas do clima tropical

(MOREIRA; PEIXOTO, 2005). Posteriormente, Moreira voltou seus estudos para a discriminação dos europeus em relação à miscigenação brasileira, defendendo um projeto de sociedade moralmente igualitária, distanciando as diferenças físico-orgânicas individuais que afetavam parte da população, mas que eram independentes do clima e da constituição racial (VENANCIO, 2004). Apesar dos avanços nos estudos científicos, Moreira era influenciado pelos organicistas alemães, como Emil Kraepelin, formulando propostas afirmativas desse conhecimento no Brasil e não trazendo modificações para os maus tratos ocorridos nos hospícios (VENANCIO, 2004).

Por anos, as pessoas com transtorno mental permaneceram nos hospícios brasileiros sobre ameaças e tratamentos cruéis, atitudes apoiadas inclusive pelos gestores da saúde que entendiam que as ações realizadas nestes ambientes era um ideal de “limpeza da sociedade”, necessários para curar as “mazelas sociais do país” (TARELOW, 2007). Por conseguinte, o quadro de crueldade aumentou com a utilização da Eletroconvulsoterapia e a Lobotomia nas décadas de 1940 a 1950, alcançando o ápice de brutalidade na ditadura militar, momento em que os manicômios se tornaram habitat para aqueles que iam contra o sistema ditatorial, além dos negros, alcóolatrás, prostitutas, e outros mais considerados indesejados socialmente. Assim, colocam-se nos manicômios pessoas que não estavam adoecidas mentalmente e excedendo ainda mais a lotação do espaço.

Os manicômios abandonaram as práticas de Eletroconvulsoterapia e Lobotomia, entretanto os maus tratos perduraram mesmo após a ditadura militar. O Hospital Colônia de Barbacena, por exemplo, localizado em Minas Gerais, foi um local que ocorreu um “verdadeiro holocausto”: de 1903 a 1980 estima-se que mais de 60 mil pessoas morreram por condições precárias (ARBEX, 2013).

A cruel realidade nos manicômios foi mantida desta forma por anos, até que os gritos de socorro ultrapassaram os muros e foram recebidos por profissionais da saúde, familiares e ex-internos, que entoaram um canto de uma voz só que apelavam para que os direitos sociais e individuais daqueles mantidos naquelas situações pudessem se tornar reais. Inicia-se então um movimento popular em busca da reforma psiquiátrica brasileira, derrubando as barreiras construídas ao longo da história e reinserindo as pessoas com transtorno mental na sociedade.

## **CAPITULO II – Política Nacional de Saúde Mental: uma realidade a ser conquistada**

### **II.1 – Movimentos Sociais: a luta pela reforma psiquiátrica**

Romper com o estigma da loucura e instituir à pessoa com transtorno mental os mesmos direitos assegurados aos cidadãos no Brasil, tem se constituído um dos mais complexos desafios enfrentados na sociedade nas últimas décadas.

Esse capítulo abordará a trajetória de luta política, delineada através dos movimentos sociais, a partir da reconfiguração da função social das instituições de assistência a essa demanda populacional, que deixa de ser campo de atuação específica das ciências médicas, ampliando-se como matéria de estudo de outras disciplinas.

A transformação da função social das instituições hospitalares, fomentou um processo de reestruturação de procedimentos, os quais objetivavam aprimorar os cuidados dispensados aos internados. Esse período ficou caracterizado como o início da medicalização da loucura, marcado ainda pela inexistência de corpo teórico científico capaz de explicar o fenômeno da loucura, sendo a reclusão a ferramenta utilizada como possibilidade de cura, além de entendê-la como “a perda da natureza de sua verdade: uma alienação, o meio social afastando o ser humano de sua essência, declinando a concepção da loucura em detrimento a concepção de desrazão utilizada na idade clássica” (ALBUQUERQUE, 2009, p. 57).

O desenvolvimento da psiquiatria como ciência médica, possibilitou gradativamente a inserção de psiquiatras no interior de instituições asilares, contribuindo para que essa categoria profissional reivindicasse para si a responsabilidade dos cuidados terapêuticos com as pessoas com transtorno mental. Apesar da psiquiatria está inserida como lócus de atuação nesses cuidados, o campo da saúde mental vem se ampliando para novas áreas de pesquisas, passando por diversas reformas e reestruturações terapêuticas de cuidado com esses doentes. Essas transformações já foram legitimadas socialmente e incorporadas ao campo jurídico-legal nacionalmente (ALBUQUERQUE, 2009).

A cultura instituída nos cuidados com a pessoa com transtorno mental centrado na medicina, representou e ainda representa, entraves os quais inviabilizam a garantia dos direitos sociais das mesmas, devendo ser resguardadas as devidas proporções do tempo.

Essa conjuntura sociopolítica abriu espaço para que fossem inicializados no país movimentos reivindicatórios os quais buscavam assegurar um novo projeto para a saúde

pública. Nesse contexto, propõe-se novos direcionamentos dos cuidados das pessoas com transtorno mental. Esses movimentos foram amplamente marcados por mobilizações, contaram com participação efetiva de diversos movimentos sociais.

A gênese dos movimentos sociais nos remete a uma análise sociológica que emerge da relação existente entre sociedade civil e Estado, permeando a produção e reprodução das relações sociais, sobretudo, por sua capacidade de articulação para superação de crise, refletidas através de descontentamento de grupos sociais minoritários, que atualmente recebem denominação de grupos de afirmação social, os quais associam-se em busca de uma maior representatividade no que concerne a garantia de direitos sociais.

No Brasil a maior representação de conquistas desses movimentos tem sua expressão na trajetória da luta pelos direitos da saúde. Num sentido de mudança extremamente rico em avanços de discussões, os movimentos sociais abrem espaços para novas conquistas. Inicia-se a luta por um novo projeto para a saúde como direito universal e dever do Estado, tendo sua maior representatividade no movimento denominado de Reforma Sanitária, a qual é definida como:

Um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político institucional e político operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada como um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive e eficiência, a eficácia e equidade e se construa permanentemente através do incremento de sua base social da ampliação de consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES apud ALBUQUERQUE, 2009, p. 58-59).

Ao retratar o enfoque institucional dos movimentos sociais, Duriguetto e Montaño (2011) argumentam que na segunda metade da década de 1980, desenvolveram abordagens centradas na relação de “pressão”, compondo a arena de disputa com o Estado, sobretudo no âmbito das políticas públicas, destacando:

Essas abordagens evidenciaram que a consideração como novos atores políticos, autênticos, portadores de uma força transformadora, a qual cairia em descrédito se não valorizasse a importância e a necessidade de se reconhecer, suas diferenças, sua eficácia sociopolítica e sua relação com o Estado, sobretudo no que se refere a apreensão das relações entre os movimentos populares e políticas sociais. (DURIGUETTO; MONTAÑO, 2011, p. 332).

Esse contexto político refletiu um processo retórico do Brasil no início da década de 70, período marcado pela falência do modelo de saúde privatista, o qual apresentava-se como principal problema, a exclusão de grande parte da população brasileira ao acesso aos cuidados de saúde (SILVA apud ALBUQUERQUE, 2009). Dessa forma, a organização política dos atores sociais se apresenta como possibilidade de superação e adequação às exigências do modelo político econômico vigente, os quais foram estabelecidas políticas de saúde compensatórias, com objetivo de atender a demanda rejeitada pelo modelo médico assistencial privatista (ALBUQUERQUE, 2009).

Nessa perspectiva, a função política dos novos atores sociais no processo de reelaboração do modelo de política de saúde no país representou um avanço histórico, de modo que sua organização política, composta por minorias que, ao serem fundidas em um único grupo, adquiriram força política, capaz de transformar a conjuntura social vigente.

Outra autora que destaca a representatividade dos movimentos sociais é Bravo (2011). Esta faz referência a eventos realizados pelos movimentos sociais que foram significativos na área da saúde, sobretudo pela capacidade de articulação entre diversas entidades, destacando: Semanas da Saúde do Trabalhador, Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo, I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, I Encontro Popular pela Saúde, realizado em 1980, Campanha da Fraternidade intitulada “Saúde para Todos”, realizada em 1981 e o Projeto Papucaia, que consistiu numa experiência inovadora com relação a saúde, realizada em Cachoeira de Macacu, no Rio de Janeiro.

Nesse contexto ocorreu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em outubro de 1978, contribuindo nesse processo de luta para a difusão de discussões políticas em relação à temática Saúde Mental. Destaque ainda para o I Congresso de Psicanálise de Grupos e Instituições que reuniram-se e discutiram autores de renome da reforma psiquiátrica que, em suas obras, abordavam sobre o cenário do acolhimento de pessoas com transtorno mental no país. Marcando assim, juntamente com os demais acontecimentos, o ano de 1978 como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país.

A crítica ao modelo hospitalocêntrico<sup>10</sup> foi abordada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longos históricos de internações psiquiátricas. O movimento foi fundamental para incentivar a mudança quanto a assistência ao paciente psiquiátrico, conforme relatório elaborado na Conferência Regional de Reforma Psiquiátrica (2005), realizada pelo MS, que traz em seu texto:

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (p. 07).

As conquistas no âmbito social continuaram nos anos 80, período em que a sociedade brasileira vivenciou paralelamente o processo de democratização política, superando o regime ditatorial de 64 e experimentando uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais (BRAVO; MATOS, 2009). Esse cenário ascendeu na população projeções otimistas pautadas na representação que a força popular desempenha num determinado contexto societário, fato que favoreceu a união de organizações em busca da concretização dos direitos sociais, dentre os quais destaca-se a política de saúde. Dentre as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos, destacaram-se: a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado e a reestruturação do setor através da estratégia do SUS.

Esse processo de discussão do modelo de saúde ganhou maior notoriedade por ocorrer paralelo à preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada na capital da república em março de 1986, na qual abordava como tema central a *Saúde como direito inerente a personalidade e a cidadania*. Nessa Conferência, a questão da saúde ultrapassou análise setorial, ao reportar-se à sociedade como um todo.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 veio ao encontro dos anseios da população. A carta magna assegurou um SUS de caráter universal, inserido como um direito

---

<sup>10</sup> Conforme Souza (2012), hospitalocêntrico é um modelo de atendimento centrado na internação e serviços em hospital geral.

de todos os cidadãos brasileiros. Adotando como princípios: a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização. Representando assim, uma nova forma de organização no contexto político do país. No SUS o foco da saúde pública brasileira passa a ser voltado para promoção e prevenção da saúde, onde as ações interventivas são direcionadas de acordo com o grau de complexidade. Dessa forma, o Programa de Saúde da Família (PSF), terá uma função central como primeira via de acesso no sistema.

Nessa franca expansão dos direitos sociais, sobretudo os voltados para a saúde de acesso universal, ocorreu a Conferência Regional realizada em Caracas, localizada na capital federal da República da Venezuela, tornando-se conhecida como Conferência de Caracas, representando um marco ao propor a estrutura da atenção em saúde mental no continente.

Dois anos após a Conferência de Caracas, foi realizada a II Conferência de Saúde Mental no Brasil. Esta dispôs de ampla participação nas etapas municipais, estaduais e federal, com seguimento de usuários e seus familiares que, de forma histórica, marcaram presença de forma maciça. Fator que fortaleceu e favoreceu o estabelecimento de normas objetivas que visavam a qualificação dos serviços de internação psiquiátrica. Nela também foram instituídos dispositivos para fiscalização desses espaços de atendimento, buscando-se extinguir leitos em funcionamento com estruturas inadequadas e que não atendessem aos preceitos estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Paralelamente e seguindo a lógica de implantar mecanismos de descentralização do SUS, foram sendo paulatinamente constituídas as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). Essas redes constituem-se em locais de atendimento a pessoa com transtorno mental, propondo a substituição do modelo vigente de assistência que se pautava na internação hospitalar. Nas referidas redes, os serviços de atenção diária passam a ser de base municipal os quais, em virtude dos novos mecanismos de financiamento previstos no SUS, possibilitaram um número expressivo de ampliação.

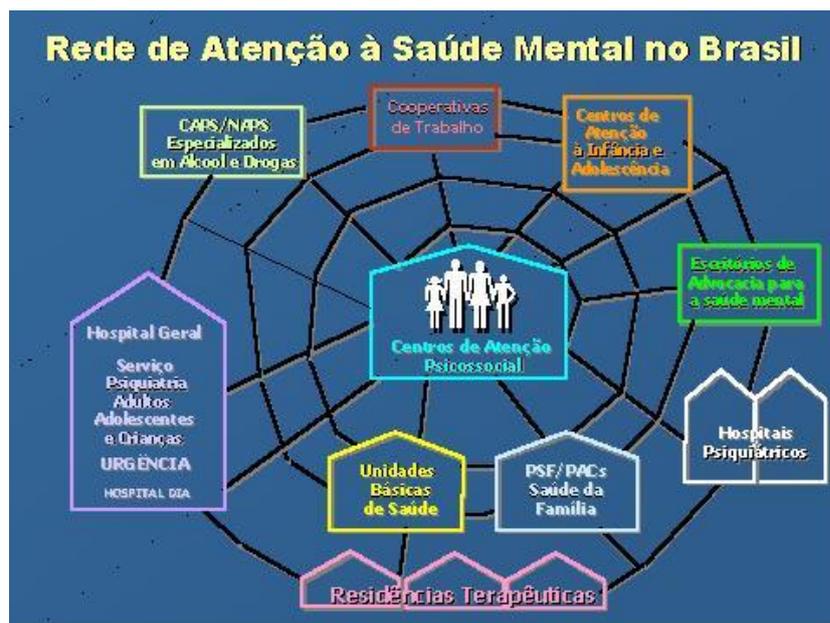


Figura 6 – Rede de Atenção Psicossocial.<sup>11</sup>

A implantação das primeiras instituições de saúde, denominadas como abrigo provisório, reportam-se ao ano de 1841, na cidade do Rio de Janeiro. Posteriormente surgiram hospícios e casas de saúde, ambas disponibilizando atendimentos contrários aos direitos humanos.

No final do século XX, a militância por serviços humanizados na saúde conseguiu a primeira implantação de um CAPS, inaugurado no município de São Paulo no ano de 1987. O modelo de atendimento direcionava para o auxílio e fortalecimento da rede extra-hospitalar, fornecendo informações aos familiares em atenção ao direito da pessoa com transtorno mental, orientando sobre as formas de cuidado que este requer, pautando-se as atividades na garantia do tratamento digno e de qualidade

Os CAPS foram de fundamental relevância por assegurar um modelo de cuidados integral com os doentes e seus familiares, garantindo-lhes o suporte necessário para o acolhimento e cuidado, buscando ainda a integração destes ao ambiente social.

A implantação, no período de 1987 a 1989, do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionamento vinte e quatro horas, no município de Santos, estado de São Paulo, colaborou para a criação de cooperativas e residências para os egressos de hospital e

<sup>11</sup>Fonte: PITTA, Ana. Rede de Atenção Psicossocial. [S.l]: 2005. Disponível em: <<http://desafiosatuais.blogspot.com.br/2005/09/rede-de-ateno-sade-mental.html>>. Acesso em 27 dez. 2014.

associações. A instalação do núcleo representou um marco no processo da reforma psiquiátrica brasileira, demonstrando com grande repercussão que a reforma poderia se tornar realidade (CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2005).

Em 1989, a Política de Saúde Mental entra no Congresso Nacional como Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado. Nesta, propunha-se a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a progressiva extinção dos manicômios no país por ferir a garantia desses direitos. Sua aprovação ocorreu em 1992, inspirando vários estados brasileiros a alcançar a aprovação de leis que substituíssem os leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Apesar de regulamentarem os novos serviços de atenção diária, as normatizações do Ministério da Saúde de 1992 não instituíram uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS, tornando seu processo de expansão descontínuo neste período e não prevendo mecanismos sistemáticos para a redução de leitos psiquiátricos.

Deve-se destacar a relevância da promulgação da Lei Paulo Delgado, sobretudo por representar um avanço normativo ao redirecionar a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental. Entretanto, apesar disso, a lei não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Nesse novo modelo de atenção às pessoas com transtorno mental, buscou-se extinguir a exclusividade dos cuidados que anteriormente eram destinados aos psiquiatras, através da medicalização. Nesse novo contexto, o indivíduo é visto como um todo, sua enfermidade não é representada apenas do ponto de vista biológico e sim ampliada às esferas biopsicossociais.

Dessa forma, o atendimento à crise ganha novos contornos com atenção psicossocial, onde as pessoas com transtorno mental, bem como aquelas envolvidas no cotidiano dessas, geralmente familiares, incluem-se no processo dos cuidados.

Nesse modelo de cuidados, a escuta representa momento singular, onde usuários e familiares podem expressar suas angústias, necessidades e temores. A centralidade na figura humana é ampliada. No referido modelo, a história de vida dessas pessoas é considerada como importante instrumento que possibilita, muitas vezes, diagnosticar com maior eficiência

os fatores sociais e psicológicos que contribuíram e colaboram para o desenvolvimento da crise.

Nesse contexto, a assistência psicossocial transcende os muros institucionais, pois seu foco está na superação dos fatores desencadeadores de crises, os quais se manifestam e agravam na ausência dos direitos sociais na vida dessas pessoas.

As condições da saúde mental no Brasil progrediram, porém, a luta antimanicomial não parou, considerando a permanência de tratamentos fortemente vinculadas as práticas dos manicômios de outrora. Por essa razão, ainda acontecem manifestações em todo o país no dia dezoito de maio com o objetivo de se manter acesa a representatividade do movimento que repousa em assegurar os direitos humanos das pessoas com transtorno mental.

## **II.2 – A Política Nacional de Saúde Mental-PNSM**

Em quatro de abril de 2001, por ocasião da celebração do Dia Mundial da Saúde, foi sancionada a Lei 10.216 (BRASIL, 2001), também conhecida como Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Esta lei foi resultado de doze anos de tramitação no Congresso, resultante das alterações feitas no corpo do texto original da Lei Paulo Delgado.

A PNSM versa sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, redimensionando a forma de assistência em saúde mental, dando ênfase ao tratamento em serviços de base comunitária. Como principais normativas, a Lei 10.216 (BRASIL, 2001, s/p) estabelece:

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.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis são formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo as 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 de exploração;

IV- ter garantia do sigilo nas informações prestadas;

V- ter direito a 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 informação 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.

Como se observa, a Lei não desresponsabiliza o Estado no que diz respeito a criação de uma rede integralizada de serviços que assegurem os cuidados para as pessoas com transtorno mental, conforme regulamenta o Art. 3º:

É de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Em 2002, o MS regulamenta a Portaria nº 336 de 2002 que estabelece a implantação dos CAPS nas categorias: Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS Infantil), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), Centro de Atenção Psicossocial Infantil II (CAPS Infantil II) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD II), instituídos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria:

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante (BRASIL, 2002, s/p).

Esses centros de atendimento deverão garantir serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território, ou seja, de acordo com as especificidades regionais onde estão localizados. Deverão dispor de área física própria e independente de estrutura hospitalar. A portaria (BRASIL, 2002) define as modalidades de serviços, determinadas de acordo com o perfil dos usuários atendidos, dentre as quais destacamos:

- O CAPS Infantil e o CAPS II compreendem o serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes para o CAPS Infantil, e 70.000 a 200.000 habitantes para o CAPS

II. Os centros disponibilizam como atividades os atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social) e em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; entre outras.

- O CAPS III constitui-se num serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas ininterruptas. Deve ser implantado em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Na assistência prestada inclui-se as atividades prestadas pelo CAPS Infantil e CAPS II, somando-se o acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação, além da permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno, limitando-se a sete dias corridos ou dez dias intercalados, por um período de trinta dias.
- O CAPS Infantil II corresponde ao serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes. Disponibiliza serviço ambulatorial de atenção diária, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes. Dentre as atividades executadas estão os atendimentos individuais, em grupos e através de oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, além das atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social.

Nessa estrutura de atendimento para a efetivação dos dispositivos assegurados na PNSM, deve-se considerar três categorias estruturantes: apoio governamental, participação da sociedade e da família. Nessa tríade, a atuação dos profissionais da saúde deveria ser melhor enfocada, visto que esses são responsáveis pela transição dos cuidados, servindo como um elo entre a pessoa com transtorno mental e seu familiar, propiciando o reestabelecimento de vínculos entre esses. Dessa forma, assumem papel fundamental sobretudo em virtude do novo modelo de atendimento visar a reintegração na família e sociedade.

Outra normativa que surge com objetivo de referenciar de forma distributiva esse novo modelo de assistência, diz respeito a Portaria nº 3088 de dezembro de 2011 do MS (BRASIL, 2011). Essa, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a criação, ampliação e

articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, assim como aqueles que possuem necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, estabelecendo diretrizes, objetivos gerais e específicos, além dos componentes da rede descritos a seguir:

I -Atenção Básica em Saúde; II Atenção Psicossocial Especializada; III Atenção Urgência e Emergência; IV –Atenção residencial de caráter transitório; V- Atenção Hospitalar; VI Estratégias de Institucionalização; VII Reabilitação psicossocial, esta desenvolvida em quatro fases: I Desenho regional da rede de atenção psicossocial; II-Contratualização dos pontos de atenção e IV Qualificação dos componentes. (BRASIL, 2011)

Observa-se a centralidade das ações governamentais no trabalho desenvolvido através das diversas esferas governamentais, as quais buscam se ancorar em um dos princípios do SUS que versa sobre a descentralização.

De acordo com Amarante (2007):

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre os sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam- médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados no processo social complexo- com sujeitos que vivenciam as problemáticas -os usuários e familiares e outros atores sociais (p.84).

A generalidade do termo saúde mental, é relativamente nova, ao mesmo tempo complexa, de acordo com Amarante (2007). Segundo o autor, o primeiro grande sentido da expressão “saúde mental” é que a mesma se constitui como campo ou uma determinada área de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, salienta que poucos campos do conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. Esses aspectos configuram-se antagônicos à psiquiatria, visto que a saúde mental, não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, razão pela qual não é exercida por apenas um profissional. O campo da saúde mental transcende a psicopatologia. Dessa forma, não se pode reduzi-la ao estudo e tratamento apenas de doenças mentais.

Pela abrangência e especificidades inseridas na expressão saúde mental, o autor nos leva a outra reflexão sobre a expressão. Ele relata sobre a ideia que a mesma se reporte ao estado mental sadio, o que nos leva a pensar com estado tido como normal, ou seja, a sanidade mental é representada pela inexistência da desordem mental.

Para estabelecer uma conceituação universalizada, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a saúde mental como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doenças” (OMS apud AMARANTE, 2007, p. 18). Apesar da generalidade de definições, o autor defende que isso pouco contribuiu na dinâmica do processo dos cuidados, visto que a normalidade é subjetiva.

A PNSM representou grande avanços, sobretudo por trazer dispositivos voltados para a qualidade de vida e convívio social para os usuários dos serviços de saúde mental. Entretanto, um longo caminho ainda tem que ser trilhado na garantia desses direitos, fazendo-se necessária a permanência da discussão dessas questões entre os atores sociais, representados por trabalhadores, usuários e principalmente familiares, ambos protagonistas da reforma psiquiátrica no país, como fora amplamente discutido.

### **II.3 – Serviços de atenção psicossocial no município Macapá**

O Território Federal do Amapá foi criado em treze de setembro de 1943. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi elevado à categoria de estado. Atualmente conta com uma população de 734.996 habitantes, sendo 437.256 residentes na capital Macapá (IBGE, 2013).

Decorrido cinco anos da promulgação da PNSM, o estado do Amapá, encontrava-se com dificuldades no se refere a efetivação e prestação de atendimento aos usuários da saúde mental. Por essa razão, a população, representada principalmente por familiares das pessoas com transtorno mental e trabalhadores da saúde, diante da inoperância das instâncias governamentais responsáveis por esse atendimento, protocolaram em agosto de 2006 uma denúncia junto ao Ministério Público (MP) do estado do Amapá, onde este último solicitou, junto ao Tribunal de Justiça do Estado do Amapá (TJAP), abertura de Ação Civil Pública contra o Município e o Estado, afim de que esses cumprissem as determinações da PNSM, sobretudo no que concerne a instalação e funcionamento de uma unidade do CAPS AD no município de Macapá.

A citada ação se deu por conta da desativação do Centro Amapaense de Prevenção e Tratamento ao Abuso de Substâncias Psicoativas (CAPTA). A desativação do CAPTA ocorreu em 2005 pela ausência do apoio dos gestores públicos e, meses depois, foram identificadas inúmeras irregularidades, dentre as quais destaca-se a utilização do referido

órgão integrando lista oficial de CAPS no Brasil. Contudo, não caracterizava-se como um centro de atendimento principalmente por não dispor dos requisitos básicos estruturais para funcionamento, os quais incluem, dentre outros, a existência de uma equipe multiprofissional especializada no atendimento aos usuários.

A ausência de apoio do estado do Amapá em estimular e subsidiar o município na implantação de serviços extra hospitalares de média complexidade, bem como de assumir temporariamente e de forma esporádica, a implementação de CAPS e outros serviços estratégicos na execução da política de saúde mental, o incluiu como réu na presente Ação.

No trâmite da referida Ação, ocorreu à votação e aprovação da Lei Estadual nº 1010 em 23 de junho de 2006. Esta dispõe sobre a proteção aos portadores de transtorno mental no estado do Amapá, em seu Art. 3º, conforme retratado abaixo:

Os portadores de transtorno mental gozam de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa Lei, devendo o poder público, proporcionar-lhes atendimento especializado por equipe multiprofissional, leitos de internação psiquiátrica em hospital geral, emergências psiquiátricas, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, lares abrigos (AMAPÁ, 2006).

Tramita ainda na Assembleia Legislativa do Amapá o Projeto de Lei nº 0216 de 07 de dezembro de 2011, no qual dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social da pessoa com transtorno mental, objetivando determinar a implantação de ações e serviços de saúde mental no Estado, entre outras providências. O referido projeto, em seu Art. 2º, atribui como dever do Estado:

- II – Garantir aos pacientes que perderam o vínculo familiar e se encontram em situação de desamparo social, a atenção integral de suas necessidades, visando, por meio de políticas sociais intersetoriais, a sua integração social;
- IV – Criar programa de assistência jurídica gratuita aos portadores de transtornos mentais, bem como aos seus familiares, para que possam acessar os benefícios previstos em legislação específica (AMAPÁ, 2011).

A efetivação das normativas acima referenciadas implicaria em grandes avanços no aspecto dos direitos dos usuários da PNSM no Amapá. Nessa perspectiva o estado do Amapá tem muito a avançar em suas funções de agente público, dentre as quais perpassa o cumprimento dos preceitos estabelecidos na PNSM, fato compreendido como um grande desafio a ser superado.

Nesse contexto, há de se destacar uma singularidade regional do município pesquisado, o qual conta ainda com reduzido contingente populacional, fator este que se configura positivamente no que se refere a abrangência de acesso dos usuários das políticas públicas em saúde mental.

### **CAPITULO III – As ciências sociais e a pesquisa em saúde**

O campo das ciências sociais tem encontrado barreiras no que concerne a inserção nas pesquisas relacionadas a saúde. Com dificuldades impostas a todo instante, com exigência de incontáveis papéis, autorizações e relutância de alguns profissionais da área da saúde.

O motivo de tanta relutância por parte da equipe profissional se encontra na Resolução 196 de 1996, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que estabelece diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, e que acaba por trazer dificuldades em pesquisas da área das ciências sociais por fixar uma série de exigências aplicáveis a área biomédica e que muito diverge da área das ciências humanas. O termo que é alvo de discussões e que impõe a submissão das pesquisas sociais ao olhar do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), criado a partir de resolução do Ministério da Saúde, se encontra na seção II – Termos e definições que contém o seguinte texto:

II.2 - Pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais. (BRASIL, 1996)

Diante do estabelecido, todas as pesquisas de qualquer área que envolvam os seres humanos, de algum modo, devem ser submetidas a análise e avaliação de um Comitê com ótica biomédica, como se as pesquisas das áreas sociais e humanas fossem estudos clínicos, com temáticas voltadas para a genética, uso de placebo ou experimentos laboratoriais (SANTOS, 2014).

Surge então uma discussão acerca da submissão de todo e qualquer trabalho que envolva seres humanos aos CEPs<sup>12</sup>, que estariam utilizando da norma excessivamente e equivocadamente em todas as áreas científicas indistintamente, ainda que as pesquisas tenham métodos específicos e objetivos diferentes que não visam qualquer tipo de alteração no objeto de estudo, como a observação participante, tão utilizada na antropologia e em outras ciências e que não podemos utilizar de forma completa em nossa pesquisa em virtude de não termos de um papel que autorizasse o uso dito “adequado” dos dados coletados no ambiente pesquisado.

---

<sup>12</sup> Comitês ligados à Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (Conep) cujo membros são indicados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pelo Ministério da Saúde.

Por conseguinte, essa limitação e constrangimento sofrido não apenas por nós mas por diversos cientistas na realização de pesquisa é objeto de inúmeras críticas do professor Luiz Antonio de Castro Santos, da Universidade do Rio de Janeiro, que levanta a seguinte argumentação em carta enviada aos editores da revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos:

Essa rigidez é incompreensível e significa, para estudos de nossas temáticas, uma camisa de força. Não é difícil prever os resultados prejudiciais ao avanço do conhecimento científico em nosso campo. Por exemplo, estudos baseados na pesquisa-ação tornam-se impossíveis; pesquisas que contemplem a observação participante ou entrevistas não estruturadas são tolhidas; a própria rejeição do imprevisto ou do acaso, como instâncias que produzem descobertas e *insights*, torna-se um impeditivo à livre criação ou à produção das ciências sociais. Não só isso. (...) A rigor, as normas e os regulamentos hoje vigentes pela Plataforma Brasil teriam inviabilizado as pesquisas de caráter sociológico e antropológico que marcaram nossa literatura, pela qualidade e solidez, nos últimos cinquenta anos no Brasil, seja no campo da saúde ou em tantas outras temáticas do social. (SANTOS, 2014).

O apontamento do professor recai principalmente na burocratização e nas restrições que os CEPs colocam para realização da pesquisa.

Quando submetidos à análise da comissão, os projetos devem preencher requisitos como o “Detalhamento de estudo”, que tem em um de seus quadros obrigatórios o preenchimento do campo “metodologia proposta”. Neste espaço deve conter de forma detalhada o método de pesquisa utilizado, ou seja, se o pesquisador opta por utilizar a entrevista semiestruturada teria que submeter aos CEPs questionários abertos e fechados e, após ocorrido a aprovação, tais questionários estariam “congelados” uma vez que a modificação só poderia ser feita com nova submissão do projeto de pesquisa ao Comitê. Todo esse processo é considerado excessivamente burocrático por tomar tempo demais dos pesquisadores e por, principalmente dentro das áreas humanas e sociais, ser complicado de se determinar fixamente uma vez que o método de pesquisa pode ser modificado tantas vezes já que o próprio objeto de estudo tem características multáveis.

Na afirmação de Quivy e Champenhoudt (1992):

A complexidade e a mutabilidade do real são tão grandes como a imprecisão e a rigidez dos métodos de investigação destinados a compreendê-lo melhor. Só o podemos ir apreendendo cada vez melhor através de tentativas sucessivas e imperfeitas, que devem ser constantemente corrigidas. (p. 147)

A rigidez presente nos métodos investigativos também é vista quando na exigência da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse instrumento é usado para comprovar que o sujeito da pesquisa possui esclarecimento sobre esta e assegurar a liberdade que este tem a qualquer momento em desistir de ser parte dela. Por esse motivo, segundo o professor Santos, o instrumento é adequado para participantes da ciência médica, mas em pesquisas de natureza sociológica, política ou antropológica podem vir a prejudicar a integridade dos resultados, tendo em vista que os TCLEs acabam por impedir a relação igualitária e o diálogo entre pesquisador e colaborador da pesquisa, promovendo um clima hierárquico e estruturado por um contrato pré-assinado no primeiro momento do encontro (LANGDON; MALUF; TORNQUIST, 2008). Além disso, a assinatura de um TCLE não garante que o colaborador compreenda de fato aquilo que está estabelecido no papel - ainda que esteja de forma mais clara possível como solicitado pelos CEPs - já que o documento faz parte de uma realidade acadêmica e científica e não do convívio cotidiano no qual àquele indivíduo está inserido. Os TCLEs são mais uma prova de que as normas estabelecidas pelo CNS são impostas indistintamente para toda pesquisa científica. É importante destacar que caso a aplicação do TCLE seja inviável na pesquisa, como àquelas que utilizarão de dados arquivados, como por exemplo prontuários médicos, nos quais os pacientes não tenham como ser localizados, ou quando a identificação do colaborador ponha em risco sua própria ética, por expor sua vida partícula ou ir contra seus princípios, o pesquisador deve submeter ao CEP um documento solicitando a dispensa na utilização dos TCLEs, demonstrando mais uma vez que as exigências são distintas do método de pesquisa social.

Dentre inúmeros outros fatores que fomentam a discussão entre pesquisadores das áreas humanas e sociais e a imposição das Resoluções do CNS, a que mais causa conflito corresponde ao processo burocrático ao qual nós, pesquisadores, passamos para ter a aprovação de nossos projetos por uma Comissão que não visa regulamentar as pesquisas *com* seres humanos, e sim as pesquisas *em* seres humanos e que muito se divergem dos objetivos estabelecidos na área sociológica (GUERRIERO; MINAYO, 2013). Como consequência da inadequada aplicação das normas nas pesquisas de ciências sociais e o longo processo de aprovação de projetos que consiste em submissão para aprovação aos CEPs, realização de ajustes e correções pelos pesquisadores e nova submissão aos CEPs como se o projeto nunca houvesse sido avaliado, vem acarretando na perda de bolsas de alunos de graduação, esgotamento de prazo para que pós-graduandos possam conduzir suas pesquisas,

pesquisadores que perdem financiamentos pela demora ou mesmo não aprovação de seus projetos (VIEIRA; PORTO; LIMA apud GUERRIERO; MINAYO, 2013), e porque não citamos o exemplo aqui vigente, de acadêmicas que já estavam realizando as observações em campo quando tiveram que se retirar do local por profissionais da área biomédica julgarem que estavam de forma irregular no ambiente, ainda que com a autorização escrita do Diretor do HCAL, sendo impossibilitadas de retornar ao campo de pesquisa sem a avaliação dos CEPs, processo que, segundo os próprios Comitês consultados, levaria em torno de cinco ou até sete meses para serem aprovados, caso não necessitassem de correções, tempo indisponível para ser gasto com processos burocráticos e ficando como única saída para as acadêmicas a alteração parcial do projeto já em andamento para que este não conflitasse com aquilo estabelecido na referida resolução.

Com base em argumentações e críticas em torno da temática, o objetivo dentro da discussão não consiste na não aplicação de normas éticas nas pesquisas humanas e sociais. Muito pelo contrário, entende-se que a integridade dos direitos dos seres humanos participantes da pesquisa é algo de elevada importância e que deve ser preservada em todos os métodos. O que se propõe é: ou uma revisão na resolução para que esta possa reconhecer que os métodos, os objetivos e a forma de produzir pesquisa são diferentes assim como as próprias áreas de pesquisa são, sendo impossível estabelecer regras rígidas específicas para ciências distintas; ou então criando outra resolução com CEPs específicos para as áreas humanas e sociais, já que a relação entre pesquisador e colaboradores se estabelece através de uma convivência intensa, criando um padrão de relacionamento que envolve vários tipos de identidades e mutabilidades, e que não tem possibilidade de ser previsto e estabelecido num protocolo de pesquisa (MINAYO apud GUERRIERO; MINAYO, 2013). O que não deve acontecer é a perda de conhecimento científico causado pela insuficiência e imprópria aplicabilidade das normas vigentes, afinal “o Brasil precisa de mais, e não menos pesquisa” (REINERT, 2014, s/p).

## **CAPITULO IV – Etnografia: estrutura e tratamento ao doente mental**

### **IV.1 – A rede de assistência ao doente mental em Macapá/AP**

Ao abordarmos a PNSM na realidade macapaense, devemos citar a portaria nº. 3.088 de 2011, do Gabinete do Ministro (GM), que institui a Rede de Atenção Psicossocial, através da criação, ampliação e articulação de 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 SUS.

Atendendo a PNSM e o estabelecido na portaria, o município de Macapá conta atualmente com três centros de apoio ao doente mental, sendo um CAPS Infantil, um CAPS AD e um CAPS III. Visitas institucionais foram realizadas em todos os CAPS, entretanto, em virtude de eleições e períodos festivos do ano, ficamos impossibilitadas de acompanhar os atendimentos realizados junto aos usuários uma vez que grande parte dos funcionários e usufrutuários encontravam-se ausentes no momento.

#### **a) CAPS III**

O CAPS III, situado num dos bairros centrais de Macapá, foi inaugurado recentemente no estado, dando início aos atendimentos no dia três de junho de 2014. Tem como proposta o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental em estágio médio a grave, e visa substituir a psiquiatria, uma vez que a PNSM estabelece a extinção de locais com internação de longo período, cabendo apenas a existência de uma rede de assistência aos usuários.

O CAPS III não dispõe de local próprio, alugando a estrutura para prestar os atendimentos que são realizados por uma equipe técnica composta por psiquiatra, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, massoterapeuta e uma equipe de apoio formada por recepcionistas e vigilantes. O atendimento é realizado de segunda a sexta, em horário comercial, e a ausência de capacitação e formação técnica é um grande desafio, ainda que receba inúmeros incentivos disponibilizados pelo MS.

As informações sobre o atendimento realizado no CAPS III foram prestadas por um profissional em ambiente externo, sendo inviável a realização de entrevista *in loco* em virtude da disponibilidade de tempo do profissional. Inicialmente, fomos informados que decorrido seis meses desde a implantação do centro, o mesmo ainda não dispunha de uma estrutura de

atendimento compatível com as prerrogativas do MS para a funcionalidade do CAPS III, dentre as quais prevê a necessidade de leitos para atendimento em período diurno e por tempo breve. Nesse sentido, fez também referência aos prejuízos do atendimento em saúde mental no estado em virtude de não existir as residências terapêuticas<sup>13</sup>.

No CAPS III, os atendimentos ocorrem de forma espontânea, sem necessidade do encaminhamento feito pela rede básica de saúde, ainda que essa tenha papel fundamental no diagnóstico inicial dos transtornos mentais, bem como a responsabilidade do tratamento dos casos leves, através das Equipes de Saúde da Família (ESF) que participam de forma tímida, não colaborando conforme preconizado na política. A tomada dessa função pela saúde do Município, salienta o entrevistado, contribuiria para diminuição da demanda atendida nos CAPS que foram criados para prestar atendimento dos casos mais complexos e específicos.

Outro ponto abordado pelo profissional, diz respeito a descontinuidade do atendimento ambulatorial que funcionava na clínica de psiquiatria do HCAL e que ocorrera de forma não planejada pelo CAPS III, ocasionando superlotação em busca de marcação de consultas psiquiátricas por parte dos usuários do HCAL. Este fator gerou inúmeros transtornos para equipe técnica, mas sobretudo para os usuários. A partir de então, o número de atendimentos ao dia aumentou, passando de dez para quarenta, incluindo usuários de primeira consulta ou egressos. No surgimento de pacientes em crises, estes são encaminhados para o Hospital de Emergência (HE) para receberem os primeiros atendimentos.

Na oportunidade, o entrevistado nos informou que as oficinas terapêuticas<sup>14</sup> correspondem a principal atividade desenvolvida com os usuários e que compreendem um grande incentivo para adesão e continuidade no tratamento. Fez referência ainda a ocorrência quinzenal de um encontro, denominados por eles de “assembleia”, em que participam o corpo técnico, inclusive a coordenação, usuários e os familiares no intuito de discutir propostas para o aprimoramento dos serviços prestados. Há ainda, uma associação de familiares das pessoas com transtorno mental em Macapá, no entanto não tivemos tempo hábil para conhecer as atividades desenvolvidas pelo grupo.

---

<sup>13</sup> Casas situadas no espaço urbano, destinadas a atender às necessidades de moradia das pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizados ou não. (BRASIL, 2004).

<sup>14</sup> Oficinas que possibilitam que o usuário exponha os conflitos internos e externos por meio de atividades artísticas, com a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo.

## **b) CAPS Infantil**

O CAPS Infantil, situado na zona sul da cidade de Macapá, dispõe de oito salas nas quais são realizados atendimentos multiprofissionais, sendo um número considerado, pelos profissionais, como suficiente para os atendimentos, uma vez que estes são distribuídos por áreas em horários distintos.

Os principais tipos de manifestações clínicas atendidas no CAPS Infantil são: esquizofrenia, hiperatividade, autismo e depressão, esta última fortemente relacionados a crianças e adolescentes vítimas de violência e abuso sexual, o que na maioria dos casos ocasiona prática suicida.

Na pesquisa realizada no referido CAPS, foi relatado por um profissional que existe um quantitativo de 1.992 (mil novecentos e noventa e duas) crianças e adolescentes que foram cadastradas desde sua implantação, ocorrida em 2012.

Tratando-se ainda sobre quantitativos, o profissional não soube informar com precisão quantos atendimentos são realizados atualmente, visto que existe um sistema interno da prefeitura de Macapá, denominado de Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), que faz a contabilização de todas as consultas realizadas e que não foi possível o acesso, devendo-se considerar a informação de que alguns destes usuários foram referenciados a outros serviços de atendimentos específicos, como o CAPS III, em virtude de completarem a maioridade civil, além daqueles que abandonaram o tratamento. Diante destes dados, considera o servidor que há necessidade de implantar outro CAPS Infantil que busque assegurar aquilo que preconiza a lei, correspondente à informação de que os centros devem ser quantificados em consonância com a estimativa populacional. Neste sentido, Macapá deveria ter um novo CAPS Infantil em virtude de seu contingente populacional, necessidade esta que se sustenta ainda mais devido à existência de atendimentos realizados junto aos usuários de outros municípios, além das comunidades ribeirinhas dos municípios do estado do Pará.

O CAPS Infantil recebe uma demanda espontânea e judicial, em que esta última faz referência ao atendimento destinado a adolescentes que cumprem medida sócio educativa no Centro Socioeducativo de Internação (CESEIN), por terem cometido atos infracionais, sobretudo se tiverem relação direta com o uso de substâncias psicoativas.

Em relação ao quadro funcional do CAPS Infantil, a instituição dispõe de profissionais das áreas de fonoaudiologia, pedagogia, psicologia, educação física, enfermagem, medicina

psiquiátrica, serviço social, técnico agrícola, terapia ocupacional, técnico em informática e um residente multiprofissional em saúde da área de psicologia. Os profissionais atendem de segunda a sexta, no período da manhã e da tarde, com intervenções multiprofissionais e trabalham utilizando o instrumental técnico denominado pelos profissionais como “estudo de caso”. Nesse modelo, os técnicos envolvidos no atendimento multidisciplinar se reúnem e discutem sobre as manifestações da doença em cada usuário, avaliando avanços e retrocessos do tratamento e propondo, se for o caso, novas medidas de intervenção. Através do trabalho multiprofissional, são desenvolvidos projetos terapêuticos, com destaque para o “Horta viva” onde os usuários aprendem técnicas de plantio, o que contribui para integração social dos mesmos.

Conforme o profissional, as capacitações para a equipe multiprofissional são frequentes, sobretudo as disponibilizadas pelo SUS, com destaque para a especialização em Saúde Mental ofertada pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).

Em relação aos atendimentos realizados pelo médico psiquiatra, essas consultas são agendadas duas vezes na semana, com datas e horários pré-estabelecidos, com uma média de dez consultas ao dia, e com pacientes fora de crise, consistindo em um atendimento ambulatorial e não emergencial. Quando estes se encontrarem em crise, é realizado o encaminhamento para o HE.

Em virtude de todos esses atendimentos, é comum receberem a ambulância do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) com pacientes em crise para realizarem o atendimento no local. Entretanto, o acolhimento desses pacientes não é feito em razão do CAPS Infantil não dispor de estrutura para realização do atendimento.

#### **c) CAPS AD**

O CAPS AD, localizado na área central da cidade, constitui-se num espaço de atendimento que objetiva atender usuários cuja patologia psíquica fora derivada da utilização de substância psicoativas, ou seja álcool e drogas e compreende uma atenção especializada. Em visita, encontramos reunidos no pátio de entrada um grupo de homens ao redor de uma mesa jogando dominó, o clima aparentava de completa descontração sobretudo em virtude de uma música que transpunha as barreiras do interior de uma sala onde aparentemente ocorria uma atividade de dança. Pôde-se perceber, nesta sala, ao abrir a porta, corpos suados de um

grupo de pessoas, enquanto ocorria felicitações mútuas de um próspero ano novo considerando o período do ano onde faltava apenas três dias para seu término.

A inauguração do CAPS AD ocorreu no dia sete de junho de 2011 e o trabalho desenvolvido abrange o acolhimento dos usuários que também procuram a instituição de forma espontânea e por demanda judicial.

Na demanda espontânea, é mais comum o usuário vir acompanhado de um familiar e o abandono do tratamento ocorre com mais frequência visto que nem sempre o próprio usuário está disposto a não fazer uso das substâncias lícitas e ilícitas, ocorrendo então várias rupturas no tratamento. Já na demanda judicial, essa prática é menos frequente visto que esses usuários foram sentenciados pela justiça, em caso de penas leves, a obrigatoriedade de participar de tratamentos comunitários para controlar a dependência química.

A média de atendimento é computada em torno dos atendimentos diários que são recebidos por qualquer técnico da equipe multiprofissional, composta por três psicólogos, um assistente social, um terapeuta ocupacional, três enfermeiros, três técnicos de enfermagem, três psiquiatras, um clínico geral, um residente multiprofissional em enfermagem, um educador físico, um farmacêutico e a equipe administrativa, em que a maioria é do quadro efetivo do Estado. No acolhimento é traçado o plano terapêutico, determinando-se o tratamento a ser realizado junto ao paciente, podendo ser indicado a participação em oficinas e/ou o uso medicamentoso.

A principal dificuldade apontada pelo profissional entrevistados, diz respeito à ausência das residências terapêuticas no município de Macapá, considerando que estas são de fundamental importância quando se deseja assegurar a continuidade do tratamento sobretudo aos usuários moradores de rua que são, inclusive, os que mais são atendidos no Centro. Nesse sentido, há necessidade do CAPS AD passar a funcionar nos moldes do CAPS III e que para isso faz-se necessário dispor de um espaço próprio, mais amplo, pois a estrutura física atual é incipiente pelo prédio em que o centro está localizado ser cedido pela Central de Energia do Amapá (CEA) e não oferecer estrutura física necessária ao atendimento preconizado pelas normativas do MS.

No que concerne as instituições parceiras, o profissional fez referência ao Serviço Nacional de Aprendizagem e Ensino (SENAI) que disponibiliza cursos profissionalizantes na área de informática aos usuários, porém informa que os pacientes encaminhados a esses

convênios devem estar em processo avançado do tratamento, caso contrário a ocorrência de abandono ao projeto é grande, o que compromete a parceria com a instituição.

#### **IV.2 – Estrutura e condições de tratamento no hospital psiquiátrico**

Definida como uma estruturação organizacional voltada para o tratamento dos portadores de transtorno mental, os hospitais psiquiátricos tinham a função social de promover a exclusão social das pessoas com transtorno mental (SOARES; SILVEIRA; REINALDO, 2010). Com a implantação da PNSM, que visa a reinserção social daquele que por anos haviam sido excluídos, os hospitais psiquiátricos são substituídos progressivamente pela RAPS e iniciam um processo de extinção a partir da aprovação da Lei 10.216 de 2001.

Atualmente, o estado do Amapá se encontra em processo de transição e substituição do hospital psiquiátrico pelos CAPS. Por conseguinte, com o intuito de acompanhar como está sendo realizado este processo de desinstitucionalização, buscou-se nos discursos dos profissionais da saúde atuantes no setor de psiquiatria do HCAL, compreender como esta sendo efetivada esta transição e as dificuldades por eles encontradas no desempenho de suas funções.

Nos primeiros contatos com os referidos profissionais, detectamos o desconforto que nós, pesquisadoras da área de ciências sociais, ocasionamos dentro de um ambiente que cotidianamente recebe profissionais e pesquisadores das áreas biológicas, médicas e principalmente enfermeiros, que em todas as visitas se encontravam em elevados números em virtude de ser local para realização de seus estágios. Posteriormente, podemos averiguar que tal desconforto consistia no objeto que a área de sociologia possui: o comportamento humano como ser social (GIDDENS, 2005), e que, logo após a constatação que o objeto da pesquisa era a implantação da PNSM no estado e não a atuação daqueles profissionais, muitos viram na pesquisa uma forma de apontar as falhas, riscos, condições e necessidades que aquele local apresentava e que tanto precisava de mudanças. Foi nos contatos iniciais, nas primeiras conversas, que muitos relataram a insalubridade do lugar que exercem suas funções.

##### **a) As dificuldades no acesso aos recursos materiais**

As limitações recursais foram retratadas e presenciadas de forma acentuada durante a realização da pesquisa. Nas primeiras visitas, durante conversa com um profissional do setor de psiquiatria, foi pontuado como uma das principais dificuldades enfrentadas para a efetiva

prestação de serviços aos usuários institucionalizados a deficiência de recursos materiais, a qual tem se apresentado como o maior desafio no processo dos cuidados, inviabilizando a garantia dos direitos essenciais ao usuário da saúde mental no estado, conforme a política nacional. Informou que diversas solicitações, incluindo projetos de intervenção, são encaminhadas à diretoria do HCAL para a melhoria da qualidade de trabalho da equipe multiprofissional, sem que lograsse êxito. Nessa lógica, o servidor avalia que tal circunstância ocorre principalmente devido a limitação para aquisição de materiais, visto que o setor da psiquiatria, de acordo com o organograma institucional, configura-se como uma mera enfermaria do hospital. Este fator acaba restringindo o acesso a materiais necessários no cotidiano da psiquiatria justamente por não se tratar de uma instituição independente e pela necessidade de distribuição de materiais para os demais setores da casa de saúde, ficando a psiquiatria como um dos últimos a ser contemplado com recursos materiais que deveriam lhe ser destinados primordialmente. Desta forma, a psiquiatria é desassistida de diversos materiais, tais como: veículo, acesso à internet, computadores, impressoras, ar condicionados, dentre outros indispensáveis para a operacionalização dos serviços. Relata ainda que o trabalho ora prestado não abrange um atendimento preconizado pela PNSM no que concerne ao trabalho em rede de assistência, o qual possibilite ao usuário o acesso integral as políticas públicas de assistência social. No entanto, discorre que essa interligação é unilateral, exemplificando o MP que, ao demandar internações de caráter compulsório, atua com todo rigor na garantia do cumprimento da lei, mas em contrapartida não opera na mesma proporcionalidade ao identificar as limitações enfrentadas pela instituição, responsabilizando os gestores para o alcance da concretização desses serviços.

A deficiência de aquisição dos recursos materiais acaba por atingir os demais setores. Como exemplo disto, o profissional relatou que os próprios funcionários se cotizaram para adquirir bens e produtos que pudessem contribuir para a redução da ansiedade dos internos, fazendo referência a aquisição recente de um aparelho de televisão para possibilitar aos pacientes entretenimento, principalmente no que se refere aos jogos da copa do mundo que estavam sendo transmitidos naquele momento da aquisição. No entanto, a atitude dos profissionais foi insuficiente uma vez que o único local disponível para colocação do aparelho era o refeitório localizado na área externa que, por apresentar temperatura elevada sobretudo no período vespertino, acabava por propiciar ainda mais inquietações nos internos, inviabilizando a proposta de criar um espaço de descontração e interação.



**Figura 7 – Portão principal de acesso a psiquiatria.**<sup>15</sup>

**b) Estrutura física**

A psiquiatria possui locais escuros e que não fornecem condições de segurança aos profissionais e internos. A própria localização do setor psiquiátrico consiste numa espremida ala localizada no fundo do Hospital Geral, com área principal situada em cima de um esgoto que recebe os dejetos dos Hospitais Geral e da Mulher, ocasionando um odor insuportável de fezes e urina, principalmente na época de chuva, e com tubulações quase expostas que se conectam à imensa fossa subterrânea coberta apenas com uma antiga camada de concreto (REIS, 2009).

O setor é composto por dois pavimentos: o superior onde está localizado a administração da psiquiatria e ambulatórios, e o térreo onde ficam os internados. O pavimento superior é composto por quatro salas, sendo duas ambulatoriais e as restantes destinadas à administração da psiquiatria, local estes onde ocorrem as reuniões dos profissionais. Neste pavimento, as salas são ligadas por um corredor que dá acesso visualmente a boa parte da área

---

<sup>15</sup> Fonte: Elaborada pelo autor.

onde estão os internados na psiquiatria, com exceção dos dormitórios, ambulatórios e posto de enfermagem. Também se tem acesso, por uma escadaria escura localizada ao lado dos ambulatórios, ao pavimento inferior, veículo de passagem utilizado pelos profissionais quando precisam realizar atendimentos aos internos. Ao longo do corredor, existem filas de cadeiras para que aqueles que serão atendidos nos ambulatórios possam aguardar o momento da consulta, entretanto, o uso dos assentos não foi visto constantemente durante nossa pesquisa. Uma porta divide a parte superior da psiquiatria e os demais ambulatórios do HCAL, com cadeiras próximas a porta, é neste lugar escuro e sem ventilação que os familiares aguardam em busca de informações.



**Figura 8 - Área externa onde os pacientes realizam atividades de interação social, recebimento de visitas, entre outros.<sup>16</sup>**

---

<sup>16</sup> Fonte: Elaborada pelo autor.

No térreo está localizada a área em que as pessoas com transtorno mental ficam durante as internações. Com duas enfermarias com banheiros, sendo uma masculina e outra feminina; uma enfermaria desativada; um posto de enfermagem, onde ficam os prontuários, medicamentos, e um banheiro; uma sala de atendimento psicossocial; uma sala de descanso dos técnicos de enfermagem; uma sala para realização de atividades sociais; uma área para banho externo; um pátio externo; um refeitório com área aberta e uma cozinha. É neste local que vivem temporariamente quinze internados e que a equipe profissional desempenha suas funções diariamente. O local apresenta ainda inúmeras infiltrações e temperatura elevada, contribuindo para a agitação dos internos que já sentem calor pelo efeito colateral dos fármacos psicotrópicos utilizados em seu tratamento.

A copa, local onde geralmente são realizadas as refeições dos profissionais, é um local quente e fechado e que não tivemos como permanecer por muito tempo para realizar algumas entrevistas pela elevada temperatura que apresentava, mas que, ainda assim, percebemos que era o único local que os profissionais tinham para fazer suas refeições.



**Figura 9 – Área externa em que os pacientes circulam durante o dia. Ao fundo, está o refeitório e a copa.<sup>17</sup>**

A psiquiatria apresenta locais escuros, com pouca iluminação e sem alguma ventilação. Por este motivo, poucos pacientes permanecem nas enfermarias carregando seus colchões até a área externa para ali descansarem durante o dia, ficando expostos já que o pátio externo permite visualização por pessoas que visitam ou buscam informações na administração da psiquiatria, um local de acesso ao público. Em uma de nossas primeiras visitas, quando aguardávamos informações para realizarmos a pesquisa, visualizamos uma mulher em surto que saiu nua da enfermaria e deitou-se diretamente sobre o chão da área externa, próximo ao portão principal de acesso à psiquiatria. Ali permaneceu aos prantos pedindo por remédio por cerca de trinta minutos quando levantou-se e foi em direção a

---

<sup>17</sup> Fonte: Elaborada pelo autor.

enfermaria. Posteriormente, no mesmo dia quando visitávamos a psiquiatria, verificamos que a mesma estava contida totalmente na enfermaria e foi passada a informação de que a mulher já era dependente dos remédios psicotrópicos, pedindo constantemente para que fosse fornecida tal medicação e surtando na negativa dos profissionais. Apesar da nudez causar estranhamento para a sociedade, para os profissionais foi visto como algo comum, tanto que não houve nenhuma intervenção para que a atitude da mulher fosse controlada, ficando esta exposta por um longo período sem qualquer tipo de acompanhamento profissional.

### **c) Os cuidados para garantia da segurança pessoal**

A segurança foi um ponto bastante relatado pelos profissionais da saúde, inclusive expressaram preocupação com nós, pesquisadoras, durante a pesquisa de campo. Nos informaram para evitar locais que não estavam à vista da enfermaria, não se aproximar dos pacientes contidos, nunca ficar de costas para os internos, manter o cabelo preso, evitar o uso de colares, pulseiras e brincos grandes, evitar contatos corporais inclusive o aperto de mão, utilizar roupas adequadas com pouca parte do corpo a mostra uma vez que naquele ambiente *“havia pacientes com impulsos sexuais mais vorazes”* e que todo o cuidado devia ser mantido para preservar nossa segurança.

Todo esse protocolo de cuidado, nos leva a considerar que a doença mental é vista como uma anomalia perigosa, na qual o doente ameaça as pessoas que o cercam o tempo todo por ser considerado um ser violento. Deste discurso, notamos que a ligação da pessoa com transtorno mental ao perigo permanece, desde o isolamento nos manicômios até os dias atuais, e que toda a atenção deve ser mantida para com essas pessoas.

Para Goffman (1988), o estigma carregado pela pessoa com transtorno mental é entendido como uma inabilitação para a aceitação social plena, carregando preconceitos que perpetuam-se e afastam cada vez mais os doentes da sociedade. O autor afirma:

Acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças (GOFFMAN, 1988, p.8)

Essa discriminação citada por Goffman, é observada no cotidiano das ruas de Macapá. Quando é visualizado a aproximação de pessoas com transtorno mental,

caracterizadas por suas roupas, comportamentos, é até por ser sujeito já conhecido na sociedade, muitos tendem a se afastar, a desviar olhares, ou até a atravessar a rua para evitar o encontro com o doente. Até a presença destes em ônibus, paradas, ou locais sociais provocam desconforto em algumas pessoas. Algumas atitudes presenciadas em ônibus, por exemplo, são vistas como preconceituosas, como quando a pessoa com transtorno se senta na cadeira ao lado de alguém e esta se retira preferindo ficar em pé, ou até mesmo a colocação de objetos, mochilas ou bolsas para evitar que o doente se aproxime e se acomode na cadeira ao lado. Essas atitudes comprovam que o estereótipo construído sobre o doente mental permanece, e é externalizado inclusive por aquelas pessoas que possuem formação e informação sobre a doença, como é o caso dos profissionais de saúde encontrados no setor de psiquiatria.

Ainda em relação à segurança, esta foi relatada pelos profissionais como inexistente dentro psiquiatria. Muitos dos profissionais relataram que trabalham em condições insalubres, sem material e sujeitos a vários tipos de agressões, sejam físicas ou mentais, que muito os desmotivam a executar suas funções. Até o uso de jaleco, instrumento de proteção pessoal, é de difícil uso no ambiente pois o calor é excessivo para todos.

Esta insegurança é refletida ainda na preocupação que os profissionais têm pelos internos, mais especificadamente à uma adolescente de dezessete anos que na instituição estava internada. Segundo os profissionais, não havia como acompanhá-la o tempo todo, o que impediria de promover a proteção física da jovem contra os atos sexuais que poderiam ocorrer entre internos naquele local. Sobre este ponto, os profissionais informaram que a mãe da adolescente já havia sido informada a respeito, mas ainda assim avisou que não tinha como permanecer com a moça em casa pois havia outras crianças que estavam sobre sua responsabilidade. Desta forma, não havia tempo para cuidar da adolescente que, inclusive, já havia tentado várias vezes o suicídio e que também já tinha quebrado todos os móveis de seu próprio quarto em surtos anteriores, oferecendo risco para as outras crianças que moravam na casa. Apesar das dificuldades na doação de tempo integral para a jovem internada, os profissionais nos informaram que sua mãe visitava-a constantemente, inclusive presenciamos o dia em que a adolescente recebeu a visita dela, um momento de alegria e ansiedade que a moça expressava quando falava em retornar para a casa, em ter sua vida cotidiana devolvida, mas que, nas palavras de sua mãe, *“ainda não é o tempo certo”*, precisando permanecer na psiquiatria até que apresentasse condições de retornar para seu lar.

#### **d) Procedimentos do atendimento**

Durante o cotidiano trabalhista, os profissionais necessitam de alguns instrumentos para desempenhar suas funções, entretanto, a ausência desses é corriqueira. Um dos materiais mais utilizados durante o atendimento na psiquiatria corresponde à luvas, álcool e ataduras, materiais com importância central na prática das contenções de usuários em crises.

Sobre esse atendimento destinado ao paciente no momento da crise, os profissionais realizam o controle sobre dois procedimentos: o primeiro diz respeito a utilização de ataduras ou faixas para a contenção de membros superiores e inferiores. O segundo faz referência a utilização de substâncias medicamentosas.

Em relação às contenções, estas são denominadas como contenção parcial e total. A primeira consiste na amarra das mãos e pés, em que na região superior são utilizadas faixas de ataduras transpassadas em volta da cintura do paciente. Já nos membros inferiores, utilizam-se de faixas em volta dos pés, de forma a controlar o espaçamento do seu andar. Nesse modelo, o paciente tem capacidade de mobilidade limitada. Embora com dificuldade, é possível transitar em outros ambientes da psiquiatria. Os pacientes, nessa condição, necessitam de ajuda para situações simples como coçar o corpo, beber água, limpar o suor do rosto, dentre outras e, para realização dessas tarefas, recebem frequentemente colaborações solidárias por parte de outros pacientes e até mesmo de profissionais que trabalham no setor.

A outra forma de contenção corresponde a contenção total. Esta é utilizada em crises mais severas em que o paciente apresenta quadro de agressões, e consiste na amarra de braços e pernas. Nesse procedimento utiliza-se as camas situadas nas enfermarias para imobilização, ficando o paciente em posição de X deitado sobre a cama até a finalização da crise. Este procedimento assemelha-se aos utilizados em manicômios, entretanto, em substituição as correntes, utilizam-se as ataduras, permanecendo o paciente contido até que os surtos melhorem, o que provoca bastante agitação, gritos, insultos e choros até que o efeito do remédio comece a agir.

##### **▪ Contenções durante as visitas de campo**

Nas visitas institucionais visualizamos três pacientes em surto. O primeiro deles encontrava-se em estado de contenção total em uma enfermaria isolada, localizada nas proximidades do refeitório. Por todo o período matutino, ouvia-se seus gritos e lamentações, solicitando sua retirada da cama. Seus pedidos eram intensificados quando outros internos ou

profissionais circulavam ou conversavam nas proximidades onde este estava contido. Tratava-se de um paciente do sexo masculino e jovem. Durante as orientações de segurança, foi nos informado pelos profissionais para que evitássemos a proximidade com o paciente, em virtude dos riscos que este apresentava. Maiores informações sobre o paciente não nos foram repassadas.

O segundo caso, trata-se de um surto acompanhado no momento inicial. Passava de meio dia, as pesquisadoras e alguns profissionais encontravam-se no posto de enfermagem. Neste local, os profissionais faziam referência a um plantão tido como “*calmo*” que seria encerrado às treze horas, horário que assumiria outra equipe para o plantão. Na ocasião, uma paciente adolescente encontrava-se chorando, em pé, próxima a uma janela com acesso ao posto de enfermagem. Ali, ela iniciou um choro baixo que aos poucos aumentou de tom, com palavras incompreensíveis ditas a todo instante. Foi neste momento que uma das profissionais falou, de longe, que a mesma não precisava chorar e que se retirasse do local para aguardar o almoço. Foi a partir desta fala que a paciente passou a esmurrar ininterruptamente a janela de madeira do posto de enfermagem. O momento do surto causou desestabilidade no ambiente. A reação dos profissionais que lá se encontravam foi súbita diante do ocorrido. Dois deles seguiram em direção a paciente para iniciar o procedimento de contenção, segundos depois, retorna um destes em busca de atadura para realizar a contenção, oportunidade em que foi detectado a inexistência do material. Como forma de manifesto, uma das profissionais, demonstrando sua indignação com a ausência do material necessário, afirmou que iria no setor superior onde está localizada a parte administrativa em busca do referido material, caso não tivesse êxito na obtenção dos mesmos, rasgaria lençóis para que pudesse amenizar o sofrimento psíquico que a paciente estava passando. Quando a profissional faz essa referência de amenizar o sofrimento, reporta-se que alguns profissionais alegaram que com o procedimento de contenção se evita que o próprio paciente possa vir a se machucar fisicamente.

No momento da crise, foi perceptível o desconforto que nossa presença, enquanto pesquisadoras, causou no ambiente. Razão pela qual, lamentavelmente, não podemos acompanhar todos os procedimentos realizados junto à paciente. Entretanto, até a hora em que nos ausentamos do local, a interna encontrava-se chorando contida totalmente em um dos leitos da enfermaria feminina. Quanto a medicação, observou-se a utilização de drogas de

forma injetável, sendo essa a preferida para pacientes em crise, considerando sua maior eficácia em pacientes em surto

Ainda sobre o relato do surto sofrido pela paciente acima, uma das profissionais presente no posto de enfermagem afirmou que a crise se dera em virtude da proximidade da hora do almoço, uma vez que o relógio já marcava meio-dia. Esse comentário nos fez sugerir que o sentimento de fome gerava na mesma maior chance de desencadear uma crise, já que pela forma relatada a crise sofrida naquele horário já era algo rotineiro. Com base nesta informação, associamos o presenciado a momentos antes naquela manhã, quando a paciente recebera visita de sua mãe, mostrando-lhe os hematomas nos pulsos que teriam sido causados em surto anterior. A paciente informou à visitante: *“Me amarraram. Eu bati na médica. Ai agora ela mandou me soltar, mas ainda tá marcado”*. A lembrança da contenção foi narrada por uma voz baixa, um semblante distante, com olhares voltado ora para o chão e ora para os pulsos, o que nos fez entender que as contenções não deixavam apenas marcas físicas.

Diante desses fatos que presenciamos, ficam um ponto a destacar. Por ser de conhecimento dos profissionais que o demorado período de privação alimentar pode colaborar para ocorrência de um surto, porque isso não é contornado fornecendo alimentação em intervalos menores, posto que até nossa saída do ambiente de pesquisa, em torno das treze horas, não visualizamos o serviço de distribuição de refeição entre os internados?

Ainda sobre a utilização de contenções, em um outro momento encontramos um paciente em situação de contenção total na enfermaria feminina. Tratava-se de uma mulher de corpo franzino, cor empalidecida e inerte sobre seu leito. Mesmo com todo o barulho e movimento feito na enfermaria, a referida paciente aparentava estar em sono profundo, o que nos fez sugerir que tal estado era proveniente da utilização de substância medicamentosa, levando-a ao quadro apresentado.

Outro ponto de atendimento que merece relato, diz respeito à um jovem paciente, ainda adolescente, de corpo franzino e com deformações físicas representada por braços e pernas atrofiados. Este não falava, apenas murmurava. De sua boca jorrava uma secreção transparente, líquida e espessa, a qual era constantemente limpa por sua cuidadora e acompanhante. O mesmo não estava em contenção. Esboçava gritos e movimentos corporais constantes, os quais o levava ao chão, rastejando aos pés de sua cuidadora. Junto à ele encontrava-se uma senhora, provavelmente sua mãe, que demonstrava preocupação com o

jovem segurando sua cabeça para evitar que se chocasse ao chão em um de seus impulsos. Pacientemente, a senhora o auxiliava a sentar, limpando periodicamente sua boca com uma fralda e segurando-o pelos braços para evitar que voltasse a deitar aos seus pés. Com aspecto cansado e com um olhar assustado, ao nos aproximarmos da referida senhora juntamente com um profissional que nos mostrava o ambiente, a senhora questionou ao mesmo quando viria o atendimento médico para o paciente, ouvindo a informação que o médico faria a visita ainda naquela tarde. Desacreditada, a paciente balbuciou algo em tom inaudível e retornou a atenção ao jovem que encontrava-se deitado ao chão novamente.

Esses episódios nos levaram a algumas análises. A primeira diz respeito a inexistência de materiais como álcool, luvas e as indispensáveis ataduras. Sobre este ponto, em conversa com uma profissional, a mesma afirmou que essas condições prejudicam e comprometem a execução do trabalho, relatando que as necessidades de materiais solicitadas pela psiquiatria somente são atendidas pela coordenação/administração do hospital quando ocorre a manifestação conflitante por parte dos profissionais, ainda que seja para aquisição de material básico de uso imprescindível junto aos pacientes.

Outro ponto que merece ser discutido, gira em torno da ausência de médicos psiquiatras na instituição para prestar atendimento a esses usuários. A presença deste especialista é necessária, tanto que os próprios profissionais demonstraram preocupação diante da ausência destes, confirmando que o acompanhamento psiquiátrico não ocorre conforme preconiza a lei.

#### **e) As atividades sociais e lúdicas**

A interação grupal corresponde a uma atividade com elevado grau de importância para o cotidiano dos internos da psiquiatria. Com o intuito de promover o entretenimento dos pacientes, as atividades lúdicas grupais ocorrem de segunda a sexta, no turno da manhã, tanto na área externa quanto em uma sala de jogos. Essas atividades são desenvolvidas através da orientação de um terapeuta ocupacional que organiza o grupo, incentivando cada paciente a interagir com os demais. Presenciamos um desses momentos lúdicos em que os pacientes desenvolveram, na área externa, atividades com balões, utilizaram de seus braços e pernas, bambolês, e outras terapias que colaboraram para o relacionamento social e a melhora do quadro clínico.

As atividades são muito importantes até para o ócio no qual estes ficam por longos períodos. Entretanto, por boa parte das atividades serem desenvolvidas na área externa, o horário da terapia ocupacional é restrito a duas horas por dia, das nove às onze horas, apenas no turno da manhã em virtude do sol e da agitação que este provoca nos pacientes.

Após as atividades externas no pátio, são realizados procedimentos grupais em uma sala de atividades, onde ocorre a prática de jogos de tabuleiros, dominós e produções artísticas feitos em datas comemorativas e exibidos orgulhosamente pelos pacientes na parede da referida sala. Apesar de ser o único local para atividades na área interna, a sala possui apenas um ventilador e uma janela. A central encontrava-se quebrada e, pelo calor, os pacientes agitaram-se e não permaneceram na sala por muito tempo. Os pacientes suavam excessivamente junto com os próprios profissionais, de áreas diversas, que se esforçavam em permanecer com eles até o término das atividades lúdicas.

#### **f) Rota de fuga**

Frequentemente nos deparamos com pessoas com transtorno mental que ainda possuem roupas de enfermaria pelas ruas de Macapá. Com a informação de que estes fogem da psiquiatria, perguntamos para um profissional, durante uma entrevista, como aquelas pessoas conseguiam ausentar-se da psiquiatria sem serem vistas. Foi mostrado então por onde davam-se as fugas dos internos, um processo arriscado em que os pacientes subiam, pela área de banho externo, através da grade de um cobogó até o telhado da copa/refeitório no qual atravessavam horizontalmente até chegar em um poste de luz público. Ali eles desciam até o muro e saltavam para a área externa. Com os uniformes da psiquiatria, as pessoas com transtorno mental tornam-se transeuntes pelas ruas da cidade, sem caminho, sem proteção, sem destino, eles ficam a mercê de abusos, acidentes, agressões, entre outros. Esta observação nas ruas foi um dos principais motivos que nos levaram a produzir este trabalho, a curiosidade em saber quem eram aquelas pessoas, de onde elas vinham e para onde estavam indo com aquelas vestimentas incomuns. Hoje, vemos que as fugas não são tidas como um erro irreparável, não sabemos se eles retornam ou como retornam para a psiquiatria, mas podemos perceber através de um rapaz, com aproximadamente vinte e cinco a trinta anos, que tanto a rua quanto as instalações do hospital são ambientes cotidianos para eles. Tanto que o referido rapaz ia todos os dias pela manhã até a enfermaria do hospital, aguardava no mesmo local, em pé na porta da sala de curativos, até a chegada de algum enfermeiro para realizar a limpeza e a troca dos curativos que estavam em sua perna e braço. Após a troca ele retornava

tranquilamente às ruas, como se aquela ação fosse algo comum e tarefa a ser realizada cotidianamente por ele.

Muitos dessas pessoas com transtorno mental transeuntes tornaram-se pessoas vistas frequentemente em nosso dia-a-dia e que acabam por provocar preocupação, curiosidades, caridades, receios, entre outros, demonstram que eles não passam de forma alguma despercebidos pela sociedade, apenas precisam de cuidados e proteções que devem ser fornecidos pelo Estado e seus familiares para que possam seguir suas vidas com qualidade.

### **IV.3 – A importância da família para efetivação da PNSM**

Juntamente aos profissionais, a família desempenha um papel fundamental para efetivação da PNSM, visto que ela é parte indispensável para o processo de desinstitucionalização conforme objetivado na referida política. Por conseguinte, quando o adoecido mentalmente retorna ao seu lar, a família é responsável pelo cuidado e atenção que este requer, tendo como direito juntamente ao doente mental, conforme estabelecido no Artigo 2º, VII, da lei 10.216/2001, receber o maior número de informações a respeito da doença e de seu tratamento. Sendo assim, o laço entre profissional, família e adoecido deve ser estreitado para que o doente mental possa receber toda a proteção e tratamento que tem direito, utilizando de toda a rede de assistência que se encontra disponível. Destarte, essa relação não ocorre na realidade local, sendo possível verificar que o laço entre família e profissional está bem longe de ser formado.

Uma das grandes dificuldades alegadas pelos profissionais, e que não foi detectado apenas na psiquiatria como também nos CAPS, consiste no comparecimento dos familiares junto às instituições. Por poucos acompanharem seu familiar doente, há o comprometimento nas informações necessárias que deveriam ser prestadas aos familiares para que estes possam compreender o que é a doença, as formas de tratamentos disponíveis, como colaborar nas crises ou surtos, e até mesmo ter um espaço para expor todas as angústias e preocupações vivenciadas por ele durante o cuidado que tem com o adoecido. Entretanto, sem essas informações indispensáveis, o que ocorre é ou o abandono do adoecido em instituições psiquiátricas, ou o isolamento domiciliar tanto da pessoa com transtorno mental quanto de seu cuidador. Sobre o primeiro caso, foi nos informado pelos profissionais sobre três casos de abandono familiar dentro da psiquiatria: dois idosos, sendo um homem e uma mulher, e uma adolescente de dezessete anos que já se encontra na psiquiatria há “*um bom tempo*”. Neste

caso, principalmente em relação à senhora abandonada, detectamos a carência de afeto que esta possuía, ficando sempre próximo das pesquisadoras, solicitando que a levassem para casa, relatando que havia gostado de ambas, que a levassem para passear na praça, entre outras formas de chamar a atenção para si, mas sempre agindo de forma amorosa e delicada. Já a adolescente abandonada conhecia toda a rotina dentro da psiquiatria, agia sempre auxiliando os outros internos, colaborando com os profissionais, interagindo com todos. Tal fato foi relatado por uma profissional que seria decorrente do tempo que a jovem permanecia lá, e que por mais que não apresentasse riscos ou surtos constantes, não poderia retornar ao seu lar por não ter um local que a acolhesse.

O segundo caso foi possível ser detectado pela quantidade de familiares que se dirigiam até a sala em que os médicos psiquiatras atendiam em busca de receitas médicas para aqueles que se encontravam adoecidos em casa. Em uma determinada manhã, em época de transição de atendimento ambulatorial do pavimento superior da psiquiatria do HCAL para o CAPS III, vários familiares chegaram ao setor de atendimento psiquiátrico, muitos acompanhados pelas pessoas com transtorno mental, em busca da continuidade do acompanhamento clínico com o psiquiatra. Na espera do atendimento clínico, que estava ocorrendo na psiquiatria apenas com agendamentos marcados previamente, muitos conversavam sobre as dificuldades que estavam enfrentando no cuidado com seu familiar doente, que já compreendiam as manias, as necessidades, além de conversarem sobre os efeitos dos remédios. Num dia de observação, presenciamos uma senhora que mostrou uma caixa de um medicamento para outra senhora para que esta última pudesse solicitar ao médico, uma vez que a medicação estava ajudando o seu filho a “dormir bem”. Apesar de haver aqueles que trocavam informações, era nítido que alguns outros se sentiam envergonhados e incomodados em expor todo o esforço que estavam passando para cuidar da pessoa com transtorno mental, voltando sempre seu olhar para o chão ou cortando o assunto quando alguma outra pessoa lhe fazia indagações. A espera dos familiares durou boa parte da manhã, uma vez que os profissionais estavam em reunião com a coordenação da psiquiatria, mas, apesar da demora, notou-se a insistência que os familiares faziam em permanecer no local aguardando instruções, até o momento em que chegou um profissional da área administrativa e prestou a informação que o atendimento procurado estava ocorrendo apenas no CAPS III, o que certamente gerou muitas dúvidas nos familiares pela incipiência da

informação. Ainda assim foi motivo de inúmeros agradecimentos por parte daqueles que aguardavam.

Pelos atendimentos terem sido iniciados na psiquiatria e posteriormente terem sido transferidos para o CAPS III, os prontuários dos pacientes eram mantidos ainda na psiquiatria, o que acabou gerando uma situação constrangedora para um familiar que estava em busca do referido documento. Trata-se de uma senhora que chegou ao setor administrativo informando que necessitava levar o prontuário de sua filha para que pudesse realizar uma consulta que estava agendada no CAPS III. Recebeu a informação de uma funcionária da área administrativa que ela não poderia levar o prontuário original, devendo fazer cópias para entregar no local da consulta. Preocupada, a familiar indagou sobre a quantia financeira que deveria ser dada para que pudesse levar as cópias para a consulta e, diante de sua preocupação, a funcionária informou que a senhora poderia fazer as cópias no setor administrativo do hospital de forma gratuita, desde que deixasse sua bolsa como garantia que retornaria para deixar os documentos originais. Sem saber onde era o setor administrativo e constrangida em deixar sua bolsa pessoal no local, a familiar pediu orientações em como chegar ao setor e deixou um guarda-chuva como garantia que retornaria pois não se sentia confortável em deixar sua bolsa.

Diante da situação, entende-se que, em virtude do processo de transição de atendimentos, quem deveria fazer a locomoção dos prontuários deveria ser a própria rede de assistência, e não o familiar tendo que deixar “garantias” de suas palavras. Outro fator é que, se os prontuários precisam estar nos dois locais de atendimento, a própria psiquiatria deveria dispor de uma copiadora para que pudesse evitar os transtornos ocasionados pela locomoção de familiares em busca de um documento interno. O que podemos salientar é que a psiquiatria não recebe recursos necessários para cumprir com suas funções essenciais tanto nos procedimentos médicos, quanto nos procedimentos administrativos, precisando de recursos dirigidos de forma isolada uma vez que a distribuição orçamentaria não a alcança como deveria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na pesquisa desenvolvida, avaliamos que inúmeras barreiras precisam ser vencidas para que a efetivação da PNSM possa ocorrer. Uma delas corresponde a implementação de uma rede de assistência que alcance a inserção social, o que não foi possível detectar no município em virtude desta rede não desempenhar sua função de forma completa. Como, por exemplo, as residências terapêuticas que são inexistentes no estado, ficando a pessoa com transtorno mental sem referência familiar e permanecendo nas ruas ou hospitais psiquiátricos.

Como estratégia de desinstitucionalização, o estado do Amapá utiliza do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que estabelece que os hospitais psiquiátricos podem ser acionados quando insuficientes as referidas residências. Entretanto, o SRT deve ser utilizado em caráter transitório, o que não ocorre no Estado que tem utilizado da estratégia de forma permanente. Tal afirmativa se dar por não haver indícios que comprovem que o Amapá esteja realizando ações para implantação das residências terapêuticas.

Outra questão que aponta a falha na estruturação da rede, corresponde a gradativa desativação do hospital psiquiátrico ainda que não exista um serviço substitutivo ao realizado pela referida casa de saúde, como os CAPS e as residências terapêuticas.

Em relação ao hospital psiquiátrico ainda em funcionamento no estado, a pesquisa revelou que os atendimentos realizados se aproximam às antigas práticas manicomiais, como por exemplo a utilização das contenções, que podem ser caracterizadas como repressivas pois os pacientes permanecem limitados fisicamente por longo período, ainda que o surto tenha cessado; o ambiente fétido em que os internos vivem, e demais precariedades ainda existentes. Além de ser um local insalubre e desprovido de estrutura material e física adequada para os profissionais, visitantes e internados.

Esta realidade vivenciada pelos internos vai em desencontro ao que está estabelecido na Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) como direitos dos usuários. Dentre os estabelecidos, destacamos que, em contrapartida à lei, na pesquisa de campo verificamos que não apenas o local onde os pacientes são internados, como também o atendimento ofertado apresenta falhas. A equipe profissional não é composta, exclusivamente, por funcionários públicos efetivos, comprometendo a criação de vínculos com os pacientes e a continuidade de projetos

de integração social. Além de não dispor de terapias voltadas para a especificidade de cada doença, atrelando-se apenas a terapia ocupacional como estratégia única nos cuidados.

Além disso, no ambiente pesquisado não foi detectado nenhum projeto que visasse a inserção social do interno, ainda que os profissionais tenham relatado que houve a produção dos mesmos mas não a efetivação, resultante das limitações que variam do âmbito orçamentário e estrutural. Em relação aos familiares, na psiquiatria a presença destes ocorre de forma tímida, mesmo que os profissionais tenham relatado a existência de reuniões periódicas entre familiares, doentes e profissionais, com o propósito de externalizar as angústias e dúvidas, somando-se ainda o objetivo de estreitar laços.

Para concluirmos, acredita-se que o “nau dos loucos” ainda continua a fazer suas viagens no município pesquisado. Agora não mais por rios, e sim através do descaso presente na negação dos direitos desse contingente populacional, sejam os que encontram-se institucionalizados, sejam os que vagam em logradouros públicos, invisíveis na sociedade.

A pesquisa também revelou a necessidade de romper velhos paradigmas que apontam para exclusividade de estudo do tema para as áreas da saúde. Nesse contexto, esta pesquisa encontrou dificuldades que limitaram e cercearam o desempenho de um trabalho através do qual, poderiam ser descortinadas infinitas possibilidades de mostrar caminhos para a superação da exclusão da pessoa com transtorno mental e sua reintegração a sociedade.

Por conseguinte, entendemos que o caminho para o aprimoramento desses cuidados se efetiva através do chamamento público, compartilhando responsabilidades, com a exposição da situação vivenciada por essa população para a sociedade para que assim possamos dar continuidade as lutas e reivindicações propostas na reforma psiquiátrica, a qual sob nossa ótica, deve ser urgentemente fortalecida em âmbito regional.

Conclui-se que este campo de pesquisa merece e deve ser cada vez mais explorado em virtude dos benefícios oferecidos, sendo este trabalho representante do desejo de apresentar e difundir a temática sobre saúde, mais especificadamente a saúde mental, dentro da área sociológica.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Cintia Maria da Cunha. *Loucos nas ruas: Um estudo sobre atendimento à população de rua adulta em sofrimento psíquico na cidade de Recife*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2009.

AMAPÁ. *Lei nº 1010, de 23 de junho de 2003*. [Dispõe sobre a proteção aos portadores de transtorno mental no estado do Amapá]. Macapá, AP, 2003.

\_\_\_\_\_. *Projeto de Lei nº 0216, de 07 de dezembro de 2011*. [Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social da pessoa com transtorno mental, objetivando determinar a implantação de ações e serviços de saúde mental no Estado]. Macapá, AP, 2011. Disponível em: <[http://www.al.ap.gov.br/exibir\\_processo.php?iddocumento=33576&op=imprimir](http://www.al.ap.gov.br/exibir_processo.php?iddocumento=33576&op=imprimir)>. Acesso em: 21 de dez. de 2014.

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

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. 1ª Ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, Synara Layana Rocha. *A experiência de depressão humana na contemporaneidade: uma compreensão fenomenológico-existencial*. 2012. 160 f. Dissertação [Mestrado em Psicologia] – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

BRAGA, Raphael J; PETRIDES, Georgios. *Terapias somáticas para transtornos psiquiátricos resistentes ao tratamento*. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 29, supl. 2, Oct. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462007000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000600007&lng=en&nrm=iso)>. Access em 13 out. 2014.

BRASIL. *Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001*. [Dispõe a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental]. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=8](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=8)>. Acesso em: 20 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Ministério da Saúde. [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]. Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Conselho Nacional de Saúde. [Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos]. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. *Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate*. In MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES,

Luciano; TEIXEIRA, Marlene (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e a Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CHERUBINI, Karina Gomes. *Modelos históricos de compreensão da loucura*. Da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel. Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 1135, 2006. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12432-12433-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2005, Caracas: Ministério da Saúde, 2005. 56 p.

DURANT, W. *História da Civilização*. São Paulo: Nacional, 1957.

DURIGUETTO, M. L.; MONTAÑO, C. *Estado, classe e movimento social*. São Paulo: Cortez, 2011.

EYSENC, Hans H. *Decadência e queda do império Freudiano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S/A, 1985.

FILHO, Valentim Gentil. *A Lei Delgado e o futuro da assistência psiquiátrica*. Rev. Bras. Psiquiatria. São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 Jan. 2015.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

GIDDENS, Anthony. *Sociologia*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Brasil: Zahar Editores, 1988.

\_\_\_\_\_, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito; MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio de revisar aspectos éticos das pesquisas em ciências sociais e humanas: a necessidade de diretrizes específicas*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Sept. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312013000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 dez. 2014.

GUIMARÃES, A. N. *A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem*. 2011. 212 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

HENRIQUE, Adalberto Romualdo Pereira. *Deficiência: Evolução Histórica*. [S.l]: 2012. Disponível em: <[http://www.komedi.com.br/escrita/leitura.asp?Texto\\_ID=13399](http://www.komedi.com.br/escrita/leitura.asp?Texto_ID=13399)>. Acesso em: 12 set. 2014.

HOSPODAR, Paulo. *Ressocializar é possível? Uma contribuição da Gestalt- terapia nas atividades de um hospital – dia de uma instituição psiquiátrica*. Revista IGT na Rede, v.6, nº 11, 2009.

IBGE. Contagem Populacional de 2013. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Macapá/AP. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ap>>. Acesso em: 20 de dez. 2014.

JORGE, Marco Aurelio Soares. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. Disponível em: <<http://portaldesicict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1997/jorgemas/capa.pdf>>. Acesso em 28 out. 2014.

LANGDON, Esther Jean; MALUF, Sonia; TORNQUIST, Carmen Susana. *Ética e política em pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados*. In GUERREIRA, Iara Coelho Zito; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; ZICKER, Fábio (Orgs). *Ética nas pesquisas em Ciências Sociais e humanas na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOREIRA, Juliano; PEIXOTO, Afrânio. *As doenças mentais nos climas tropicais*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. 8, n. 4, p. 788-793, 2005.

MOSTAZO, R.R.; KIRSCHBAUM, D.I.R. *O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 2 p. 04 – 13, 2003. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em 30 out. 2014.

OMS. *Instructions for determining the susceptibility or resistance of mosquito larvae insecticides*. Organização Mundial de Saúde. 1981.

PESSOTTI, Isaias. *Sobre a teoria da loucura no século XX*. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2006000200002&script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2006000200002&ing=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2006000200002&script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200002&ing=pt&nrm=iso)>. Acesso em 28 out. 2014.

\_\_\_\_\_, Isaiás. *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: EDUSP, 1984.

\_\_\_\_\_, Isaiás. *O século dos manicômios*. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PITTA, Ana. *Rede de Atenção Psicossocial*. [S.l]: 2005. Disponível em: <<http://desafiosatuais.blogspot.com.br/2005/09/rede-de-ateno-sade-mental.html>>. Acesso em 27 dez. 2014.

QUIVY, Raymond; CHAMPENHOUDT, Lucvan. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1992.

RECHINELI, Andrea; PORTO, Eline Tereza Rozante; MOREIRA, Wagner Wey. *Corpos deficientes, eficientes e diferentes: uma visão a partir da educação física*. Revista Brasileira Educação Especial. Marília, v.14, n.2, maio/ago 2008.

REINERT, Maurício. *'O Brasil precisa de mais, e não menos, pesquisa'*. Blog de História, Ciências, Saúde – Manguinhos: 2014. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/o-brasil-precisa-de-mais-e-nao-menos-pesquisa/>>. Acesso em 18 dez. 2014.

REIS, Emanuel. *Clínica de psiquiatria é o retrato do abandono na saúde pública do AP*. [S.l]: 2009. Disponível em: <<http://www.noticiasdaqui.com/2009/03/31/clinica-de-psiquiatria-e-o-retrato-do-abandono-na-saude-publica-do-ap/>>. Acesso em 21 dez. 2014.

SABBATINI, Renato M.E. *A história da lobotomia*. Revista cérebro e mente. 1997. Disponível em: <[http://www.cerebromente.org.br/n02/historia/lobotomy\\_p.htm](http://www.cerebromente.org.br/n02/historia/lobotomy_p.htm)>. Acesso em 30 out. 2014.

\_\_\_\_\_, Renato M.E. *A história da terapia por choque em psiquiatria*. Revista cérebro e mente n. 4. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock.htm>>. Acesso em 28 out. 2014.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *Uma crítica aos atuais comitês de ética na pesquisa no Brasil*. Blog de História, Ciências, Saúde – Manguinhos: 2014. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/uma-critica-aos-atuais-comites-de-etica-na-pesquisa-no-brasil/>>. Acesso em 15 dez. de 2014.

SCHWARTZMAN, J.S. *Histórico*. Em J.S. Schwartzman (Org.), Síndrome de Down (pp. 3-15). São Paulo: Mackenzie, 1999.

SILVA, Otto Marques da. *A epopeia ignorada – a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje*. São Paulo: Cedas, 1987.

SOARES, Amanda N.; SILVEIRA, Belisa V.; REINALDO, Amanda Márcia dos S. *Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro*. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 47-56, jul./set.2010. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3\\_html\\_site/a05v11n3.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/a05v11n3.html)>. Acesso em 10 jan. 2015.

SOUZA, Vinícius Rauber. *Contrarreforma psiquiátrica: o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul*. 2012. 166 f. Dissertações [Mestrado em Ciências Sociais] - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

STOCKINGER, R. C. *Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais*. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

SZASZ, Thomas S.. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento da saúde mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

TARELOW, Gustavo Querodia. *Em busca da saúde mental: as lutas antimanicomiais e as experiências andreenses*. [S.l]. 2007. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=5998&tipo=B>>. Acesso em 31 Out. 2014.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. *Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 jan. 2015.

VENANCIO, Ana Teresa A.. *Doença Mental, Raça e Sexualidade nas Teorias Psiquiátricas de Juliano Moreira*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(2):283-305, 2004