



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

**ESTHER PORTO TARDAN**

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA AINDA É POSSÍVEL NO BRASIL?**

RIO DE JANEIRO  
2022

ESTHER PORTO TARDAN

A REFORMA PSIQUIÁTRICA AINDA É POSSÍVEL NO BRASIL?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Dra. Mossicléia M. da Silva

RIO DE JANEIRO

2022

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

ESTHER PORTO TARDAN

A REFORMA PSIQUIÁTRICA AINDA É POSSÍVEL NO BRASIL?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Doutora Mossicléia M. da Silva  
**ORIENTADORA**  
Escola de Serviço Social da UFRJ

---

Professora Doutora Lilian Angélica da Silva Souza  
Escola de Serviço Social da UFRJ

---

Professora Mestra Maria Clara de Arruda Barbosa  
Escola de Serviço Social da UFF

RIO DE JANEIRO

2022

## **AGRADECIMENTOS**

A minha filha Valkíria, companheira de vida, de curso e de sonhos pelo apoio nos momentos de luta, pela parceria nos momentos de glória e pela companhia nos melhores “rolês”. Te amo!

A minha orientadora, Professora Dra. Mossicléia M. da Silva, pela paciência interminável, pela compreensão infinita, pela resiliência, pela coragem, pela loucura, pelo dom do perdão e por não desistir de mim. Obrigada!

A minha Supervisora de Campo, Geisely Cristina Santos, pelos ensinamentos profissionais, por ter me dado asas e, mais do que tudo, por me ensinar a viver. Obrigada!

A Andreia Nogueira pela mão estendida quando precisei. Obrigada!

A todas as amigas e amigos do curso de Serviço Social pelos momentos, bons e ruins, compartilhados.

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um breve histórico sobre o desenvolvimento da assistência em saúde mental no Brasil a partir da criação do primeiro hospício no Século XIX até o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica na década de 1970. Buscamos compreender por meio de pesquisa bibliográfica a importância e as conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira e sua principal reivindicação – a desinstitucionalização tendo o processo de (re)inclusão da pessoa com transtorno mental na relação familiar e comunitária como seu principal desdobramento. Concluiu-se que a falta de investimentos suficientes em Saúde Mental por questões políticas, a precarização do trabalho, a ausência de capacitação profissional e práticas inadequadas continuarão sendo empecilhos para a total instauração dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Além disso, no processo de desinstitucionalização, a reinserção da pessoa com transtorno mental nas esferas familiar e comunitária requer atenção, acompanhamento e todo tipo de apoio ao cuidador familiar. Porém é possível substituir o tratamento manicomial e cuidar da loucura de forma humanizada. A Reforma Psiquiátrica ainda é possível.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Cuidador Familiar

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1 BREVE INTRODUÇÃO HISTÓRICA .....</b>	<b>16</b>
1.1 Os Hospícios: Primeiras Instituições para Tratamento Psiquiátrico no Brasil .....	16
1.2 As Comunidades Terapêuticas na Primeira Metade do Século XX: A Mudança no Tratamento Psiquiátrico .....	24
<b>2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ORIGENS .....</b>	<b>28</b>
2.1 Década de 1970: A Crise Socioeconômica e os Movimentos Sociais .....	28
2.2 O Movimento de Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS) .....	30
2.3 O Movimento de Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas .....	33
<b>2.3.1 Os Serviços Substitutivos .....</b>	<b>36</b>
<b>2.3.2 A Desinstitucionalização: Ideais e Obstáculos .....</b>	<b>45</b>
<b>3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA AINDA É POSSÍVEL? .....</b>	<b>50</b>
3.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira: Os Dias Atuais .....	50
3.2 A Importância da Família nos Processos de Desinstitucionalização .....	51
3.3 Políticas Familistas e a Sobrecarga do Familiar Cuidador .....	53
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>63</b>

## INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema aqui exposto surgiu a partir da observação participante relacionada a questões recorrentes no cotidiano profissional, enquanto estagiária, no setor de Serviço Social da Internação do hospital psiquiátrico IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Foi utilizada uma pesquisa descritiva que considerou a bibliografia disponível sobre o tema do cuidado em saúde mental para apresentar uma breve descrição das práticas referentes ao cuidado da loucura que antecederam às Reformas Psiquiátricas; descrever as mobilizações sociais e mudanças dos paradigmas psiquiátricos que possibilitaram o delineamento da Reforma Psiquiátrica brasileira e sua materialização através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como equipamentos substitutivos; registrar a necessidade, e as dificuldades, da participação familiar nos processos de desinstitucionalização.

A escrita deste trabalho justifica-se pela necessidade de reafirmarmos a manutenção de um tratamento humanizado em saúde mental no atual panorama político, em que os acontecimentos apontam para o retrocesso de anos de debates e lutas para o estabelecimento de um modelo de atenção em saúde mental que garanta a cidadania de seus usuários e respectivos familiares.

No capítulo um registramos as primeiras iniciativas para o cuidado da loucura no Brasil com a construção dos primeiros hospícios no século XIX, e a mudança do tratamento psiquiátrico no início do século XX com a instituição das primeiras comunidades terapêuticas<sup>1</sup>.

Ao longo do capítulo dois apresentamos o panorama sociopolítico da década de 1970 e os movimentos sociais que impulsionaram o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e suas principais diretrizes – os serviços substitutivos e a desinstitucionalização.

O capítulo três aborda as expectativas da Reforma Psiquiátrica na atualidade e a problemática da participação familiar como um dos principais requisitos para a desinstitucionalização.

Sendo assim, iniciamos este trabalho registrando de que maneira a Psiquiatria, desde o seu surgimento, contribuiu para a construção da ideia de que pessoas com transtornos mentais são incapazes de conviver em sociedade e devem ser mantidas em isolamento, alicerçando a

---

<sup>1</sup> Não estamos nos referindo às comunidades terapêuticas contemporâneas cujo modelo de tratamento baseia-se na doutrinação religiosa, sem suporte clínico, para a cura de transtornos mentais.

lógica hospitalocêntrica. É necessário situar primeiramente o nascimento da psiquiatria moderna, para então avançar ao longo das transformações ocorridas desde o Século XIX, quando a teoria alienista desenvolvida por Philippe Pinel admitia que o louco poderia ser curado, mas sob o controle do psiquiatra, até a Reforma Psiquiátrica brasileira que construiu um novo parâmetro para o tratamento da loucura, materializado na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

A loucura, fenômeno complexo que custará a ser reconhecido pela medicina, será a verdadeira sucessora, no mundo clássico, da hanseníase<sup>2</sup> medieval. No entanto, somente quase dois séculos mais tarde, as estruturas dos leprosários serão novamente ocupadas pelos "Pobres, vagabundos, presidiários e *"cabeças alienadas"*", como descreveu Foucault (1972, p. 10), que herdarão não só os locais das pessoas com hanseníase<sup>3</sup>, mas todo o conjunto de valores a eles atribuídos e os loucos passarão a ser submetidos ao mesmo processo de exclusão antes reservado as pessoas com hanseníase.

A partir do século XVII, sob a influência de Descartes, emergiu um novo olhar sobre a loucura; a sociedade passou a vê-la como um processo de "desrazão". O racionalismo da Idade Moderna separou a loucura da razão e as antigas práticas da Idade Média foram retomadas, a exemplo do que se fazia com a hanseníase e posteriormente com os portadores de doenças venéreas, e a loucura passa a ser objeto da exclusão e do isolamento social. Nessa época, a idéia de exclusão se ampliou a outros grupos e os antigos estabelecimentos de internação (os antigos leprosários) são transformados nos Hospitais Gerais, agora não só destinados aos loucos, mas também a todos aqueles que se desviassem do padrão de comportamento estabelecido socialmente ou simplesmente àqueles que a sociedade desejasse excluir.

Com o surgimento das instituições hospitalares teve início o confinamento daqueles que divergiam das normas da sociedade. Durante a transição para o Capitalismo, o confinamento em instituições era uma medida de exclusão social através da qual os pobres, desempregados, mendigos, marginais, prostitutas e os loucos, dentre outros, eram internados para sanar parte do problema populacional nas cidades. O internamento se caracterizava mais como um dispositivo para isolar os excluídos sociais, do que afirmação da condição de louco, mas assim institucionalizou-se a loucura - misturando os loucos a todo tipo de sujeito que não

---

<sup>2</sup> O termo original "lepra", usado na referência bibliográfica, foi substituído pelo termo "hanseníase", conforme disposto pela Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995.

<sup>3</sup> Idem acima.



estava ajustado, de alguma maneira, às normas sociais existentes na época. Foucault (1975, p.54) refere-se a esse momento da seguinte forma:

Nos meados do século XVII, brusca mudança; o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão. Criam-se (e isto em toda a Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de "alteração". E com este espírito que o governo abre, em Paris, o Hospital geral, com Bicetre e la Salpêtrière; um pouco antes são Vicente de Paula tinha feito do antigo leprosário de Saint-Lazare uma prisão deste gênero, e logo depois Charenton, inicialmente hospital, alinhar-se-á nos modelos destas novas instituições. Na França, cada grande cidade terá seu Hospital geral.

A criação do Hospital Geral em 1656, em Paris, inaugurou as funções sociais e políticas do hospital. Dividia-se em Salpêtrière (para as mulheres e meninas), Bicêtre (para os homens) e Pitié (para os meninos). O hospital, que antes era uma instituição cuja missão era praticar caridade, adotou uma atuação com viés político e social que isolava segmentos sociais menos favorecidos. O hospital tinha direito de vida e morte sobre aqueles que lá se recolhiam obrigados pela legislação. Desde sua fundação, em abril de 1656, nenhum outro socorro público ou privado poderia atender aos miseráveis.

Este é o momento nomeado por Foucault (1972) como "A Grande Internação": uma imensa quantidade de pessoas, das mais diferentes categorias, considerada um inconveniente para a cidade, passou a ser enclausurada no Hospital Geral. O Hospital Geral era um lugar muito mais jurídico do que médico, que dividia o normal e o anormal, o "certo" e o "errado". A internação era social, moral, religiosa, econômica; tudo, menos médica.

Na segunda metade do século XVIII, com a Revolução Francesa (1789) e os ideais de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, uma grande quantidade de médicos - que antes dedicavam-se unicamente a nobreza - passou a atuar em hospitais e os internamentos passam a ser questionados. Começa a surgir uma aversão a esses locais de internamento em função das arbitrariedades que existiam no recolhimento dessas pessoas. A sociedade, embalada pelos ideais iluministas, reivindica a exclusão dessas medidas arbitrárias. Aos poucos a medicina se apropriou do hospital, que passou a ser lugar de tratamento, distanciando-se das antigas funções de caridade e controle social. Em pouco tempo o hospital se tornou a instituição médica por excelência.

A crença no poder da ciência, geradora do progresso da civilização, dominava os meios científicos e culturais e a filosofia iluminista concebia uma visão humanitária. O

alienismo, produto dos novos paradigmas do pensamento científico e filosófico, prometia recuperar alienados mentais através da ação médica. A ciência incorporou esta atitude em relação à figura do louco, numa espécie de extensão da ideia revolucionária dos direitos humanos. O objetivo da ciência era recuperar os insanos para o terreno da razão, mostrando-se mais eficiente do que a religião, expressa pela caridade cristã, e tornando-os aptos a participar do novo mundo organizado pela revolução burguesa. Foi inserido nesse contexto que Philippe Pinel conduziu seu trabalho como diretor do Hospital Geral de Paris, a partir de 1793 (TEIXEIRA, 2019).

Segundo Caponi (2012, p.41), "É bem conhecida a imagem de Pinel libertando os loucos de suas correntes, e é nesse gesto simbólico do humanismo moderno que o encerramento psiquiátrico encontra sua legitimidade e razão de ser." Pinel ao abordar a loucura refere-se não só a delírios e julgamentos errôneos, mas também a paixões incontroladas (ou incontroláveis) e comportamentos sem explicação. Ele abordou e teorizou a loucura como um fenômeno de alienação, um distúrbio localizado no plano das paixões, que seria capaz de produzir desordem na mente e na percepção da realidade. Como as causas da alienação mental estariam no meio social, o princípio de isolamento seria fundamental para poder "proteger" o paciente. Outro motivo para o isolamento seria a possibilidade de conhecimento da alienação em seu estado puro, sem interferências externas.

Pinel considera obsoleto e desnecessários utilizar técnicas como a imersão em água gelada, os golpes, as torturas ou as sangrias. Dedicava especial atenção à necessidade de libertar os doentes das correntes, expondo os estudos empíricos por ele realizados em Salpêtrière, que evidenciavam a eficácia de tirar as correntes em certos casos. (CAPONI, 2012, p. 49)

Porém,

O tratamento moral deverá valer-se de todo e qualquer meio para submeter as paixões sem controle à voz da razão, que está concentrada na figura do alienista. Este deverá construir um espaço repressivo e controlado dentro do asilo, manter um vigilância permanente e paternal, saber utilizar os meios para dominar o caráter e as paixões sem controle. Terá que exercer, enfim, esse poder disciplinar que, a semelhança do presídio, permite que os alienados interiorizem as normas e escolham as condutas socialmente desejadas. (CAPONI, 2012, p. 49)

O alienismo de Pinel inaugurou uma nova forma de relação com a loucura que estabelecia um consenso em torno de um discurso médico e de uma prática clínica direcionada à loucura e preconizava a ideia de uma internação exclusivamente destinada a tratar insanos. A construção de manicômios, cuja direção seria entregue a um novo tipo de médico, o alienista, que reunia os méritos de cientista e benfeitor humanitário, tornou-se sinônimo de filantropia e avanço científico, sendo adotada por diversos países. Nesse contexto de saberes e ascensão médica, na passagem do século XVIII para o século XIX, surgia a

Psiquiatria. A consequência do olhar clínico sobre a loucura é o isolamento do louco que, objeto de estudos e intervenções, tem seu corpo confinado no espaço asilar e sua voz capturada pelo saber psiquiátrico, que se reveste de autoridade para falar em seu nome.

Segundo Foucault (1972) a ideia de doença mental surgiu e se modificou de acordo com as mudanças sociais, políticas e dos mecanismos de poder presentes na Modernidade, e perdurou até a Contemporaneidade. Por força da modernização capitalista surgiu, então, a medicina social, parceria entre medicina e Estado, que pretendia, através da regulação dos corpos, maximizar a força de trabalho necessária para o abastecimento da sociedade industrial nascente. A medicina assumiu o papel de parceira do Estado, agregando ao seu saber/poder médico crescente o saber/poder estatal, tendo por meta o combate às doenças que ameaçavam a consolidação da sociedade organizada pelo modo de produção capitalista, pois não era apropriado que os pobres contraíssem doenças, "pois eles eram, em lugar dos escravos e dos servos de outrora, a nova base de sustentação econômica do mundo, em seu papel de força de trabalho." (BANDERA, 2014).

Constituiu-se, na passagem do século XVIII para o século XIX, momento demarcado por Foucault (1972) como Modernidade, a concepção de doença mental dada a experiência subjetiva da loucura. Segundo Quebra; Chaves (2015, p.5):

Testemunha-se nesse período o lugar estratégico da Medicina que pretendia, através da regulação dos corpos, maximizar a força de trabalho necessária para o abastecimento da sociedade industrial, o que provoca a centralização do discurso médico tanto nas instituições hospitalares, quanto na sociedade em geral, e a classificação das condutas em "normais" ou "patológicas", referidas à possibilidade de incorporação das regras que regulavam a dinâmica social quanto à produção econômica e/ou ao controle populacional. Desta forma, "normais" eram aqueles que se socializavam de acordo com a demanda da sociedade industrial, e "patológicos", o seu avesso.

É neste contexto de ascensão médica que a Psiquiatria inicia sua cruzada para ser reconhecida como um saber da medicina, mas, ao mesmo tempo, independente desta. Seguindo os pré-requisitos para tal, era preciso, delinear o seu próprio objeto de intervenção, ou a doença, vindo a loucura a ser tomada como este objeto, para o qual se produz um discurso médico-psiquiátrico, associado ao pacto de preservação da sociedade industrial.

Já no século XX, a Psiquiatria ainda se baseava fundamentalmente na divisão social entre "normais" e "anormais" e a diretriz do tratamento psiquiátrico continua a ser o isolamento social do indivíduo tido como louco. Porém, no início da década de 1960, Franco Basaglia (2010, p. 23) refere-se ao manifesto do artista Antonin Artaud<sup>4</sup>, participante do movimento surrealista surgido na década de 1920<sup>5</sup> na França, para registrar que

---

<sup>4</sup> Carta aos Médicos-Chefes dos Manicômios (1925)

<sup>5</sup> André Breton (1896-1966), escritor francês lançou em Paris, em 1924, o *Manifesto Surrealista*, que trouxe para o mundo um novo modo de encarar a arte.

Quarenta anos depois - como grande parte dos países europeus, atrelados a uma lei antiga, ainda indecisa entre assistência e segurança, piedade e medo -, a situação não mudou muito: limites forçados, burocracia e autoritarismo regem a vida dos internados, em nome dos quais Pinel já reclamara clamorosamente o direito à liberdade. Mas a liberdade de que Pinel falava tinha sido concedida num espaço fechado, e deixada nas mãos do legislador e do médico que a deviam dosar e tutelar. Por isso, mais de dois séculos após aquela espetacular ruptura dos grilhões, o ritmo da vida dos asilos, ainda é marcado por regras forçadas e mortificações, exigindo uma solução urgente, com fórmulas que finalmente levem em conta o homem no seu livre situar-se no mundo.

Franco Basaglia concluiu que a psiquiatria, a internação e o isolamento não eram apropriados para tratar pessoas com transtornos mentais, pois dentro de instituições como os hospitais psiquiátricos, um ambiente com novas regras e sistemas, profissionais como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e outros, são também administradores da sujeição ao poder, corresponsáveis pelo regime de organização do espaço fechado em que o sujeito em sofrimento psíquico está isolado da sociedade, atenuando conflitos, dobrando resistências e adaptando os indivíduos à aceitação da disciplina da instituição, anulando cada vez mais o que resta da sua subjetividade. Sendo assim, seria necessário remodelar a estrutura psiquiátrica tal como era conhecida e a partir dessas premissas começou a ser esboçada a Reforma Psiquiátrica italiana.

No Brasil, o processo social conhecido como Reforma Psiquiátrica emergiu no interior do movimento de Reforma Sanitária, na segunda metade da década de 1970, em um contexto marcante da história política do país, pois toda a movimentação social em torno da Política de Saúde em geral refletiu-se também na área da Saúde Mental. O fim do milagre econômico, proclamado pela ditadura empresarial-militar, alimentou o fortalecimento das pressões sociais e a ascensão dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora.

"No entanto, duas referências anteriores, embora superadas pela reforma, mantêm relação com o que aconteceria depois." (TENÓRIO, 2002, p. 28). A primeira referência é o *modelo das comunidades terapêuticas* que despontou no Brasil entre o final da década de 1960 e o início da década de 1970. Sua relação com o movimento atual de reforma era o objetivo de transformar a dinâmica institucional reagindo às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico. Era, de forma simplificada, uma tentativa de construção baseada na psicanálise, de um novo modelo organizacional voltado para o aproveitamento do ambiente social, apoiado no envolvimento entre equipe, pacientes e familiares (TENÓRIO, 2002). Porém, o projeto de ser a solução do problema manicomial e resolver a questão da liberdade no interior do hospício fracassou, pois "o autor reconhece o "artificialismo intrínseco à montagem de um modelo ideal de grupo societário sob a forma de um projeto

---

clínico/psiquiátrico"" (TENÓRIO, 2002, p. 29). A segunda referência é o *movimento da psiquiatria comunitária*, que

Como suposta alternativa à prevalência do asilo, tido como segregador e iatrogênico, propunha-se que a psiquiatria devia se organizar segundo um programa mais amplo de intervenção na comunidade, visando a evitar o adoecimento mental. Tratava-se não apenas de detectar precocemente as situações críticas, de modo a resolvê-las sem que chegassem à internação, mas de organizar o espaço social de modo a prevenir o adoecimento mental. Essa intenção preventivista traduzia-se na bandeira de promoção da saúde mental, prioritariamente ao tratamento da doença, cujo estabelecimento devia ser evitado. (TENÓRIO, 2002, p. 30)

Através da identificação na comunidade das “causas da doença” de alguns e as “razões da saúde” de outros, seria possível manipular algumas características da comunidade, com o objetivo de diminuir o surgimento de novos casos. A psiquiatria comunitária também tem um caráter adaptacionista e normalizador da noção de saúde mental identificável no pressuposto de que é possível conseguir uma adaptação e ajustamento de "muitas perturbações mentais" através de uma intervenção adequada. Ao estipular que o local de atuação passe a ser a comunidade ao invés da instituição psiquiátrica produz-se um movimento de psiquiatrização do social, por meio do qual o psiquiatra deve "controlar" agentes não-profissionais como vizinhos, líderes comunitários, agentes religiosos, etc. (TENÓRIO, 2002). O psiquiatra Gerald Caplan é a maior expressão do programa de psiquiatria preventiva e comunitária, porém

Interessado em quais os fatores de resistência ou vulnerabilidade do indivíduo que podem ou não ser manipulados, Caplan deixa ver o aspecto declaradamente eugenista da psiquiatria preventiva, ao afirmar sua esperança de que o aumento do conhecimento sobre os fatores cromossômicos nos permita "intervir eugenicamente para modificar padrões genéticos numa população e, assim, aperfeiçoar a dotação constitucional fundamental de seus membros". (TENÓRIO, 2002, p. 31)

Ao preconizar a noção de saúde mental associada à prevenção, através de um processo de adaptação social, em oposição ao tratamento da doença, que deveria ser evitada, a psiquiatria comunitária tinha um viés de crítica a internação asilar que se constituiu como elemento determinante da reforma psiquiátrica brasileira (TENÓRIO, 2002).

A Reforma Psiquiátrica como um movimento de crítica e mudança, inserido no contexto da luta pela redemocratização do país, esteve ligada a um intenso debate relacionado à mudança do modelo assistencial e das concepções de loucura, sofrimento mental e métodos terapêuticos entre especialistas, profissionais, estudantes, familiares, usuários e população em geral. Estes temas ainda são inerentes a atual política nacional de saúde mental, pois a desinstitucionalização, questão central da Reforma Psiquiátrica, muitas vezes é tratada como desospitalização, sem as condições necessárias para a viabilização da ressocialização.

A "devolução" à comunidade da responsabilidade, e todos os seus conflitos, com relação aos seus doentes recai de forma negativa sobre a família, pois é nesta que acontece a realidade cotidiana do cuidado ao doente mental<sup>6</sup>. O propósito da Reforma Psiquiátrica não é simplesmente a transferência do confinamento hospitalar/asilar para o confinamento familiar, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. O que se pretende é o resgate e/ou estabelecimento da cidadania da pessoa com transtornos mentais, o respeito a sua subjetividade, sem a ideia de cura como única possibilidade de ressocialização. Espera-se a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

Há um consenso sobre a necessidade de assistência e apoio profissional à família do doente mental como parte da estratégia de tratamento de tratamento e é vasta a literatura sobre a sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o doente mental, principalmente quando ocorre a alta hospitalar inerente a desinstitucionalização. Porém é comum ser cobrado da família que aceite seu integrante adoecido, mesmo sem o oferecimento de suporte assistencial ou orientações para a convivência com as dimensões subjetiva e objetiva do cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico. No decorrer da convivência com o familiar adoecido, a sobrecarga do cuidado comumente desencadeia atitudes de rejeição e incompreensão que estimulam a busca por reinternações sucessivas ou pela (re)internação permanente. O grupo familiar muitas vezes não se mostra favorável a respeito da desinstitucionalização, e exerce pressão para que a instituição psiquiátrica continue a manter o "cuidado" do paciente porque esse encargo não é aceito passivamente por ela.

A discussão proposta pela Reforma Psiquiátrica tenta, principalmente, reestruturar a atenção à saúde mental em seu sentido ampliado, relacionado com a cidadania dos usuários, a valorização da inserção dos familiares no tratamento e o processo de desmistificação da loucura junto à comunidade, não somente restrito ao atendimento feito nos hospitais psiquiátricos em regime de internação. Sendo assim, não é possível conceber o "desamparo" daqueles que chegam à internação como condição imutável, levando ao modelo manicomial/asilar, ou simplesmente enviá-lo para fora do hospital, sem ser implantada antes uma infraestrutura na comunidade que permita tratar e cuidar deles e de suas famílias. Não basta desospitalizar para um novo endereço, mesmo que este seja no âmbito familiar, o ideal imaginado é desinstitucionalizar organizando a inclusão do paciente na vida familiar e comunitária (GONÇALVES; SENA, 2001).

---

<sup>6</sup> Neste Trabalho de Conclusão de Curso os termos "doença mental" e/ou "doente mental" referem-se a noção de existência de "sofrimento do sujeito em relação ao corpo social" (como é a proposta alternativa feita pela psiquiatria democrática italiana) bem como a de "sofrimento psíquico" usada atualmente por muitos autores.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas está associada às mudanças na política de Saúde delineadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), à mobilização dos atores do Movimento da Luta Antimanicomial (1987), ao Projeto de Lei nº 3.657 apresentado em 1989 pelo Deputado Paulo Delgado, à instituição do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988 e à "Declaração de Caracas" documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica realizada em 1990, na qual o Brasil foi signatário e que possibilitou mudanças ao nível do Ministério da Saúde. Em 2001 o Projeto de Lei 3.657 tornou-se a Lei nº 10.216 (Lei de Reforma Psiquiátrica), legislação vigente no Brasil que norteia a política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

A política nacional de saúde mental busca organizar um modelo assistencial em saúde mental de base comunitária, constituído por dispositivos assistenciais diversos que devem funcionar de forma articulada. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) corresponde à solução organizativa proposta para a implementação desse modelo assistencial e tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns avanços no combate ao estigma foram alcançados, especialmente em situações onde programas promovem concretamente a inclusão social dos pacientes. Entretanto, é preciso ter em mente que o sucesso da reforma baseia-se na construção de uma infraestrutura de cuidados e conhecimentos além do saber médico para, segundo Tenório (2002, p.56), "sustentar a existência de pacientes que, sem isso, estavam condenados à errância ou à hospitalização quase permanente."

## 1 BREVE INTRODUÇÃO HISTÓRICA

### 1.1 Os Hospícios: Primeiras Instituições para Tratamento Psiquiátrico no Brasil

No Brasil, no decorrer do século XIX, os espaços urbanos tornaram-se o centro de poder após a chegada da família real (1808). Nesta época o destino usual dos desocupados, desamparados, rejeitados e loucos era a prisão. Somente nos casos mais evidentes de loucura estes eram levados aos hospitais<sup>7</sup> da Irmandade de Misericórdia (ODA; DALGALARRONDO, 2004).

Além da Santa Casa da Corte, desde o início do século XIX, outros hospitais de caridade das principais cidades brasileiras mantiveram, de forma inconstante e sob as mesmas condições miseráveis, divisões destinadas aos insanos, que precederam a criação de hospícios exclusivos para alienados. [...]

Tais hospitais poderiam contar com uma assistência médica precária e eventual, mas sua principal intenção era caritativa: dar aos necessitados abrigo, alimento e cuidados religiosos. O mesmo se deu com relação aos estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados pobres, que surgiram bem antes da psiquiatria nacional constituir-se como uma disciplina médica delimitada, quase sempre fundados a partir de estruturas asilares das Santas Casas de Misericórdia [...] (ODA; DALGALARRONDO, 2004, p. 129-130)

O primeiro hospício destinado especificamente ao tratamento de pessoas com problemas mentais foi fundado pelo Imperador Pedro II através do Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841. Após receber, em 1841, um relatório do provedor da Santa Casa solicitando que fossem atendidas as reivindicações dos homens de ciência relativas à construção de um hospital próprio para alienados, Pedro II decidiu criar, como ato filantrópico comemorativo pelo dia de sua sagração, um "Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo.". O imperador contribuiu com boa parte da verba para a construção do edifício, que teve início em 1842 e prolongou-se por dez anos, e o restante veio da Irmandade da Misericórdia e de abastadas famílias cariocas. A inauguração do hospício, abrindo suas instalações aos loucos e alienistas, ocorreu em 8 de dezembro de 1852 (BRASIL, sem data, online).

Acompanhando as ideias dos alienistas franceses Philippe Pinel e Jean-Etienne Esquirol<sup>8</sup>, que recomendavam o isolamento, a vigilância e o controle para afastar o sujeito das causas de sua loucura, os médicos engajados na construção do hospício insistiam para que a

---

<sup>7</sup> Vale ressaltar que, nos documentos daquele século, os termos "asilo", "hospício" ou "hospital" eram usados indistintamente como sinônimos, no sentido de hospedagem destinada àqueles que dependessem da caridade pública, como os órfãos, os expostos (recém-nascidos abandonados), os mendigos, os lázaros, etc. (ODA; DALGALARRONDO, 2004, p. 129-130).

<sup>8</sup> Jean-Étienne Dominique Esquirol: integrou juntamente com Auguste Morel e Edouard Séguin a escola francesa de Psiquiatria iniciada por Pinel. Introduziu na Psiquiatria o conceito de alucinação.



edificação fosse distante da cidade, em local tranquilo e recluso, com a justificativa de que a presença de vizinhança nas proximidades seria um fator prejudicial aos portadores de moléstias mentais e poderia afetar o sucesso do tratamento. O local escolhido para a construção do que viria a ser chamado de "Palácio dos Loucos"<sup>9</sup> foi uma chácara, denominada Vigário Geral, localizada na Praia da Saudade, no que eram, então, as cercanias do Rio de Janeiro, e onde hoje é a Praia Vermelha, no bairro Urca.

A campanha pela criação de um estabelecimento, com a finalidade única de asilar os alienados, também atendia ao interesse da época de legitimar o caráter científico do atendimento médico. O médico deveria ter autonomia para agir sobre a loucura, pois estava investido da autoridade outorgada pelo discurso científico que surgia no país e autorizado pela própria especialização conquistada pela psiquiatria, que autorizava a falar pelo louco, agir sobre ele e curá-lo. Além disso, para a elite intelectual brasileira da época, os "homens da ciência", o hospício significava uma oportunidade para a cidade estar em consonância com a modernidade europeia, um sinal de civilização, pois ao fundar uma instituição asilar<sup>10</sup>, o Rio de Janeiro equiparava-se às mais modernas cidades da Europa que, graças à ação de seus alienistas, possuíam hospícios grandes e bem equipados.

O Hospício Pedro II abriu caminho para a criação de outros hospitais para o tratamento de doentes mentais nas principais províncias do país: o Hospício Provisório de Alienados, em São Paulo, foi fundado em 1852, no mesmo ano de inauguração do Pedro II e a partir de 1864 foram criados outros hospícios exclusivos para alienados nas principais províncias - Hospício da Visitação de Santa Isabel (Recife-1864); Hospício Provisório de Alienados (Belém-1873); Asilo de Alienados São João de Deus (Salvador-1874); Hospício de Alienados São Pedro (Porto Alegre-1884) e Asilo de Alienados de São Vicente de Paula (Fortaleza-1886) (BRASIL, sem data, online).

Quando o alienismo surgiu, na passagem do século XVIII para o século XIX, representava a resposta da ciência médica para a questão da loucura, interpretada a partir de

---

<sup>9</sup> O local destinado aos alienados pelo decreto do Imperador [D. Pedro II](#) recebeu a mesma atenção dedicada aos palácios da nobreza. Houve esmero no projeto da construção em inúmeros detalhes, como pode ser comprovado em [documentos](#) e [fotografias](#) da instituição. O edifício, construído com o dinheiro de subscrições públicas, planejado conforme os moldes de hospitais franceses, em estilo neoclássico, provido de espaços exuberantes e decoração de luxo, ficou popularmente conhecido como o "Palácio dos Loucos".

<sup>10</sup> [...] a criação do Hospício de Pedro II coincide com o período que se segue à promulgação da Lei de 30 de junho de 1838, na França, a qual colocou os asilos de alienados na posição de vanguarda da medicina hospitalar da época. Portanto, exibir um asilo de alienados, em meados do século XIX, era a prova cabal da modernidade científica e tecnológica de uma nação. É nesse período que o continente europeu, sob a liderança e domínio cultural da França, vive o esplendor do que Robert Castel chama de "Idade de Ouro" do alienismo. (CASTEL, 1978 apud TEIXEIRA; RAMOS, 2012, p. 366)

então como alienação mental - uma doença que deveria ser tratada por um novo tipo de medicina, de acordo com os paradigmas do tratamento físico-moral pineliano ("tratamento moral" de Pinel) e da teoria das paixões<sup>11</sup>. Nesse contexto surge o hospício como lugar de aplicação com êxito desta nova concepção. O "tratamento moral" fundamentava-se no conceito de que devido à doença o alienado tinha perdido a distinção entre o bem e o mal e só seria curado se conseguisse recuperá-la. Embasado por uma pedagogia normalizadora com horários e rotina rigidamente estabelecidos, medicamentos receitados somente pelo médico e atividades de trabalho e lazer, prescrevia que a cada ato indevido o alienado devia ser advertido e punido para reconhecer os seus erros e quando estava "arrependido" deles, e deixava de praticá-los, era considerado curado (ANDRADE, 2018).

O nascente alienismo busca retirar a loucura do terreno das especulações metafísicas e religiosas, apresentando-se como uma alternativa mais moderna e humanitária ao cuidado religioso oferecido aos loucos europeus por diversas irmandades religiosas e hospitais de caridade. [...]

No Brasil, entretanto, o Hospício de Pedro II nasce submetido a uma gestão religiosa. O Império brasileiro é oficialmente católico. O hospício é subordinado à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, administrado por seu provedor-geral e conduzido por freiras da Ordem de São Vicente de Paulo. Na Europa, o hospício nasce como tradução de uma nova ordem liberal, no contexto da Revolução Francesa. No Brasil, o hospício nasce como símbolo de restauração política, num regime monárquico conservador, centralizado e escravocrata, no qual a separação entre Estado e Igreja ainda não se dera. (ANDRADE, 2018, p. 367)

Após sua inauguração, o Hospício de Pedro II funcionou por muito tempo como um Hospital Geral europeu do século XVIII. Era uma instituição para o acolhimento de loucos/doentes e toda sorte de indesejados, cujo funcionamento era organizado pela caridade e pela religiosidade e medicalizado apenas de forma secundária. Durante os primeiros 45 anos de funcionamento houve conflito de autoridade entre médicos e religiosos. Havia diretores médicos, e dois facultativos, no hospício, mas, na prática, eram as freiras da Ordem de São Vicente de Paulo e os enfermeiros a elas subordinados, que exerciam o poder administrativo (TEIXEIRA; RAMOS, 2012).

Com a implantação do regime republicano em 1889, o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro pelo Decreto nº 142-A de 11/01/1890 e passou ao controle direto do Governo Federal, sob a jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, *passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados*. De acordo com o novo regulamento do então Hospício Nacional dos Alienados, o trabalho das

---

<sup>11</sup> “A alienação era para os psiquiatras da época a manifestação das afeições morais, sendo as paixões da alma consideradas a causa da loucura. Desse modo, os excessos relativos ao amor e à ordem social deveriam ser regulados pela razão”, explica o historiador Ewerton Moura da Silva, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP). (ANDRADE, 2018, p. 91)

Irmãs de Caridade nas enfermarias foi suspenso, e essa medida fez com que todas se retirassem da instituição em agosto de 1890. Os alienistas ocuparam os hospitais psiquiátricos de forma mais relevante após a proclamação da República, deslocando as administrações leigas das Santas Casas e ordens religiosas que prestavam serviços nesses locais, mas somente no início do século XX os médicos tomaram efetivamente a direção dos hospícios de alienados, provocando um processo de mudança do domínio religioso para o regime leigo, e apesar da progressiva influência dos médicos na direção dos hospícios a história dos doentes mentais asilados nos grandes hospitais psiquiátricos brasileiros será tristemente parecida àquela dos alienados reclusos nos velhos hospícios. Pois, o "tratamento moral" foi se modificando e distanciando das ideias originais do método, porém permaneceram as idéias corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional (ODA; DALGALARRONDO, 2004).

As transformações das ideias inerentes ao tratamento moral de Pinel, que surgem na segunda metade do século XIX, estavam relacionadas a um novo modo de entender as doenças mentais que não considerava apenas os delírios, alucinações ou paixões da alma, que até então centralizavam as análises dos alienistas e psiquiatras. As ciências naturais, especialmente os trabalhos de Charles Darwin e Louis Pasteur, e os conceitos introduzidos pelos alienistas abriram caminho para que a maioria dos psiquiatras da segunda metade do século XIX passasse a procurar uma causa orgânica para as doenças psíquicas e esclarecer relações objetivas entre elas. Segundo Caponi (2012, p. 19), "Esse deslocamento permite classificar um conjunto cada vez mais amplo de condutas e comportamentos cotidianos como patologias psíquicas que demandam intervenções terapêuticas."

Essa definição ampliada de patologia marcou o alargamento da definição de doença mental e a introdução do conceito de degenerescência através do Tratado de Degeneração Física, Moral e Mental publicado por *Bénédict Morel*, em 1857 modifica inteiramente o panorama psiquiátrico:

A teoria da degenerescência realiza uma transformação radical na concepção de doença mental; ao atribuir sua causa a uma lesão orgânica, desloca a racionalidade da loucura de uma psiquiatria social da desordem para o tronco comum da medicina, afastando-se do conceito de doença mental que caracteriza a escola psiquiátrica do século XIX. Contudo, essa mudança não se estende ao método de abordagem da loucura: a nova definição de doença mental não traz, para a psiquiatria, nenhuma modificação quanto à necessidade de ser classificatória. Continua a ser um saber essencialmente nosográfico, só que agora o critério para estabelecer as entidades nosológicas é outro: elas não se determinam mais pelos sintomas de ordem moral, mas a partir de uma causalidade física [...] (PORTOCARRERO, 2002, p. 49-50)

Em 1862, *Jean-Martin Charcot*, da Escola Francesa de Psiquiatria<sup>12</sup>, se estabeleceu em La Salpêtrière e orientando suas pesquisas sobre doenças mentais para o campo da neurologia, aplicando o método de observação e descrição metódica, criou uma clínica que foi a primeira da Europa e possibilitou avanços no tratamento da histeria, contribuindo para que esta se tornasse objeto da ciência médica. *Emil Kraepelin*, graduado em medicina em 1878, integrante da corrente organicista alemã, após cuidadosa descrição de sintomas clínicos formulou uma nova doutrina que defendia que as doenças psiquiátricas são principalmente causadas por desordens genéticas e biológicas. Em 1883, publicou seu *Compêndio de Psiquiatria*, que descrevia as sintomatologias com detalhes e buscava classificar as doenças mentais de acordo com suas manifestações observáveis. Suas teorias psiquiátricas dominaram o campo da psiquiatria no início do século XX e a base dessas teorias continua sendo utilizada até os dias de hoje. *Sigmund Freud*, médico neurologista e discípulo de Charcot, procurou aliar os conhecimentos resultantes do estudo da psicose com a expectativa de tratamento médico. Considerava a biografia individual importante e que os fatores psicológicos tinham papel predominante na elaboração da doença. Criou a psicanálise, que se popularizou em todo o mundo e se impôs como marco no campo da saúde mental.

As muitas descobertas biomédicas neste período levaram a que os sintomas neurológicos fossem agrupados em "síndromes" e "doenças", as lesões crescentemente investigadas em termos de suas localizações para a explicação dos fenômenos clínicos, e a "doença mental" compreendida a partir desses dois referenciais. O conhecimento psiquiátrico passou a desenvolver intensamente sua clínica e a se valer das descobertas no campo da neurofisiologia (que já dava origem à neurologia) para apresentar sistematizações da "doença mental" sob uma ótica preponderantemente fisicalista.

Cabe ressaltar, porém, que a prevalência da representação fisicalista, organicista, da doença mental não invalidou a ocorrência de explicações pela ordem moral dos indivíduos, já então crescentemente vista como psicológica. Essas duas linhas de força - a física e a moral - estiveram em tensão durante toda a primeira metade do século XX. (VENANCIO, 1993, p. 126)

Com o avanço das teorias organicistas o que era considerado como doença moral passou a ser compreendido também como uma doença orgânica sem que isto significasse a humanização do atendimento. As técnicas de tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral e os manicômios, em sua maioria, continuariam funcionando como depósito de indivíduos com transtornos mentais e laboratório científico, o que significa que, mesmo com outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia, a submissão do louco permanece e adentra o século XX.

---

<sup>12</sup> As duas mais famosas escolas psiquiátricas dos séculos XIX e XX eram a Escola Francesa de Psiquiatria e a Escola Alemã de Psiquiatria.

No Brasil, o Hospício Nacional de Alienados também foi conduzido pelo pensamento biologizante e organicista. Em 1893, foi criado dentro do hospício o *Pavilhão de Observação*, que era destinado à assistência dos pacientes e estudos de psicopatologia. Neste pavilhão aconteciam atividades acadêmicas e eram administradas aulas de psiquiatria para os alunos da faculdade de medicina. Em 1927 o pavilhão passou a ser denominado como *Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência a Psicopatas*. Em 1938 o Instituto de Psicopatologia foi transferido para a Universidade do Brasil, de acordo com o Decreto-Lei Nº 591, de 03/08/1938, e passou a constituir seu Instituto de Psiquiatria, que foi legitimado pelo Art. 2º do Decreto-Lei Nº 8.393 de 1945, transformando-se no que é hoje o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Em 1903 o hospital passou a ser dirigido pelo médico baiano Juliano Moreira, um dos primeiros a trazer da Alemanha o pensamento da linha organicista e divulgar no Brasil as ideias de Freud, e era um modelo para os demais hospitais psiquiátricos brasileiros. Moreira esteve à frente do hospital durante 27 anos, e nesse período construiu a psiquiatria como especialidade médica no país, com ideias e práticas novas. Inspirado pela Clínica de Munique de Kraepelin aboliu as camisas de força e retirou as grades de ferro das janelas (ANDRADE, 2018).

Também em 1903, o médico João Carlos Teixeira Brandão foi eleito deputado federal pelo Estado do Rio de Janeiro e no mesmo ano conseguiu a aprovação da legislação que reorganizaria a assistência aos alienados no país, através da promulgação do Decreto nº 1.132, de 22/12/1903. O decreto, também chamado de Lei de Assistência aos Alienados, é considerado a primeira lei geral sobre jurisprudência e assistência aos alienados no Brasil e fez do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordinando sua internação ao parecer médico. A indicação de Juliano Moreira para a direção do Hospício Nacional de Alienados, realizando ali reformas de ordem assistencial e arquitetônica, e aprovação do Decreto nº 1.132 no mesmo ano (1903), reforçaram as iniciativas "modernizadoras" do Estado que foram estendidas para a esfera da assistência pública aos doentes mentais (VENANCIO, 1993).

Quando começou a funcionar, em 1852, o Hospício Pedro II recebeu 140 alienados provenientes da Santa Casa da Misericórdia e da enfermaria provisória da Praia Vermelha. Porém a demanda dirigida ao hospício foi crescente. Já em 1856 eram 1.110 internos, dos quais 508 receberam alta e 329 faleceram. Permaneceram 273 alienados no hospício. A superlotação era uma realidade comunicada oficialmente pelos responsáveis pela administração do Hospício, bem como apresentada na documentação referente às receitas e despesas da instituição. Em carta enviada ao provedor do hospício, o médico Manoel José Barbosa se queixava que o estabelecimento já abrigava 400 pacientes e as remessas de

alienados eram abusivas. Diante disso, pedia que a administração fechasse o hospício para novos pacientes, reiterando a necessidade da criação de um asilo exclusivo para os inválidos, que ocupavam boa parte das instalações (BRASIL, sem data, online).

Cabe lembrar que a partir da inauguração do Hospício, começou também o processo de institucionalização da loucura, a partir de uma rede de significações estabelecida pelo saber alienista. Se a Medicina legitimava a loucura como uma doença e os asilos como locais privativos para a terapêutica da doença mental, os indivíduos identificados como doentes eram encaminhados para o Hospício de Pedro II. Outros fatos contribuía para a superlotação: o crescente número de atendimentos gratuitos e o aumento de portadores de moléstias incuráveis que exigiam reclusão por períodos muito prolongados ou em alguns casos por toda a vida. O hospício ficou ameaçado pelo problema da superlotação com o recolhimento dos alienados que estavam no Asilo de Mendicidades, e as críticas em relação à dificuldade para a realização das ações terapêuticas consideradas ideais para os alienados cresciam, assim como o questionamento de sua função. Motivo pelo qual teriam sido fundadas, logo após a proclamação da República, as primeiras colônias para pacientes homens (BRASIL, sem data, online).

Logo após o governo desanexar o hospício da administração da Santa Casa de Misericórdia (Decreto nº 142-A, de 11/01/1890) foi criada pelo Decreto nº 206-A, de 15/02/1890, a Assistência Médica e Legal aos Alienados, formada pelo Hospício Nacional de Alienados (antigo Pedro II) e duas colônias chamadas São Bento e Conde de Mesquita, localizadas na Ilha do Galeão, hoje Ilha do Governador. No Hospício Nacional de Alienados eram recolhidos todos os indivíduos enfermos por um período mínimo de 15 dias, para verificação dos sintomas de alienação mental e posterior encaminhamento as suas seções. As colônias Conde de Mesquita e São Bento, que funcionavam como anexos do Hospício Nacional de Alienados (Decreto nº 3.244, de 29/03/1899) e tinham por finalidade principal resolver os problemas de superlotação do hospício, ficaram exclusivamente reservadas aos alienados indigentes aptos para as atividades de trabalho, principalmente a agropecuária e produção de artesanato que caracterizavam os modelos de colônias (BRASIL, sem data, online).

Em 1909, João Augusto Rodrigues Caldas, diretor das Colônias da Ilha do Governador, verificou a necessidade de transferi-las para um local mais amplo, pois o número de doentes já havia chegado a 300. Em 1912, a fazenda do Engenho Novo em Jacarepaguá foi desapropriada para utilidade pública. Juliano Moreira e Rodrigues Caldas encontraram, nesta fazenda, o local apropriado para a colônia agrícola, por ser uma área

ampla, com matas virgens, rios e cachoeiras. Em 1921, as obras e as novas construções foram iniciadas, mas só em 1923 é que os 15 pavilhões estavam em condições de habitação. Sendo assim, a *Colônia de Alienados de Jacarepaguá* foi inaugurada em 29 de março de 1924, e todos os pacientes das Colônias da Ilha do Governador foram para ela transferidos. Em 1935, a Colônia de Alienados de Jacarepaguá mudou seu nome para *Colônia Juliano Moreira*, em homenagem ao médico Juliano Moreira, que havia falecido em 1933. Entre as décadas de 1920 e 1980 a instituição funcionou como destino final para pacientes considerados irrecuperáveis. Entretanto, no início da década de 1980, após longo processo de deterioração, a instituição iniciou uma transformação do seu modelo assistencial, em consonância com a Reforma Psiquiátrica, que vinha acontecendo em diversos países. Foram abolidos os eletrochoques, as lobotomias e os abusos de neurolépticos. Novas internações de longa permanência deixaram de ser aceitas e a assistência a novos pacientes em crise passou a ser realizada pelo Hospital Jurandyr Manfredini, especialmente criado para este fim. Em 1996, a Colônia Juliano Moreira foi municipalizada, tendo seu nome alterado para *Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira*.

A superlotação no Hospício Nacional também atingiu as mulheres. Houve a necessidade de transferi-las do hospício, localizado na Praia Vermelha, para um local mais amplo visto que o número de pacientes estava em torno de 300 e aumentava gradativamente. Pelo Decreto nº 8.834, de 11/07/1911, foi criada no bairro do Engenho de Dentro, uma colônia exclusiva para mulheres. A *Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro* surgiu em função de uma negociação realizada entre a Marinha e o Governo Federal. A intenção da Marinha era ceder o terreno do Engenho de Dentro em troca da retirada da Colônia de Conde de Mesquita da então chamada Ponta do Galeão, um ponto estratégico para a Marinha que pretendia instalar ali a sua recém-criada Divisão Aérea. Este terreno é ocupado, atualmente, pela atual Base Aérea do Galeão. A Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, hoje denominada de Instituto Municipal Nise da Silveira, surgiu como uma solução possível para o problema agudo da superlotação do hospício. Recebia aquelas pacientes, consideradas indigentes, que não podiam pagar pelo seu tratamento e que deveriam trabalhar, se consideradas aptas para tal, em atividades como avicultura e plantação de hortas. Esse trabalho era defendido por alguns alienistas por conta de seu caráter híbrido, misto de dispositivo terapêutico e de medida econômica para o Estado (BRASIL, sem data, online).

Em 1918, por iniciativa de Gustavo Riedel, médico que no mesmo ano substituiu Braule Pinto na direção da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, foi criado dentro da colônia o primeiro ambulatório psiquiátrico do Brasil e da América Latina, com o objetivo de

não restringir o serviço de alienados a doentes crônicos. A iniciativa, que consistia no acolhimento de pacientes que não necessitavam de internação ou apenas de internação de curta duração, é reconhecida por seu caráter inovador e por ter sido criada antes de outros serviços semelhantes na Europa (BRASIL, sem data, online).

Na década de 1940 as instalações do antigo hospício, denominado a partir de 1911 como *Hospício Nacional de Alienados*, encontravam-se em ruínas, sem condições de oferecer tratamento adequado aos alienados. Em setembro de 1944 a transferência de todos os pacientes foi concluída, o hospital foi desativado e as instalações foram doadas à Universidade do Brasil (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ), que restaurou o conjunto arquitetônico. Atualmente esse local é o Campus da Praia Vermelha da Universidade Federal do Rio de Janeiro e entre as suas instalações ainda se encontra o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB/UFRJ, oriundo do antigo Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência a Psicopatas.

## 1.2 As Comunidades Terapêuticas na Primeira Metade do Século XX: A Mudança no Tratamento Psiquiátrico

No século XX começaram a ser instituídas, por iniciativas realizadas em diversos países do mundo e em momentos diferentes, associações e movimentos relacionados ao trabalho terapêutico. Cronologicamente a concepção de trabalho terapêutico ocorreu ainda na segunda década do século XX, nos Estados Unidos, com a fundação da organização religiosa Grupo de Oxford (Movimento de Oxford) por Frank Buchman, ministro evangélico luterano. Inicialmente denominado First Century Christian Fellowship, sua mensagem essencial consistia em retornar à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja Cristã. A missão de Oxford acolhia de modo amplo todas as formas de sofrimento humano e, apesar dos transtornos mentais e o alcoolismo não serem os focos principais, também eram contemplados pelas preocupações do movimento por serem sinais de destruição espiritual. Em 1935, a conversa entre dois homens dependentes de álcool (Bill Wilson e Bob Smith) estimulou, através da troca de suas experiências, a missão de ajudar outros dependentes de álcool e marcou a fundação em Akron, Ohio, da irmandade Alcoólicos Anônimos, um dos programas de recuperação de dependentes mais difundidos no mundo até hoje.

As iniciativas que configuraram maior impacto e que continuam a influenciar a concepção de trabalho que é feita atualmente foram as realizadas na Inglaterra por Maxwell Jones e nos Estados Unidos por diferentes grupos que serão mencionados adiante. O modelo de Comunidade Terapêutica foi desenvolvido por Jones na Unidade de Reabilitação Social do



Hospital Psiquiátrico de Belmont, no Reino Unido e pode ser definido como uma verdadeira revolução no tratamento psiquiátrico. Era uma unidade de 100 camas voltada para o tratamento de doentes psiquiátricos que apresentavam distúrbios de personalidade. Organizada a partir de observações clínicas com o propósito de tratamento de soldados que tinham regressado da Segunda Guerra Mundial, e que sofriam de traumas de guerra, adotava o método de atenção grupal/comunitária baseado em atividades e trabalhos para pequenos grupos de pacientes, dentro de um ambiente pautado por normas de convivência em grupo.

Após o fim da guerra, Maxwell Jones transferiu-se para o Southern Hospital, em Dartford, uma cidade pequena nas proximidades de Londres, e lá estabeleceu uma unidade para tratar soldados que tinham sido prisioneiros de guerra, mas sua presença em Dartford, foi curta. Em 1947 o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Pensões estabeleceram a Unidade de Neurose Industrial de Belmont, em Sutton, distrito londrino, com Jones responsável pelo tratamento das “vítimas crônicas desempregadas da sociedade industrial”. (BRANDÃO; CARVALHO, 2019)

Posteriormente o modelo foi sendo ampliado para outras patologias, principalmente a dependência química, e a partir de 1960 começaram a surgir as Comunidades Terapêuticas voltadas exclusivamente para o tratamento das toxicomanias, diferenciadas basicamente em dois modelos:

- Modelo Minnesota: precursor de todos os modelos de tratamento de dependência química. Originário dos Estados Unidos, foi desenvolvido no manicômio de Minnesota baseado nas reuniões dos Alcoólicos Anônimos (AA) que aconteciam no hospital. Tratamento multidisciplinar focalizado na mudança do estilo de vida e no longo prazo. A reabilitação depende de sistemas sociais como a família, amigos e grupos de ajuda mútua;
- Modelo Synanon: teve origem na Califórnia, Estados Unidos, fundado por Charles Dederich, ex-alcoólico em recuperação, que uniu suas experiências da irmandade de AA a outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas, a fim de lançar e desenvolver o programa da Synanon. Propunha além de um modelo comunitário, uma nova conjuntura para os dependentes de substâncias psicoativas e suas famílias. Baseava-se em parte dos preceitos do Alcoólicos Anônimos, mas não estimulava a entrega da confiança a um ser superior, mas sim a autoconfiança do indivíduo (DAMAS, 2013).

O modelo de Comunidade Terapêutica se difundiu por vários países da Europa, inclusive na Itália, onde um grupo liderado por Franco Basaglia se inspirou em trabalhos como o de Maxwell Jones para tentar transformar a realidade do Hospital de Gorizia. Segundo Quebra; Chaves (2015, p. 9):

Pacheco (2009), em consonância com outros autores (Birman & Costa, 1994; Amarante, 1995), destaca este momento das Comunidades Terapêuticas como o primeiro período da Reforma Psiquiátrica, recorte no qual ainda se aposta no hospital psiquiátrico como instrumento para a cura.

[...]

O segundo período que destaca é o da Psicoterapia de Setor e a Psiquiatria Preventiva que pretendia expandir o alcance dos serviços psiquiátricos através da inclusão de demais profissionais na cena psiquiátrica, não cabendo mais, somente, ao médico e a seus subordinados esta função, bem como se inicia um processo de substituição das casas asilares, inaugurando-se serviços substitutivos ambulatoriais.

[...]

Por fim, o último período compreende aquele de ruptura radical com o saber e com as práticas psiquiátricas de assistência à doença mental, denominado A Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, figurando a resistência à especialidade, no caso, médica, visando romper com a soberania do saber psiquiátrico sobre a loucura, deslocando o médico de sua maestria e localizando a loucura como um fenômeno das relações inter-humanas.

A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil. Em 1961, quando assumiu a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia, Basaglia iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica, porém não almejava o fechamento do manicômio, mas sim sua humanização, com a melhora das condições de cuidado aos internos e a ruptura com o modelo de reclusão e violência. Gorizia foi a primeira comunidade terapêutica criada dentro de um manicômio italiano, com mais de seiscentos pacientes, sem o mínimo suporte legal e sem uma sociedade civil madura para esse tipo de mudança radical. Nos primeiros anos da década de 1970, Basaglia foi nomeado diretor do hospital psiquiátrico San Giovanni, em Trieste, onde deu início às transformações estruturais de negação e superação do manicômio com sua substituição por uma rede territorial de atendimentos, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido e centros de convivência e moradias assistidas para pessoas com transtorno mental (LAKI, 2017).

No Brasil, após a II Guerra Mundial, surgem experiências socioterápicas baseadas no modelo de comunidade terapêutica inglesa (Maxwell Jones/modelo Minnesota/modelo Synanon), na psicoterapia institucional (exercício permanente de questionamento da instituição enquanto espaço de segregação), na psiquiatria de setor francesa (regionalização da assistência psiquiátrica através da divisão do território em setores distintos) e na psiquiatria preventivo-comunitária (Gerald Caplan/noção de saúde mental associada a prevenção) que constituem-se como os primeiros movimentos de mudança na atenção à saúde mental.

Na década seguinte, no final dos anos 1970, vários movimentos sociais, denúncias de maus tratos e violências contra pacientes de instituições manicomiais e a reivindicação de mudanças dos paradigmas psiquiátricos possibilitaram o delineamento do que viria a ser a Reforma Psiquiátrica brasileira e sua materialização através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como equipamentos substitutivos.

## 2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ORIGENS

### 2.1 Década de 1970: A Crise Socioeconômica e Os Movimentos Sociais

Em 1979, quando o General João Batista de Oliveira Figueiredo tomou posse como Presidente, o Brasil se encontrava em uma crise econômica profunda, a qual iria tornar-se política, que provocava um gradual e silencioso descontentamento na população. O processo de abertura política, "lenta, gradual e segura", iniciado no governo do presidente anterior, General Ernesto Geisel, apresentava-se como a saída para a crise e pretendia a substituição de mecanismos da ditadura, mas garantindo que a participação populacional se daria sob controle. Este processo interessava, sobretudo, à burguesia fortalecida pelo capitalismo consolidado pela ditadura. Segundo Netto (2014, p. 258):

Estes "personagens" (a grande burguesia, o latifúndio e o imperialismo) foram os responsáveis pela instauração do regime ditatorial, apoiados pelas cúpulas do Exército, da Marinha e da Aeronáutica, pela hierarquia da Igreja Católica e pela chamada grande imprensa, regime escorado no exercício da violência pelas Forças Armadas - o "condomínio militar" que foi o instrumento daqueles "personagens".

[...]

São os *anos de chumbo*, que criam as condições adequadas ao "milagre econômico" - breve período de intenso crescimento da economia, com a superexploração dos trabalhadores e uma acentuada concentração de renda e propriedade.

A situação econômica do Brasil era crítica. Recessão econômica, arrocho salarial e constante alta do custo de vida levavam trabalhadores a perder poder aquisitivo e ter suas condições de vida rebaixadas criando tensão entre trabalhadores e Estado. Contraditoriamente, os índices que indicavam o desenvolvimento da época mostravam um país cuja população vivia muito bem, usufruindo da riqueza por ela mesma construída. Um exemplo são os valores do PIB registrados durante a década, enquanto a maioria dos brasileiros não ganhava o suficiente para a manutenção de um padrão mínimo de vida. Vários escândalos financeiros envolvendo quantias exorbitantes vieram à tona e os responsáveis nunca foram punidos ("crimes do colarinho branco"). A partir de 1978, o setor sindical organizado tinha, entre suas bandeiras de luta, a garantia do salário real dos trabalhadores.

A chegada dos anos 1980 assinalou a inviabilização do projeto desenvolvimentista nos países da periferia, pois os tempos de créditos fartos a juros baratos no mercado internacional haviam acabado. No Brasil, esta década é considerada pelos analistas econômicos como a "década perdida". As desigualdades sociais do modelo de desenvolvimento econômico posto

em prático no "milagre econômico brasileiro" (1968-1973)<sup>13</sup> são a expressão exata do que se convencionou chamar de "dívida social". As principais condições herdadas da década de 1970 foram: maior endividamento externo; avanço do capital multinacional no País; maior desigualdade social - piora na distribuição de renda e concentração da propriedade rural; descontrole da inflação; e queda dos investimentos. São esses fatores que irão marcar a economia brasileira ao longo dos anos 80.

Atingido por uma severa ausência de liquidez, em 1982 o Brasil iniciou a primeira de uma série de negociações com o Fundo Monetário Internacional (FMI), que impôs duros ajustes na economia, para possibilitar a rolagem da dívida externa e financiar os seguidos desequilíbrios no balanço de pagamentos. O Brasil acuado pelas dimensões da crise, implantou um conjunto de medidas que alterava profundamente a política salarial.

A população que, desde meados da década de 70, se organizava em associações de moradores, movimentos contra a carestia, mutirões e outros tipos de movimentos sociais para a melhoria das suas condições de vida, com o processo de "abertura política", encontrou um espaço de vazão de suas reivindicações. Por exemplo: a pauperização de grandes contingentes de trabalhadores e o desemprego fizeram eclodir, no segundo semestre de 1983, no Rio de Janeiro e São Paulo, uma onda de saques a estabelecimentos comerciais. Além dessa forma de protesto social ocorreu também um surto de invasões de terras urbanas. O impacto das questões referentes a saneamento básico, moradia, abastecimento familiar e expansão das áreas de moradia precária<sup>14</sup>, entre outros, consolidaram de forma permanente as desigualdades sociais.

Porém, é possível afirmar que na década de 1980 também existiu a presença de grandes massas ocupando lugares públicos e que a pressão dos movimentos sociais foi fundamental para a abertura do país naquele momento. As greves não se limitaram somente aos setores operários, mas também a médicos, motoristas, funcionários públicos e todos aqueles contrários às demissões em massa, baixos salários e que reivindicavam estabilidade e reconhecimento de representações nos locais de trabalho.

Além dos movimentos sindicais, os movimentos sociais urbanos eram expressivos na busca de melhores condições de abastecimento, atendimento médico e urbanização; nas favelas, afirmava-se a necessidade de melhoramentos urbanos e da legalização da posse de terra onde estavam os "barracos". Assembleias de trabalhadores passaram a ser feitas em estádios e praças. Sem perder de vista sua autonomia, alguns movimentos se tornaram influentes ou auxiliares de políticas

---

<sup>13</sup> O "milagre econômico brasileiro" começou a ser freado com os efeitos da recessão mundial de meados da década de 70.

<sup>14</sup> Fenômeno designado nas referências bibliográficas por "favelização". Devido a sua atual conotação pejorativa foi substituído neste trabalho.

públicas. A revolução deixou de ser a única saída para as injustiças sociais e os ideais passaram a ser vistos como ideais que seriam conquistados por partes, em lutas por causas particulares e transformadoras de comportamentos individuais. (SEINO; ALGARVE; GOBBO, 2013, p. 36-37)

O processo de abertura política possibilitou também o fortalecimento de movimentos sociais que tiveram um papel importante na reformulação do atendimento à saúde. O movimento popular pela saúde surgiu a partir de grupos apoiados pela Igreja Católica e pela militância de esquerda em bairros pobres de periferias das grandes cidades e tinha como uma das suas principais reivindicações a melhoria das condições de saúde dessas regiões. Esses grupos alcançaram expressão nacional na década de 1980 a partir dos encontros nacionais de medicina comunitária e, em pouco tempo,

mudaram seu eixo de atenção das ações comunitárias de base local para a demanda por controle social dos serviços de saúde, melhoria da qualidade da medicina previdenciária e desenvolvimento de ações preventivas, além da melhoria das condições de vida que possibilitassem a conquista da saúde. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 9)

Outro movimento relevante foi o movimento dos médicos que surgiu a partir de críticas ao sistema de saúde vigente e lutas da categoria por direitos trabalhistas. As greves e outras mobilizações, lideradas por associações e sindicatos médicos, reivindicavam melhores condições de trabalho e mudanças no sistema de saúde, caracterizando-se também como uma forma de luta pela democratização da sociedade<sup>15</sup>. (PAIVA; TEIXEIRA, 2019, p. 9)

## 2.2 O Movimento de Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS)

O Movimento da Reforma Sanitária brasileira nasceu no contexto de luta contra a ditadura no final da década de 1970. O termo "reforma sanitária" foi usado para se referir ao conjunto de ideias em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. De maneira geral refere-se às mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde da população, em países do primeiro e do terceiro mundo. Dentre todas as experiências acontecidas em vários países, a experiência italiana foi a que mais fortemente influenciou e inspirou o movimento da Reforma Sanitária no Brasil.

Dois marcos institucionais do processo de organização do Movimento de Reforma Sanitária são:

---

<sup>15</sup> A partir de meados da década de 1980, segundo Gerschman (2004, apud PAIVA; TEIXEIRA, 2019, p. 9), o movimento dos médicos teria sofrido uma inflexão, passando a dirigir-se prioritariamente a interesses corporativos específicos, ligados à busca de atuação liberal na profissão.

- a criação em 1976, por um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), com o objetivo principal de editar um periódico especializado (Saúde em Debate) para atuação na luta pela democratização da saúde e da sociedade;
- a fundação, em 1979, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada com o objetivo de organizar os programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva e atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva.

O papel da Abrasco e do Cebes, nesse contexto, mereceria uma seção à parte. De forma sintética, podemos dizer que essas instituições foram peças-chave para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como saúde coletiva. Campo marcado pela diversidade de saberes e disciplinas, abordagens e perspectivas, foi o palco de um importante movimento de crítica às velhas formas de se praticar saúde pública. No lugar de uma perspectiva autoritária, a Abrasco e o Cebes defenderam participação social; no lugar de políticas de controle das doenças, notadamente transmissíveis, a promoção da saúde e melhoria da qualidade geral de vida; no lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, um sistema unificado e universal. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22)

As lutas sociais pela reforma da saúde no Brasil sofreram a influência dos movimentos e dos contextos socioeconômico e político, mas também influenciaram a reconstrução social e política do Estado brasileiro por meio da participação e mobilização social organizada de entidades e pessoas. Segundo Brasil (2006, p. 41-42):

O movimento sanitário torna-se uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado-sociedade, transformando o conteúdo da participação social nos seguintes aspectos:

- deixa de ser referência apenas dos setores sociais excluídos pelo sistema (seus opositores), passando ao reconhecimento da diversidade de interesses e projetos em disputa na sociedade, em sua relação com o Estado, e adquirindo, em consequência, dimensão e perspectiva mais abrangentes;
- incorpora a conotação de cidadania, que expressa a estratégia de universalização dos direitos;
- refina a análise e a compreensão do Estado como lócus de conflito de interesses contraditórios, quebrando o maniqueísmo (oposição x Estado) e os monolitismos contidos nesta polaridade (como se oposição e Estado fossem duas entidades homogêneas);
- propõe participação, de parte instituinte a representação direta da sociedade, a ser institucionalizada no interior do aparato estatal, para legitimar a si própria e aos interesses de que é portadora;
- altera a perspectiva do movimento relacional entre Estado-sociedade, atribuindo-lhe uma possibilidade de interlocução e diálogo, em que o Estado é vislumbrado como passível de acolhimento de propostas oriundas da sociedade e esta como espaço de elaboração daquelas que configurem os interesses e reivindicações dos grupos sociais;
- compreende a auto-identidade do movimento sanitário e a identidade dos agentes sociais presentes na disputa política como construções históricas em processo, em movimento, superando concepções anteriores de identidade fixas, pré-determinadas (Fleury, 1989); e, finalmente,

- contrapõe o conceito de controle social ao controle privado do Estado por segmentos sociais com maior poder de acesso.

Em 1985 encerrou-se o regime militar. Nesse contexto, a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde culminou na convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) pela Presidência da República, por solicitação do Ministro da Saúde (Carlos Correa de Menezes Sant'anna) em julho de 1985 e realizada em março de 1986. Um dos motivos para a convocação da VIII CNS teve origem em um conflito entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social - uma das propostas do movimento pela reforma sanitária era que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) fosse transferido para o Ministério da Saúde, para que a assistência à saúde, restrita aos previdenciários, pudesse ser estendida. Porém, os dois ministérios não chegaram a um acordo e o impasse foi uma das razões para a convocação da 8ª CNS.

Nas suas plenárias havia a presença de quase cinco mil participantes sendo que, em torno de mil pessoas eram delegados indicados por instituições e organizações da sociedade. O dever do Estado e direito do cidadão com relação à saúde, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor estavam entre os principais temas da Conferência. Também foram discutidos temas específicos como a hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e especialização e a participação popular nos serviços de saúde.

Na 8ª CNS foi formulada toda a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como o seu funcionamento. De acordo com Sarah Escorel, professora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), "O relatório final apontava o consenso em relação à formação de um sistema único de saúde, separado da previdência, e coordenado, em nível federal, por um único ministério"<sup>16</sup>, cujo financiamento se daria por imposto gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Também foram aprovadas as propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município.

O contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980 contribuiu para o debate político da saúde no período de consolidação dos princípios do SUS (equidade, integralidade e universalidade). No entanto, após a sua formulação na Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação pela Lei nº 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), a

---

<sup>16</sup> Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma>. Acesso em: janeiro de 2020.



concretização de seus princípios "gerou tensões contínuas em um momento em que a concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo em ascensão na Europa e nos EUA, propunha restringir a ação do Estado na regulação da vida social" (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

À complexidade do desafio representado pela implementação de um sistema único de saúde em um país com grandes disparidades regionais somou-se a onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social de vários países que repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de ajuste estrutural. As ações transformadoras propostas para o atendimento na área da saúde entravam em choque com interesses econômicos de grupos altamente organizados. O SUS encontraria, nesse contexto, seu estrutural cenário de crise.

### 2.3 O Movimento de Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

O início do movimento de reforma psiquiátrica brasileira localiza-se na segunda metade da década de 1970 no contexto da história política do Brasil marcado pelo fim do "milagre econômico" proclamado pela ditadura empresarial-militar. O "afrouxamento" da censura possibilita o aumento da participação política dos cidadãos que passam a problematizar a estrutura e a organização do poder, as políticas sociais e econômicas, e também as condições cotidianas de vida e trabalho." (AMARANTE, 1995, p. 89).

Em um primeiro momento, este movimento caracterizou-se pela discussão sobre as condições de maus tratos e tortura aos internados nos hospitais que centralizavam a assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro que funcionou como um estopim que trouxe repercussão nacional ao movimento. Quando o movimento emergiu no Brasil, na década de 1970, os serviços ambulatoriais se reduziam aos atendimentos no INAMPS, para os quais eram destinados de 1% a 2% de todos os recursos que os hospitais recebiam para a saúde mental. Os hospitais psiquiátricos privados tinham plena liberdade de internar quem quisessem e nas condições que bem entendessem e, por conta desta prerrogativa, abundavam casos em que pessoas eram internadas mesmo sem ter qualquer transtorno mental. Podia ser um marido querendo se desfazer de uma esposa porque desejava liberdade para se relacionar com outra mulher. Ou crianças com deficiências que constrangiam seus familiares. Resumindo, todos aqueles considerados indesejáveis. Os maiores hospitais psiquiátricos pertenciam aos governos estaduais - Juqueri, em Franco da Rocha (SP) e Barbacena (MG) são

casos paradigmáticos. Conforme relata o pesquisador Eduardo Mourão Vasconcelos, da Universidade Federal do Rio de Janeiro<sup>17</sup>:

“As pessoas ficavam sem fazer nada, eram submetidas a torturas, não se tinha controle nenhum das condições sanitárias dentro desses asilos que eram verdadeiros campos de concentração”, conta Eduardo. Durante o período em que funcionou, morreram 60 mil pessoas em Barbacena. A história do hospício foi contada pela jornalista Daniela Arbex no livro ‘Holocausto brasileiro’. “Morriam pessoas de doenças infectocontagiosas e Barbacena vendia os cadáveres para as escolas de medicina, 17 no total”, diz ele. Esse estado de coisas, destaca Eduardo, era plenamente aceito pela sociedade.

Dentre os movimentos emergentes no final da década de 1970, surge em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica. Segundo Amarante (1995, p. 90), o MTSM "assume um papel relevante, ao abrir um amplo leque de denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema de assistência psiquiátrica, que incluiu torturas, corrupções e fraudes". Ainda em 1978, o MTSM se aproximou do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), passando a organizar Comissões de Saúde Mental em alguns dos estados onde a entidade era mais presente (RJ, SP, MG, BA).

O surgimento do MTSM teve como marco o episódio denominado "crise da DINSAM". A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor Saúde Mental, que administrava as quatro unidades<sup>18</sup> responsáveis pelo atendimento psiquiátrico no Rio de Janeiro. A "crise da DINSAM" refere-se às denúncias, reivindicações e críticas realizadas, no primeiro trimestre de 1978, por profissionais que atuavam na prestação de assistência nas unidades de atendimento como "bolsistas", sobre a precarização das condições de trabalho e as frequentes situações de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas.

O segundo momento acontece nos primeiros anos da década de 1980 quando o movimento pela reforma psiquiátrica articula-se ao movimento da Reforma Sanitária, representado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) e, segundo Amarante (1995, p. 91), "passa a ser incorporado, ou a incorporar-se no aparelho de Estado." Durante a 8ª CNS foi formada uma comissão para fazer novas propostas para a assistência psiquiátrica brasileira.

---

<sup>17</sup> Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-do-sus>. Acesso em: janeiro de 2020.

<sup>18</sup> Centro Psiquiátrico Pedro II - CPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira - CJM; Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

Essa comissão propôs que o atendimento psiquiátrico passasse a ser integral, multiprofissional e realizado em postos de saúde, ambulatórios especializados e em serviços criados especialmente para esse atendimento, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS [...]propuseram, ainda, que os atendimentos de emergência psiquiátrica fossem realizados em hospitais gerais. Com essas medidas, a permanência das pessoas com transtornos psiquiátricos na comunidade seria facilitada, contribuindo para que mantivessem seus direitos de cidadãos. (BARROSO; SILVA, 2011, p. 71)

Outros momentos também foram importantes e fundamentais para a construção do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro: a mobilização dos atores sociais do Movimento da Luta Antimanicomial (1987); o Projeto de Lei nº 3.657 (PL 3657/1989) apresentado em 1989 pelo Deputado Paulo Delgado; a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988. Dentre estes momentos destacam-se como marcos históricos a "Declaração de Caracas" em 1990 e a transformação, em 2001, do PL 3657/1989 na Lei Ordinária nº 10.216 (Lei de Reforma Psiquiátrica), legislação vigente no Brasil que norteia a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Segundo Hirdes (2009, p. 298),

Um marco histórico para o setor de saúde mental, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado "Declaração de Caracas". Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário.

A principal reivindicação do movimento de Reforma Psiquiátrica era a substituição do modelo manicomial de assistência psiquiátrica, que busca eliminar *os sintomas* do transtorno mental por meio das relações de tutela, disciplina e controle instauradas no ambiente restrito das instituições asilares, por um modelo assistencial de base comunitária, constituído por dispositivos assistenciais diversos que devem funcionar de forma articulada, para a construção de um novo lugar social para pessoas em sofrimento psíquico. A partir do repúdio ao modelo manicomial teve início o delineamento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas norteado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de reestruturar a assistência psiquiátrica de modo ampliado, substituindo as internações longas, ou permanentes, por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial (rede de serviços substitutivos), visando a reinserção social; valorizando a colaboração dos familiares no tratamento do usuário para desmistificação da loucura junto à família e a comunidade territorial; reduzindo leitos nos hospitais psiquiátricos; impulsionando os processos de desinstitucionalização.

A organização de uma rede de atenção à saúde mental para reabilitação psicossocial, o empenho pela desinstitucionalização e a reinserção sociofamiliar são os eixos principais da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Sendo assim, quando um indivíduo chega a internação psiquiátrica, a assistência não deve ceder ao modelo manicomial/asilar em função de um histórico familiar frágil, mas também não deve simplesmente enviá-los para fora do hospital, ao menor sinal de remissão dos sintomas, sem que seja pensada antes uma infraestrutura no âmbito familiar e na comunidade, que permita tratar e cuidar desse indivíduo e de sua família. Não basta desospitalizar, mesmo que o destino seja a esfera familiar, pois quando o indivíduo não consegue cuidar do próprio corpo e da sua segurança, tem dificuldade em se alimentar sozinho, perambula por longas distâncias se afastando do monitoramento familiar ou comunitário, pratica ações que colocam em risco terceiros, torna-se necessária a reprodução do cuidado e tutela do ambiente hospitalar no novo ambiente. A saída do hospital não garante a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica. O ideal a ser alcançado seria a desinstitucionalização, ou seja, de acordo com o significado atribuído pela psiquiatria democrática italiana, ir além da desospitalização e encaminhamento aos serviços alternativos, buscando preparar a inclusão do paciente na vida familiar e comunitária sem perder de vista todas as necessidades e possibilidades, tanto do indivíduo quanto de sua família, comunidade e território (GONÇALVES; SENA, 2001).

### **2.3.1 Os Serviços Substitutivos**

O movimento da Reforma Psiquiátrica concebeu um novo modelo de assistência na área da saúde mental. A perspectiva da desinstitucionalização é parte deste processo e pode ser delineada como a desconstrução e superação das formas de relacionamento, práticas e aparatos inerentes à internação em modo asilar dos sujeitos em tratamento psiquiátrico; defende a elaboração de proposições substitutivas destes diversos mecanismos baseadas na defesa, promoção e garantia de direitos de cidadania. O movimento reformista brasileiro adotou uma perspectiva que

orienta a desinstitucionalização para a desconstrução de saberes, práticas e perspectivas que levem à segregação, estigma e destituição de direitos da pessoa com transtorno mental. Vincula-se à tradição italiana construída por Franco Basaglia, exigindo a presença do Estado na proteção social à pessoa com transtorno mental e a seus familiares, reconstruindo a complexidade do viver com o transtorno mental, no sentido de reinventar a vida e produzir saúde. (SILVA; ROSA, 2014, p. 253)

A atenção à saúde mental centrada nos hospitais psiquiátricos foi deslocada para o espaço comunitário levando ao surgimento de diferentes propostas de serviços que,

articulados a outros serviços, possibilitariam a atenção no território e a integralidade no atendimento. Não se tratava mais de aperfeiçoar as estruturas de cuidado existentes (ambulatórios e hospitais psiquiátricos), mas de organizar novas redes, dispositivos e conhecimentos que transformassem as práticas relacionadas ao sujeito, seus problemas e sua subjetividade. O objetivo principal era criar dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial para garantir o suporte adequado às pessoas com transtorno mental e àqueles em processo de desinstitucionalização. A partir dessas propostas começaram a ser criados serviços de saúde mental que tivessem a capacidade de ser substitutivos à internação psiquiátrica, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pensados para funcionar de forma articulada e pautada na assistência territorial (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

A idéia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. (BRASIL, 2005, p. 24)

Um marco importante do início de mudança na atuação do Estado para o tratamento de saúde mental no Brasil foi a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira em 1987. Foi o primeiro CAPS criado no Brasil e utilizava o espaço da extinta Divisão de Ambulatório da Secretaria Estadual de Saúde, localizado em uma esquina da Rua Itapeva próxima a Av. Paulista, em São Paulo e, por isso ficou conhecido como "CAPS Itapeva". O local foi transformado para abrigar um serviço que se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia de atendimento em saúde mental desse período. A implantação do serviço não ocorreu por iniciativa de uma política de saúde mental organizada pelo município, mas sim por iniciativa de um grupo de profissionais orientados por princípios da Reforma Psiquiátrica e ligados à Secretaria de Saúde do Estado, durante a vigência de uma política de saúde do Estado iniciada em 1973, com o intuito de

expandir as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde e criar novos ambulatórios de psiquiatria. O CAPS contemplava uma demanda crescente da sociedade por novos caminhos terapêuticos e contribuiu para a construção de novos rumos no atendimento de pacientes com transtorno mental grave, através da implantação de políticas de saúde mental contrárias ao modelo centrado em longas internações em hospitais psiquiátricos, tornando-se uma referência no campo da Saúde Mental no Brasil (DIAS, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial criados em Manágua (Nicarágua), no contexto da revolução sandinista, foram as principais referências para as práticas diárias do CAPS "Luiz Cerqueira". Segundo Dias (2007, p. 42):

Estes espaços utilizavam líderes comunitários, desenvolviam parcerias com instituições já existentes, como paróquias, recursos que 42 inspiraram a experiência em São Paulo. Da mesma forma, estava presente a noção de equipe multidisciplinar e responsável por demanda psiquiátrica da região de cobertura, assim como a realização, numa mesma instituição, de procedimentos de prevenção, tratamento e reabilitação. A abordagem procurava construir uma prática clínica não baseada no reconhecimento de sintomas, mas na produção de um sujeito social (Goldberg, 1996). O referencial não era assim a noção de doença como distúrbio, mas tratar a doença a partir de um campo terapêutico "dilatado". A experiência desenvolvida em São Paulo serviu como referência na definição de diversas práticas inseridas nos CAPS sistematizadas posteriormente em nível nacional. O CAPS Luiz Cerqueira inaugurou, por exemplo, a incorporação à equipe profissionais não pertencentes à área clínica como professores de educação física e artística, artesões, entre outros profissionais que se adequassem ao projeto da instituição. Surgiram também as noções de equipe multidisciplinar e da inserção das ações em território.

Outras referências também são citadas por Ribeiro (2004, p. 95):

As inspirações para o CAPS Luís Cerqueira e para os demais que foram criados vieram, em grande parte, das experiências realizadas no exterior, principalmente de alguns princípios das comunidades terapêuticas, da Psiquiatria de setor e da Psiquiatria democrática italiana. A inspiração mais forte, no entanto, segundo Pitta (1994), foi a dos centros de atenção psicossocial de Manágua (Nicarágua), que surgiram em 1986, em plena revolução naquele país. [...]

Além desses marcos em outros países, houve outras experiências regionais no Brasil, nos anos 80, que também iam ao encontro de uma atuação mais integrada em saúde mental, além de tratar através da inserção do usuário na comunidade e que também inspiraram os CAPS. Entre elas, a "Casa das Palmeiras" no Rio de Janeiro, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS) de Santos-SP e outras cidades, os centros de convivência, em São Paulo, a Pensão "Nova Vida", no Rio Grande do Sul, e muitas outras que traziam em si o desejo da reabilitação e a marca da insatisfação quanto ao que era oferecido até então. Estas, ao mesmo tempo, buscavam responsabilizar-se pelos usuários e estabelecer pontes entre eles e a sociedade.

Ao contrário do ocorrido em São Paulo, o surgimento dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos decorreu de um projeto desenvolvido com plena governabilidade da gestão municipal que estruturou o plano de governo com referência no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1989 foram eleitos em São Paulo (Capital), Santos e Campinas prefeitos do Partido dos Trabalhadores que nomearam como gestores municipais da área de Saúde profissionais comprometidos com o movimento da Reforma Sanitária, que

tinham o propósito de construir novos dispositivos na área da Saúde Mental extremamente importantes para o movimento da Reforma Psiquiátrica, de acordo com os princípios do SUS. A primeira ação na reestruturação das instituições de saúde mental se relacionava à intervenção no hospital psiquiátrico existente no município. A Casa de Saúde Anchieta localizada em Santos, era um hospital psiquiátrico particular que funcionou durante cerca de 30 anos na cidade de Santos. Os proprietários eram pagos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para manter mais de 500 pacientes em dependências capazes de abrigar, no máximo, 250 internos. Os pacientes eram tratados com doses de remédios hoje consideradas excessivas e com terapias violentas, como o eletrochoque<sup>19</sup>. Também houve a investigação da morte de três pacientes do manicômio: dois enforcados e um espancado. Em maio de 1989, queixas da vizinhança com relação a gritos e relatos de maus-tratos contra os internos levaram a prefeitura a intervir no local (DIAS, 2007).

Segundo Tenório (2002, p. 38):

A intervenção, motivada pelas denúncias (logo comprovadas) de mortes, superlotação, abandono e maus-tratos, transformou-se em desapropriação por razões de utilidade pública e depois desdobrou-se em ações para extinguir o manicômio na cidade, com a implementação de um Programa de Saúde Mental organizado em torno dos então criados Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps).

Após a nomeação de um interventor foi organizada uma equipe de trabalho que iniciou um processo de desconstrução da Casa de Saúde. Durante este processo foi estabelecido como objetivo a criação de serviços de referência de saúde mental que tivessem papel substitutivo ao hospital em fechamento. Neste contexto surgiram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que tinham funcionamento ininterrupto e eram responsáveis por toda e qualquer demanda psiquiátrica e psicológica do território. Ao contrário das instituições abertas de tratamento psiquiátrico existentes até então, os NAPS realizavam intervenções nos domicílios dos usuários. A experiência dos NAPS de Santos inaugurou diversas práticas que iriam ser posteriormente incorporadas ao modelo dos CAPS (DIAS, 2007).

Os NAPS/CAPS foram formalizados em 1992 pela Portaria nº 224/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS)<sup>20</sup>. Conforme definido no item 2.1 da portaria, “Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionais, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o

---

<sup>19</sup> O termo eletrochoque é muito agressivo e remete ao uso do choque empregado como meio de tortura e punição. Por isso, hoje se prefere o termo eletroconvulsoterapia (ECT), um método que utiliza o estímulo elétrico para gerar uma convulsão, que constitui o elemento terapêutico.

<sup>20</sup> Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impressao.php?id=7536](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7536). Acesso em: janeiro 2020.

regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.”. Além disso, conforme o item 2.2, “Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.” e, de acordo com o item 2.3, “São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 horas às 18 horas, segundo definições do Órgão Gestor Local. Devem constar com leitos para repouso eventual. O item 3 da portaria estabelece a seguinte diretriz para o atendimento hospitalar:

### 3. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS)

#### 1) Hospital-dia

1.1 - A instituição de hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira) com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente

1.2 - O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço de hospital-dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente a unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3 - A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);
- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes em regime hospital-dia terão direito a 3 refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

Em 2000, a Portaria GM/MS Nº 106/2000 instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), ou Residências Terapêuticas (RT), serviço substitutivo ao tratamento psiquiátrico asilar também inserido no cotidiano do território, constituído de casas localizadas, preferencialmente, em um espaço comunitário e destinadas ao cuidado de pessoas com



transtornos mentais, egressas de internações psiquiátricas de longa permanência<sup>21</sup>, que não possuam suporte social e laços familiares viabilizando a inserção social. Os SRTs deverão também acolher os egressos de longa internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Os SRTs não foram concebidos somente para atender às demandas de moradia. A proposta é efetivar as propostas da reabilitação psicossocial: resgate da autonomia, inserção social e retomada de direitos. Nos SRTs cada usuário desenvolve sua subjetividade e constrói "sua casa" na convivência cotidiana com os companheiros da casa, com os vizinhos mais próximos e com o território, porém sempre sob supervisão e suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. É justamente tal construção, junto com as vivências resultantes das incursões pelo território, que possibilita a (re)inserção do indivíduo nos diversos cenários da sociedade.

Em 2002 a Portaria GM/MS nº 336/2002, estabeleceu as modalidades de CAPS de acordo com os serviços disponibilizados, a ordem crescente de porte/complexidade e a abrangência populacional (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II). A partir de 2011, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3088/2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial para ampliação e articulação de serviços de cuidado à saúde de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes de dependências químicas (crack, álcool e outras drogas) e redefinidas pelo § 4º do art. 6º as modalidades dos CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i).

Os CAPS são considerados atualmente a principal referência em serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. É um serviço de porta aberta, isto é, atende à demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento, para tratamento de transtornos mentais considerados graves e de longa duração. Tornaram-se o principal serviço substitutivo ao modelo asilar de assistência à saúde mental e de garantia de direitos aos usuários por referirem-se a um serviço aberto e comunitário em área territorial, constituído por equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar. Sendo um serviço comunitário, segundo definição do Ministério da Saúde, deve ter grande inserção no território de referência, realizando prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, inclusive aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, cuja severidade e/ou persistência justifiquem seu vínculo a um equipamento de assistência à saúde mental. Os serviços são prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e orientados

---

<sup>21</sup> No âmbito do cuidado em saúde mental entende-se como internação de longa permanência a internação por um período **ininterrupto** de dois anos em diante.

para a articulação com outros equipamentos como, por exemplo, Unidades Básicas de Saúde ou pronto-socorros.

Segundo ainda o Ministério da Saúde, os CAPS devem desenvolver um papel estratégico na vida comunitária em seu território de referência, estimulando a autonomia dos usuários da instituição, articulando os recursos existentes em outras áreas, como escolas, igrejas. Os CAPS devem também cumprir assistência direta a pacientes, apoiar outras áreas da saúde como o Programa de Saúde da Família. Neste território, o CAPS é a instituição central no que diz respeito à implantação de políticas de saúde mental, desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários. (DIAS, 2007, p. 28)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), também é composta por Comunidades Terapêuticas (CT), "serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas", conforme o Art. 9º, inciso II, da Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011. De modo geral, as CT se encontram em locais afastados dos centros urbanos e funcionam com limites, regras e horários inflexíveis. O "tratamento" baseia-se na disciplina e em normas rigorosas: afastamento da família e da comunidade, laborterapia (o exercício do trabalho é entendido como terapêutico, consistindo tanto das tarefas de manutenção da própria comunidade, como de atividades produtivas e de geração de renda revertida apenas para a comunidade), abstinência de drogas e sexo e aplicação de penalidades aos "desvios". Os internos "recuperados" têm a função de ajudar no apoio ao tratamento dos demais e grande parte do trabalho é mencionado como "voluntário". Predomina o componente religioso e há prevalência de instituições católicas e evangélicas. O sujeito deve romper com sua vida pregressa e abraçar uma nova comunidade, religiosa, da qual faz parte como "homem convertido".

Na visão psicossocial, particularmente dos profissionais de saúde mental, o tratamento oferecido pelas CT religiosas constitui uma forma de violência institucional. Muitas denúncias expõem a existência de maus-tratos e de violações de direitos em tais entidades, como apontou o relatório de inspeção do Conselho Federal de Psicologia, colocando as CT na contramão das políticas contemporâneas de saúde mental e as aproximando dos antigos manicômios. **Elas reintroduzem o isolamento das instituições totais, propondo a internação e permanência involuntárias, centram suas ações na temática religiosa, frequentemente desrespeitando tanto a liberdade de crença quanto o direito de ir e vir dos cidadãos.** (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p. 520, grifo nosso)

A valorização das Comunidades Terapêuticas (entenda-se aqui Comunidades Terapêuticas como instituições *não governamentais* que funcionam como espaços de internação) na Rede de Atenção Psicossocial, através da Nota Técnica 11/2019, emitida no dia 4 de fevereiro pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas ligada ao Ministério da Saúde, atende somente aos anseios mais moralistas daqueles que consideram a

questão das drogas como um problema moral e não um problema de saúde pública. A ampla maioria dessas instituições orienta o cuidado e o tratamento baseados na abstinência a partir de fundamentos religiosos, majoritariamente cristãos. Isso significa que os internados não têm um cuidado baseado em qualquer critério clínico, somente de espiritualidade religiosa. O que é inconcebível do ponto de vista clínico e científico e fere a "laicidade" do Estado.

No Brasil, desde o início do governo Bolsonaro, uma série de medidas foi tomada no sentido de consolidar uma política de drogas excludente, pautada no proibicionismo e na defesa do encarceramento em detrimento do cuidado. O Decreto nº 4.345, de agosto de 2002, que havia instituído a Política Nacional Antidrogas, foi revogado em abril de 2019 pelo Decreto nº 9.761 que, entre outras coisas, adota a abstinência total como diretriz da nova Política Nacional sobre Drogas (Anexo, item 2, subitem 2.8)<sup>22</sup>, representando um retrocesso em relação à política de redução de danos (RD) que vinha sendo desenvolvida no país e que é a prática mais usada nos países desenvolvidos.

Enquanto as estratégias de RD visam à minimização de riscos e danos associados ao uso de drogas, ainda que os usuários não pretendam ou não consigam interromper o consumo em um dado marco temporal, o governo passa a incentivar abertamente a expansão e o financiamento das chamadas [comunidades terapêuticas](#), entidades privadas voltadas para o tratamento de pessoas que fazem uso de drogas, e que apresentam uma série de violações de direitos. As comunidades terapêuticas estão no centro da política nacional antidrogas do governo Bolsonaro, que aponta para a abstinência como única solução viável. Segundo artigo da agência de jornalismo investigativo Pública<sup>23</sup>, de 27/07/2020 (**grifo nosso**):

[...]comunidades terapêuticas de orientação cristã receberam quase 70% dos recursos enviados pelo Ministério da Cidadania a essas entidades no primeiro ano de governo Bolsonaro.

[...]

O dinheiro público financiou também comunidades terapêuticas denunciadas por violações de direitos humanos, incluindo desrespeito à liberdade religiosa.

[...]

Segundo o próprio Ministério da Cidadania, a quantidade de vagas financiadas pelo governo federal nessas entidades cresceu de 2,9 mil, em 2018, para aproximadamente 11 mil, em 2019. A expectativa era que o número chegasse a 20 mil este ano, o que representa R\$ 300 milhões em contratos. É quase o dobro dos R\$ 150,5 milhões contratados no ano passado – embora o valor inicialmente anunciado, de R\$ 153,7 milhões, não tenha sido totalmente alcançado por cancelamentos e/ou rescisões de contratos, segundo o Ministério da Cidadania, que não detalhou quais foram os acordos atingidos nem o motivo dos cancelamentos. **O valor previsto para 2020 também supera ao orçamento anual dos Caps (R\$ 158 milhões), que**

<sup>22</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm). Acesso em: novembro 2020.

<sup>23</sup> Disponível em: <https://apublica.org/2020/07/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para-comunidades-terapeuticas-no-primeiro-ano-de-governo-bolsonaro/>. Acesso em: novembro de 2020.

**trabalham com a perspectiva de redução de danos (uma estratégia focada em diminuir os riscos à saúde do usuário, que não visa à abstinência) e com equipes multidisciplinares, formadas por psicólogos e médicos.**

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) que trabalham com a perspectiva de redução de danos contam com uma equipe multiprofissional formada não apenas por médicos (psiquiatras e clínicos) e psicólogos, mas também por outros profissionais de saúde – assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros<sup>24</sup>, etc. e, em geral, as comunidades terapêuticas são majoritariamente vinculadas a igrejas e organizações religiosas que estabelecem uma estrita rotina de atividades de oração e trabalho, não dispõem de aparato médico e localizam-se em fazendas distantes de áreas urbanas visando o distanciamento completo do usuário da organização social.

Porém, a reflexão sobre este tema deve considerar que o isolamento do indivíduo pode ser ineficaz no momento de sua reinserção na dimensão social, em que ele lidará com as questões que o levaram às drogas. As emoções e experiências vivenciadas nas relações sociais turbulentas, e não resolvidas, são fatores que estimulam a dependência química. Além disso, é preciso ter em conta o cerceamento (ou não) de liberdades/escolhas individuais, o direito de dispor do próprio corpo e de tomar decisões inerentes a própria vida.

Não se questiona aqui a liberdade, e o direito, das pessoas escolherem sua religião e exercerem sua fé, mas a abordagem adotada para tratamento da dependência química vinculada somente à crença religiosa e distante da rede de saúde. Está sendo questionado, principalmente, como as políticas públicas de saúde abordam a temática das drogas e promovem o acesso ao cuidado e a informação, neste momento de avanço do conservadorismo vinculado a bases religiosas fundamentalistas, característico do governo Bolsonaro. É preciso não perder de vista que a guerra às drogas reproduz a exclusão, o aprisionamento e a morte de pessoas marcadas pelas desigualdades de raça, classe e gênero.<sup>25</sup>

Observando os serviços substitutivos disponibilizados pela RAPS, é inegável a importância dos CAPS, principalmente sua oferta de cuidado em liberdade, porém segundo Pande; Amarante (2011, p. 2068)

Com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, supõe-se a superação do modelo asilar, subentendendo que a instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcionaria um curso diferente daquele atribuído à suposta doença mental. No entanto, com o surgimento dos novos serviços, retornam a crítica à institucionalização e a reflexão

---

<sup>24</sup> Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: [https://bvsm.saudef.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsm.saudef.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: novembro de 2020.

<sup>25</sup> NUNES, FCM. A Consolidação da atual política de drogas no Brasil. Disponível em: <http://ittc.org.br/consolidacao-da-atual-politica-de-drogas-no-brasil/>. Acesso em: novembro 2020.

sobre a nova cronicidade, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização.

Aos CAPS foi dada a responsabilidade de criar novas possibilidades para seus usuários, através da reinserção social, e de elaborar seus Projetos Terapêuticos (junto com cada usuário), observando as diferentes modalidades de tratamento que cada um necessita. Porém, pode ser contraditório o fato do dispositivo ser, às vezes, o único lugar de inserção destes usuários, trazendo "o risco desse projeto terapêutico tornar-se um projeto de vida restrito ao que é proporcionado pelo serviço, e de os usuários terem no CAPS seu único lugar de socialização" (BONGIOVANNI; SILVA, 2019, p. 3). Neste contexto em que as ações ficam restritas a um único serviço, de caráter público, e por isso, limitado por burocracias, a forma vigente de desinstitucionalização conduz a novas formas de institucionalização. Apesar de ter as portas abertas, o CAPS pode criar, em outro contexto, a mesma condição criticada no hospital psiquiátrico: a cronificação. Na tentativa da eliminação do elemento concreto/perceptível da doença propõe-se para o usuário um tratamento permanente e interminável, sem previsão de avanços, retrocessos, mudanças ou reavaliações ao longo do tratamento, sistematizando, dessa forma, o que é chamado de nova cronicidade. Há, por exemplo, a repetição de certas práticas tutelares e absorção de demandas passíveis de serem atendidas por outros dispositivos da rede. Sendo assim, é importante repensar sobre as diferentes modalidades de tratamento dos CAPS e sua relação com os usuários, para que o objetivo inicial de criar dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial para garantir o suporte adequado à reinserção social de pessoas com transtorno mental e àqueles que se encontrem em processo de desinstitucionalização seja, ainda, o guia da existência dos serviços substitutivos (BONGIOVANNI; SILVA, 2019).

Um CAPS só se tornará instrumento capaz de produzir uma relação e um lugar social diferentes para a experiência da loucura e para aquele que a experiência se, no seu dia-a-dia, no seu cotidiano, inventar um outro modo de funcionar, de se organizar e de se articular com a cidade. (LEAL; DELGADO, 2007, p. 137-138)

### **2.3.2 A Desinstitucionalização: Ideais e Obstáculos**

Os ideais da Reforma Psiquiátrica possibilitaram muitas mudanças no campo da atenção à saúde mental, e certamente o conceito de desinstitucionalização psiquiátrica tornou-se um dos mais importantes conceitos de referência para a mudança da atenção à saúde mental centralizada no modelo hospitalar. Entre muitas controvérsias emergiu um consenso de que a desinstitucionalização abrange três processos: desospitalização e redução de leitos

psiquiátricos, direcionamento de pessoas com transtornos mentais para atendimentos descentralizados e comunitários e a mudança de um serviço único para um amplo leque de serviços e cuidados. Porém é importante dissociar a desinstitucionalização da desospitalização, pois de acordo com o significado que lhe foi atribuído pela psiquiatria democrática italiana a desinstitucionalização vai muito além de desospitalização e construção de serviços alternativos. Implica uma mudança não apenas das instituições, mas, antes de tudo, das práticas.

A base da desospitalização é a existência de serviços fora das instituições hospitalares que acompanhem o processo de readaptação social e realizem ações preventivas, junto aos egressos de internações psiquiátricas. A atenção à saúde mental centrada nos hospitais psiquiátricos passa a ser deslocada para o espaço comunitário, no qual diferentes propostas de serviços, articulados a outros serviços, possibilitariam a atenção no território e a integralidade no atendimento, diminuindo as internações, conseqüentemente os leitos e o tempo médio de permanência hospitalar. Desta forma, há a pretensão de extinguir o hospital à medida que os serviços substitutivos respondam pela totalidade das ações assistenciais no campo da saúde mental, porém o processo de desospitalização alcança apenas a alternativa de encaminhamento a outras instituições. Dessa forma, embora haja desospitalização, não há desinstitucionalização.

A desinstitucionalização é um processo não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. Desinstitucionalizar significa tratar o sujeito em sua existência e em relação as suas condições concretas de vida (AMARANTE, 1995). A dinâmica do processo de desinstitucionalização é mais complexa, pois pretende ocupar-se não apenas dos aspectos visíveis do transtorno mental, mas também da (re)inserção social do sujeito considerando suas subjetividades e história sociofamiliar, porém sem negar a existência da doença e de sua devida atenção e cuidados, inclusive pela psiquiatria.

As diretrizes da desinstitucionalização consideram que somente a saída do hospital não é suficiente para a participação social e segundo Bongiovanni; Silva (2019, p. 2) "é necessário ter cautela quando a mesma é equiparada a práticas de desospitalização, não havendo um investimento em um processo social mais amplo", pois, muitas vezes, é necessário um processo de superação das condições de dependência e contenção institucionais.

A desospitalização alcança o objetivo de não haver mais internação psiquiátrica de longa permanência, mas não significa a efetivação da desinstitucionalização pois, apesar de haver redução no período de internação os serviços substitutivos podem vir a reproduzir a lógica manicomial, fazendo com que a cronificação se apresente de outra maneira, havendo apenas um processo de mudança de instituição. Furtado et al. (2016, p. 10) referem-se a este processo como "transinstitucionalização":

Estamos numa encruzilhada entre a verdadeira inserção no território e uma transinstitucionalização. Se a primeira representa conflitos, o difícil convívio com a diferença e avanços por vezes lentos e sempre parciais, a segunda representa somente a saída do hospital psiquiátrico em direção à tutela na comunidade, conduzida por profissionais de instituições como os CAPS e os SRT.

Na prática, quando se fala de desospitalização, o que existe é a convivência pacífica entre o serviço substitutivo e o hospital psiquiátrico que permanece fundamental na rede de atenção à saúde mental<sup>26</sup>, pois as internações prosseguem, criando o movimento denominado *revolving door*, ou "porta giratória", que se caracteriza pela reincidência de internações psiquiátricas do usuário em um curto espaço de tempo. A internação por um longo período em um determinado hospital psiquiátrico passa a ser substituída, nas situações de surto psicótico, por reinternações em várias instituições ou na própria instituição na qual o usuário esteve internado em condição asilar. Ou seja, a existência do serviço substitutivo não garante a superação do hospital psiquiátrico, uma vez que, o indivíduo é conduzido em um movimento rotativo de uma instituição a outra (PRAZERES; MIRANDA, 2005).

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), define em seu Art. 2º, inciso II, que é direito da pessoa com deficiência "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". Assim, como uma condição pressuposta, a família aparece como parte integrante do processo de (re)inserção das pessoas com transtorno mental. Porém, a proposta de aproximação da pessoa com transtorno mental com a sua família não é uma tarefa fácil e o posicionamento familiar no sentido de acolher, ou não, o ente familiar adoecido é uma questão determinante quando se discute um processo de desinstitucionalização.

O círculo familiar no qual o sujeito egresso de uma longa internação psiquiátrica será reinserido precisa estar preparado, emocionalmente e materialmente, para a convivência com

---

<sup>26</sup> A falta de consenso sobre a necessidade dos hospitais psiquiátricos influi consideravelmente nos processos de desinstitucionalização. Sem o fechamento definitivo dos hospitais psiquiátricos a saída dos pacientes de longa internação é apenas uma opção e muitos permanecem hospitalizados.

esse sujeito<sup>27</sup>. Os cuidados domiciliares de uma pessoa com transtorno mental, especialmente aquelas que passaram por longo período de internação psiquiátrica, implicam uma reorganização do grupo familiar com estratégias para lidar com a dependência e com a carga emocional e financeira proveniente da convivência com o familiar adoecido. Os vínculos precisam ser reconstruídos, pois as famílias muitas vezes tornam-se resistentes a acolher o familiar que adoeceu, refletindo o medo e o preconceito existente em nossa sociedade. Outro fato a ser considerado no processo é a dificuldade do próprio paciente sair do hospital, pois depois de anos internado ele acaba por fazer da rotina da instituição a sua própria rotina, e interioriza o hospital como sua casa.

Faz-se necessário, então, que a família e o doente recebam suporte para lidar com o imaginário da incapacidade e com a periculosidade do “louco”, evitando os próprios preconceitos e os da sociedade, pois se acredita que qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família é inútil, visto que os principais passos para a promoção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar. Isso porque quando uma pessoa apresenta um problema mental não apenas ela sofre, mas também toda sua família e, assim, ambos precisam de apoio e acompanhamento. (DORIGATTI et al., 2014, *apud* FERNANDES; MARREIROS; IBIAPINA, 2016, p. 106).

O processo de (re)inserção social de pessoas com transtornos mentais decorrente da desinstitucionalização expõe questões importantes no que diz respeito à incorporação das famílias. Primeiro, é necessário que os familiares tenham informações claras e consistentes sobre o transtorno psiquiátrico e seu tratamento, sobre a realidade do funcionamento dos serviços substitutivos e suas possibilidades. Em segundo lugar, pessoas com transtorno mental apresentam dificuldades em termos de autonomia e integração, que influem no funcionamento familiar. É preciso oferecer apoio às famílias com relação a estruturação da sua vida cotidiana e convívio com seu familiar e esclarecer, de maneira pormenorizada, as propostas do projeto terapêutico elaborado pela equipe multiprofissional para a alta médica. Além disso, também é preciso orientá-las, junto com a equipe multiprofissional, sobre as estratégias práticas de manejo da enfermidade, compartilhar informações sobre diagnóstico, medicação, o que fazer em situação de crise, dentre outros aspectos (DIMENSTEIN *et al.*, 2010).

Segundo Dimenstein *et al.* (2010, p. 1223):

Além disso, é preciso discutir as condições em que se encontra essa família, sejam financeiras, sociais, emocionais, etc, para daí traçar as reais possibilidades de suporte familiar e, conseqüentemente, que ela possa ser um recurso ativo no processo de cuidado e reinserção social desse usuário.

---

<sup>27</sup> É importante observar que nem só os casos de longa internação requerem a preparação dos familiares. Uma primeira internação psiquiátrica, mesmo que seja breve, pode despertar sentimentos de inadequação com relação à alta médica, que demandam o acompanhamento familiar multiprofissional para a efetiva reinserção do familiar adoecido.



Sabemos que nem todas as famílias se engajam e se responsabilizam pelo cuidado de seus membros, o que dificulta em muito o processo de trabalho nesse campo, mas a maioria desses familiares está implicada e participa, apenas não se sente preparada para cuidar, tem medo e não recebe nenhum apoio e capacitação dos serviços. É nesse sentido que chamamos atenção para a urgência em incorporar os familiares às propostas terapêuticas e de reabilitação de acordo com o paradigma psicossocial, pois sem eles as possibilidades de êxito ficam reduzidas.

Sendo assim, muitos processos de desinstitucionalização não se efetivam no âmbito familiar pela ausência de esclarecimentos e apoio adequados e realistas com relação a (re)inserção da pessoa doente. Quando estes fatores não são considerados na elaboração do projeto terapêutico e não são oferecidos serviços que dêem suporte familiar de forma eficaz, os processos de desinstitucionalização tendem a se perder nas reinternações, ou na cronificação do atendimento nos CAPS, e o hospital psiquiátrico se mantém como centro da atenção à Saúde Mental.

A falta de uma devida instrumentalização familiar sem recursos alternativos para lidar com situações críticas, aliado a um comportamento inadequado do familiar doente caracterizado por violência e agressividade; potencializado por um domicílio desprovido de recursos materiais, com uma renda muito baixa e uma intolerância dos demais familiares e da comunidade circunvizinha, aumenta o grau de dificuldade para a reabilitação, impossibilitando o convívio familiar, e subsequentemente surge o desejo de internação do doente mental. (FERNANDES, MARREIROS, IBIAPINA, 2016, p. 106-109)

A partir da Reforma Psiquiátrica, o cuidado do indivíduo doente dentro do âmbito familiar passou a ser valorizado por ter um impacto positivo na sua reabilitação psicossocial. “A família, com base nas diretrizes organizacionais da desinstitucionalização psiquiátrica, assume hoje papel relevante na política de saúde mental, na medida em que é parte integrante do processo e postula-se como extensão do tratamento ao parente doente mentalmente.” (GOMES; SANTOS, 2016, p. 272). A centralidade da família é um aspecto de muitas políticas sociais no Brasil, como o Programa Bolsa Família na Assistência Social e o Programa Minha Casa, Minha Vida na habitação e na Saúde não é diferente – a família goza de um lugar central na política de saúde, materializado pelo programa Estratégia de Saúde da Família. Sendo assim, é necessário perceber e compreender seus novos arranjos, frutos de transformações sociais, para conhecer suas demandas e fragilidades, mas também sua força e resistência.

Assim sendo, faz-se necessário abordar as expectativas da Reforma Psiquiátrica na atualidade e a problemática da participação familiar como um dos principais requisitos para a desinstitucionalização.

### 3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA AINDA É POSSÍVEL?

#### 3.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira: Os Dias Atuais

Nascida de um Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) a Reforma Psiquiátrica brasileira constituiu-se como um dos mais expressivos movimentos de transformação na área da saúde, preconizando uma nova prática em saúde mental:

Desinstitucionalizar o louco. Não porque se almejasse sua cura, mas, ao contrário, abrir as condições de possibilidade de produção de vida, como Rotelli<sup>1</sup> ressaltava. Desinstitucionalizar era, neste sentido, acreditar que era possível ao louco inventar seus modos de andar a vida fora dos muros do manicômio. Era necessário sustentar uma política de grande fôlego que, naqueles idos da década de oitenta de fim do século XX, tendo como referência a reforma psiquiátrica italiana e acompanhado do olhar de otimismo para o processo de reconstrução democrática no Brasil, buscava-se criar as condições necessárias para, ao fim, podermos sepultar toda a lógica fundadora da tecnologia alienista pineliana. (OLIVEIRA; SZAPIRO, 2020, p.15)

Atualmente, muitos desafios marcam o legado da Reforma Psiquiátrica brasileira. Se por um lado o movimento reformista combatia o modelo manicomial e demandava novos modelos de intervenção social que envolvessem o cuidado sociofamiliar e resgatassem a cidadania do público atendido pelas políticas sociais, por outro lado, as forças conservadoras neoliberais que defendem e promovem reformas para diminuir o gasto social e gerar oportunidades de prestação de serviços por instituições privadas e organizações não governamentais promovem um Estado mínimo que abandona os investimentos nas esferas públicas.

Além do rompimento com as práticas manicomiais, da luta contra o preconceito e a discriminação, as políticas sociais já existentes são desmanteladas e/ou substituídas por políticas com um caráter inócuo, na contramão da necessidade de maiores recursos financeiros e técnicos. Há também os retrocessos pontuados nos desmontes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas<sup>28</sup>, como o incentivo à internação psiquiátrica, financiamento de Comunidades Terapêuticas e abordagem proibicionista em álcool e outras drogas. Nesse cenário a família ganha novas atribuições e passa a assumir novos papéis, compartilhando com o Estado a responsabilidade pelo cuidado do seu familiar com transtorno mental.

---

<sup>28</sup> **Vem aí o golpe de morte na Reforma Psiquiátrica?. André Antunes - EPSJV/Fiocruz | 11/12/2020**  
11h13 - Atualizado em 01/07/2022 09h42. Disponível em:  
<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/vem-ai-o-golpe-de-morte-na-reforma-psiQuiatrica>

### 3.2 A Importância da Família nos Processos de Desinstitucionalização

No processo de desinstitucionalização concebido pelo movimento de Reforma Psiquiátrica há um lugar de destaque destinado às famílias como cuidadoras das pessoas com transtorno mental. As famílias por serem consideradas o principal grupo de pertencimento, construção identitária e elo de mediação entre seus integrantes, despontaram como o melhor lugar possível de convivência, reconstrução de vínculos afetivos e (re)inserção das pessoas com transtorno mental (MORENO, 2009).

O modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental reserva à família um papel de acompanhante passivo, desconsiderando a possibilidade de sua participação no tratamento da PCTM. Nas internações em hospitais psiquiátricos a família figura como informante das características e trajetória do familiar internado e, sobretudo, como visita. Norteada pela expectativa de cura do transtorno mental, a família espera passivamente os resultados das intervenções junto ao familiar internado, cuja atribuição é restrita aos trabalhadores da saúde mental e dos serviços assistenciais (ROSA, 2005). Porém, o modelo de atenção psicossocial referenciado pelo paradigma da Reforma Psiquiátrica, busca modificar esse posicionamento demonstrando a importância da família na reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico. Neste modelo, a preservação da convivência familiar é preconizada e a contribuição da família no cuidado com a saúde mental do paciente psiquiátrico é reconhecida e valorizada. O familiar pode auxiliar no manejo dos sinais e sintomas do transtorno mental, na supervisão da medicação e na observação da evolução do tratamento e eficácia terapêutica.

Segundo Rosa (2011, *apud* COLLETI et al., 2014, p. 125):

Neste contexto de desinstitucionalização, em que o modelo manicomial foi alterado para um modelo de atendimento comunitário, o papel dos familiares no tratamento da pessoa com sofrimento psíquico também sofreu modificações. Os sujeitos institucionalizados passaram e/ou voltaram a viver com suas famílias, tornando, assim, os seus familiares responsáveis por acompanhar a administração dos medicamentos, lidar com os sintomas, coordenar suas atividades cotidianas e, em alguns casos, garantir sua subsistência.

A família, ao partilhar espaços e valores, também pode oferecer a ampliação da rede de sociabilidade e suporte afetivo para a PCTM, proporcionando um meio importante de (re)inserção social (MACHADO; SANTOS, 2012). Contudo, quando a família é o suporte de acolhimento do doente mental, além dos demais profissionais que atuam na rede de saúde mental, os familiares passam a conviver mais de perto com os sintomas e consequências do transtorno mental, situação que tende a gerar mais dificuldades e sofrimento no relacionamento com a pessoa adoecida e por vezes, em decorrência dessas dificuldades e sofrimentos, a busca pela reinternação do familiar adoecido (SANT'ANA et al., 2011).

É importante que o serviço de saúde mental, seja ele hospitalocêntrico ou substitutivo, não esqueça que a família faz parte de uma rede social que também está envolvida no processo de atenção psicossocial e esteja atento às dificuldades da família oferecendo suporte para o cuidado da pessoa com transtorno mental. Quando as famílias recebem apoio e orientação adequados, e podem compartilhar problemas e dificuldades, é maior a probabilidade de comprometimento com o familiar adoecido. "É importante, então, promover espaços de atenção e cuidado à família nos serviços substitutivos de saúde mental, inserindo-a no processo de reabilitação, corresponsabilizando-a pelo cuidado de seu familiar e dando visibilidade à sua ação cuidadora." (MIELKE et al., 2010).

O entendimento e a aceitação do transtorno mental pela família, que quase sempre procura uma justificativa para sua origem, são elementos importantes que trazem algum alívio para aqueles que estão envolvidos diretamente no processo de desinstitucionalização. Quando há ausência de compreensão por parte da família, as manifestações de sofrimento psíquico são consideradas com descrédito e descritas como "fingimento", "malandragem", "preguiça" e outros juízos de valor correlatos. Comportamentos associados aos transtornos de humor, de personalidade e de uso de substâncias tóxicas muitas vezes despertam desconfianças e incredulidade nos familiares gerando uma hipervigilância com relação à PCTM (MACHADO; SANTOS, 2012).

De acordo com Rosa (2011), no caso dos pacientes que, embora acometidos pelo sofrimento mental, mantêm-se lúcidos e orientados auto e alopsiquicamente, a família tem dificuldade em admitir o transtorno mental, o que culmina na habitual tradução dos comportamentos inadequados como evidências de "preguiça" e "falta de caráter". (MACHADO; SANTOS, 2012, p. 800)

O transtorno mental que não pode ser constatado, ou evidenciado, por exames físicos ou comportamentos estereotipados, estimula percepções equivocadas entre os familiares, que não conseguem apreender os sintomas comportamentais subjetivos. Essa "invisibilidade" do transtorno mental desperta sentimentos como desconfiança e descrédito por parte dos familiares que acabam limitando a convivência. Dessa forma, o ambiente familiar previsto como o principal ponto de apoio ao novo modelo de atendimento à saúde mental torna-se, na verdade, desconfortável e até hostil (MACHADO; SANTOS, 2012).

Nesses casos, há de se avaliar o esgotamento das tentativas de aproximação e resgate do vínculo, e se admitir que a insistência nessa aproximação, além de inócua, pode se tornar prejudicial à pessoa acometida por transtorno mental.

Confirmam-se, desse modo, as afirmações de Melman (2006), de que nem sempre o meio familiar é o mais indicado para uma pessoa com sofrimento mental; e de Rosa (2011), de que **a família não deve ser considerada como espaço obrigatório de inclusão**. Frente a essa situação de vulnerabilidade, é preciso reconhecer a importância das alternativas de inserção social que ultrapassam as fronteiras do contexto familiar. Ao se considerar que a família não é o único meio de incluir o

usuário na comunidade, novos tipos de relações podem ser reconstruídas e outras possibilidades vislumbradas, como as Residências Terapêuticas, o que aponta, por sua vez, para a necessidade social de se produzirem e multiplicarem projetos de moradia e sociabilidade (Rosa, 2011). (MACHADO; SANTOS, 2012, p. 803, **grifo nosso**)

A caracterização da família como o principal grupo de pertencimento e elo de mediação entre seus integrantes e o meio vizinho também deve ser compreendida como tendo limites. Há casos em que, por mais que se busquem alternativas de aproximação, não há aceitação da família em participar dos cuidados decorrentes da desinstitucionalização. Seja pela ausência de disponibilidade, financeira e/ou emocional, ou restrições territoriais; seja pela ausência de vínculo de uma ou ambas as partes - família e familiar com transtorno mental.

### 3.3 Políticas Familistas e a Sobrecarga do Familiar Cuidador

Apesar da organização do modelo familiar ter sofrido mudanças significativas ao longo dos anos, a sua responsabilidade pelo cuidado de seus membros permaneceu subentendida, até mesmo pelas legislações vigentes. Ao analisarmos a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990), verificamos em seu Art. 2º que "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.", porém o § 2º do referido artigo acrescenta que "O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade." (BRASIL, 1990, online<sup>29</sup>).

A participação da família na política de saúde mental foi desenhada por ideologias distintas. De um lado pelos movimentos reformistas que combatiam o modelo manicomial e demandavam novos modelos de intervenção social baseados no cuidado sociofamiliar e que resgatavam a cidadania do público atendido pelas políticas. De outro lado, as forças conservadoras neoliberais que defendem e promovem reformas para diminuir o gasto social e gerar oportunidades de prestação de serviços por instituições privadas e organizações não governamentais. Essa responsabilização da família é uma consequência da transferência gradual das funções de proteção social do Estado para outras instâncias privadas como o mercado e a sociedade, conforme preconizado pela doutrina neoliberal. Segundo Miotto (2008, *apud* MOSER; MULINARI, 2017, p. 7),

as políticas sociais brasileiras apresentam características voltadas à ótica do familismo, que nada mais é, do que a prestação mínima por parte do Estado de bem-estar, responsabilizando e sobrecarregando a família, a comunidade e a vizinhança. Ou seja, de acordo com o viés neoliberal, o familismo pressupõe que a promoção de

---

<sup>29</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

bem-estar deve ser viabilizada pelas famílias e demais redes privadas de proteção sem a participação do Estado.

A perspectiva familista delega às famílias a responsabilidade pelo bem-estar de seus membros, baseada em uma ideia central de que existem apenas dois meios considerados naturais para prover a assistência às necessidades dos indivíduos: a família e o mercado. O provimento de assistência por parte do Estado só deverá acontecer, de maneira limitada e provisória, quando estes meios naturais falharem – por insucesso e fracasso da família no provimento da sobrevivência e da socialização de seus membros ou quando não houver soluções ofertadas pelo mercado (MIOTO, 2010).

O fracasso das famílias é entendido como resultado da incapacidade de gerirem e otimizarem seus recursos, de desenvolverem adequadas estratégias de sobrevivência e de convivência, de mudar comportamentos e estilos de vida, de se articularem em redes de solidariedade e também de serem incapazes de se capacitarem para cumprir com as obrigações familiares. (MIOTO, 2010, p.170)

Dentro dessa perspectiva, os demandantes das políticas e programas sociais são vistos como sujeitos incapazes de acessar os meios produtivos, mas que, de alguma forma, devem estar inseridos nas relações socioeconômicas. Sendo assim, as políticas sociais são oferecidas basicamente, de forma compensatória, temporária e, alguns casos, de forma discriminatória, através de programas específicos de atendimento a grupos mais vulneráveis e segregados socialmente.

Caracterizam-se por assumir que esta situação de necessidade decorre de um problema de caráter do necessitado, razão pela qual a assistência é provida em condições que tentam parcialmente compensar falhas passadas e prevenir contra falhas futuras.

A natureza compensatória e punitiva destas medidas evidencia-se, por exemplo, na perda de outros direitos inerentes à condição de cidadania (no caso dos menores protegidos pelo Estado), ou em restrições de ordem simbólica tais como rituais de degradação, atestados de miséria, etc, a que são submetidas as famílias carentes. Esta condição política de cidadania invertida, em que o indivíduo entra em relação com o Estado no momento em que se reconhece como um não—cidadão, tem como atributos jurídicos e institucionais, respectivamente, a ausência de uma relação formalizada de direito ao benefício, o que se reflete na instabilidade das políticas assistenciais, além de uma base institucional que reproduz um modelo de voluntariado das organizações de caridade, mesmo quando exercidas em instituições estatais. (TEIXEIRA, 1985, p. 401)

A matricialidade familiar<sup>30</sup>, que atravessa também a política de saúde mental, reivindica os núcleos familiares como parceiros e corresponsáveis pelo cuidado da pessoa

---

<sup>30</sup> Matricialidade sociofamiliar: centralidade da família como núcleo fundamental para efetividade de todas as ações e serviços da Política Nacional de Assistência Social, conforme descrito na Política Nacional de Assistência Social – PNAS /2004, p. 41.

Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)

com transtorno mental sem proporcionar as condições mínimas para a boa atuação desses atores, consolidando o modelo familista de política social que devolve à família os encargos situados na esfera dos cuidados, antes assumidos pelo Estado. Segundo Rosa; Silva (2019, p. 213- 214):

É com as conquistas do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, cujo ideário na década de 1990 passa a orientar as políticas de saúde mental, que se identificam intensos deslocamentos nos lugares das famílias, qualificada como “parceira” (BRASIL, 2004a), tendo maior visibilidade de suas dinâmicas internas e o aumento das requisições externas, em termos de protagonismo social.

Mas, a condição de “parceira” da família emerge e ganha espaço em um momento em que o ideário neoliberal passa a orientar as políticas sociais no país, com crescente desinvestimento do Estado nos gastos sociais e crescente reprivatização das funções de proteção social no espaço deste grupo (TEIXEIRA, 2017).

O movimento da Reforma Psiquiátrica idealizou a modificação do modelo de assistência psiquiátrica, estimulando a inclusão das famílias no cuidado aos seus membros com transtorno mental. Porém, essa nova função traz desafios e dificuldades, especialmente no que se refere aos cuidados e à reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. Nas situações de doenças incapacitantes ou crônicas, como os transtornos mentais<sup>31</sup>, que levam o indivíduo à diminuição ou cessação da sua capacidade de desempenhar as atividades da vida diária, quase sempre é necessário o auxílio de um cuidador.

No contexto familiar, o cuidado pode ser realizado de duas formas: por um cuidador formal - pessoa remunerada, geralmente sem vínculo familiar, que é responsável pelo cuidado físico da pessoa doente, ou com deficiência, pela execução das atividades cotidianas, ou por uma pessoa da família que comumente fica responsável pelos cuidados diretos como medicação, alimentação, higiene pessoal, acompanhamento regular às consultas médicas, além de ser o suporte financeiro para todas as necessidades dessa pessoa e muitas vezes precisar administrar situações conflitantes que são fonte de tensão e sobrecarga física, emocional e material (BAPTISTA *et al*, 2012).

Muitas vezes o familiar não se sente preparado para esta função, mas como a decisão envolve todo o conjunto familiar, este influencia na decisão de quem vai cuidar, ou até impõe essa função a quem a família julgar mais apto ou disponível. Em outros casos, o familiar assume a função de cuidador por não existir outra opção dentro do núcleo familiar, nem fora dele. Assim, a imposição em ser cuidador pode gerar um alto nível de estresse, visto que ele não decidiu espontaneamente assumir a função. (BAPTISTA *et al*, 2012, p. 152)

---

<sup>31</sup> Segundo a Folha Informativa - Transtornos Mentais, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS Brasil), atualizada em abril de 2018:

"Entre os transtornos mentais, estão a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo."

Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839)

Não são incomuns as situações em que o cuidador principal, aquele que é responsável pela quase totalidade dos encargos e pelos trabalhos de rotina com o doente, fique sobrecarregado com a tarefa de cuidar e sofra perdas financeiras, negligência e abandono por parte dos demais familiares, pois, geralmente, os cuidadores secundários - aqueles que exercem funções ocasionais como ajuda econômica, transportes esporádicos, substituição temporária do cuidador principal, participam somente quando são insistentemente solicitados (BAPTISTA *et al*, 2012).

As dificuldades no “lidar cotidiano” constituem sempre uma demanda importante dos familiares cuidadores e a permanência da pessoa com transtorno mental na comunidade depende exatamente do potencial dos familiares cuidadores em se sentirem capazes de cuidar e também de contribuir na minimização ou desconstrução do estigma social. (SILVA; ROSA, 2014, p. 257)

O convívio prolongado com uma pessoa que apresente transtornos mentais, principalmente se esta apresenta constantes crises, causa desgastes de caráter físico, emocional e econômico. O nível de dependência do doente é um dos fatores que contribuem para gerar a sobrecarga física e mental, sendo esta diretamente proporcional ao grau de dependência daquele que é cuidado. A condição do familiar adoecido determinará as demandas, e quanto mais comprometida sua autonomia, maior será a complexidade das atividades requisitadas ao cuidador (BAPTISTA *et al*, 2012). Segundo Silva; Rosa, 2014, p. 256:

[...] cuidar na comunidade geralmente exige: a) a mediação da família, que passa a ter que conviver com o preconceito, que lhe é extensível; um manejo complexo, sobretudo nos cenários (agudização) de crise psiquiátrica, haja vista que nenhuma família está preparada para cuidar de uma pessoa com transtorno mental em seu meio (MELMAN, 2001), até porque a pedagogia hospiciocêntrica/hospitalocêntrica destitui a família como possuidora de um saber e provedora de cuidado, limitando-a a ser visita (muitas vezes, inconveniente) e informante, um recurso instrumental (ROSA, 2002), isto é, desresponsabilizando-a parcialmente do cuidado direto, que é assumido integralmente por “instituições totais” (GOFFMAN, 1992); b) ter que alterar rotinas no provimento de cuidado e destinar cuidadores leigos/cuidadores familiares, em um contexto de intensas mudanças sociodemográficas do grupo familiar, que se encontra em uma circunstância de vulnerabilidades crescentes, inclusive pelo aumento da violência urbana; c) atuar na desconstrução do estigma, que, social e historicamente, acompanhou a pessoa com transtorno mental, sob a presunção da periculosidade e incapacidade.

A questão de gênero<sup>32</sup>, como determinante de qual pessoa da família assumirá a responsabilidade pelo cuidado, também influencia o conjunto familiar na decisão sobre quem será o cuidador. O cuidado como responsabilidade da mulher é visto como natural, pois está inserido socialmente no papel de mãe. Sendo assim, a tarefa do cuidado é assumida pela

---

<sup>32</sup> Ao se falar em “questão de gênero” faz-se referência às atividades **culturalmente** atribuídas às mulheres – como cuidar da casa e dos filhos, e aos homens – como sustentar financeiramente a família.



mulher dentro da esfera doméstica, sendo transferida de geração a geração, mesmo que a mulher exerça um trabalho formal fora de casa (BAPTISTA *et al*, 2012).

Porém, muitas vezes também, a responsabilidade do cuidado é repassada às empregadas domésticas e às diaristas, “que são recrutadas para as tarefas domésticas, mas também são levadas a cuidar das pessoas idosas e das crianças da família.” (Hirata, 2016, p. 60). Segundo Passos (2014, p. 29):

Nesse caminho, Guimarães e Hirata (2011, p. 154) destacam que o trabalho do cuidado “têm sido tarefas exercidas por agentes subalternos e femininos, os quais (talvez por isso mesmo), no caso brasileiro, têm estado associados com a submissão, seja dos escravos (inicialmente), seja das mulheres, brancas ou negras (posteriormente).

É importante mencionar aqui a desvalorização do trabalho relacionado ao cuidado, também denominado trabalho de *care* ou *care work*, remanescente do cuidado de idosos, crianças, doentes e pessoas com deficiências físicas e mentais exercido durante muito tempo por mulheres, no interior do espaço doméstico, na esfera dita privada, realizado de forma gratuita e “por amor”. É paradigmática a associação das desigualdades de gênero, classe e raça neste território de mulheres, ou de pessoas cuja qualificação profissional é descaracterizada<sup>33</sup>, pois os cuidadores são majoritariamente mulheres, pobres, negras e, muitas vezes, migrantes (migração interna ou externa). Segundo Hirata (2016, p. 58):

A grande maioria das cuidadoras entrevistadas tanto em instituições de longa permanência de idosos quanto entre as cuidadoras em domicílio, eram negras ou pardas e evocaram situações de racismo, tanto em termos de violência verbal quanto de comportamentos racistas. A essas formas de racismo se acrescentam as situações de discriminação salarial por meio do não reconhecimento de suas qualificações.

De acordo com Passos (2016, p. 16), o *care* foi conceituado pelas pesquisadoras Helena Hirata e Daniéle Kergoat, que o localizaram na divisão sexual do trabalho, inscrito na divisão sociotécnica do trabalho contemporâneo:

Destacamos que, a partir do reconhecimento do trabalho doméstico e de cuidados como trabalho, Hirata e Kergoat (2007) identificam que, mesmo com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, as funções vinculadas à esfera reprodutiva continuam ligadas ao gênero feminino. As transformações no mundo do trabalho e a reestruturação produtiva possibilitaram a inserção feminina de forma contraditória, ou seja, as mulheres foram incorporadas de forma massiva no mercado de trabalho a partir da precarização, da flexibilização e da terceirização. Sendo que, ao mesmo tempo, não houve mudanças na distribuição das responsabilidades do trabalho doméstico e de *care* não remunerados. Ademais, essa contradição acionou as

<sup>33</sup> O número de enfermeiros(as) e de auxiliares de enfermagem que são recrutados e remunerados como “cuidadores(as)” é muito significativo no Brasil. A qualificação desses profissionais não é reconhecida. Podemos encontrar situações similares também na França e no Japão. Trata-se de uma prática de gestão para diminuir os custos salariais. Tenta-se obter, nas instituições de longa permanência de idosos, assalariados competentes e bem formados para o trabalho de “cuidador”. Sendo a formação para esse ofício muito precária no Brasil, os estabelecimentos preferem recrutar auxiliares ou técnicos de enfermagem com o segundo grau completo e mais um ou dois anos de formação para cuidar das pessoas idosas, oferecendo-lhes um salário de cuidador(a). (HIRATA, 2016, p. 58)

mulheres das classes mais subalternas para ocuparem o lugar de cuidadoras na esfera produtiva, através da mercantilização do trabalho de *care*. (PASSOS, 2016, p.17)

Os processos de desinstitucionalização psiquiátrica intensificaram o impacto dos transtornos psiquiátricos nos núcleos familiares, pois a assistência a pessoas com transtornos mentais, passou a ser baseada, predominantemente, em serviços extra-hospitalares. Essa mudança resultou em um maior envolvimento do cuidador familiar, que passou a ser o principal responsável pelos cuidados cotidianos, sem orientações efetivas dos serviços de saúde mental, necessárias ao papel de cuidador. Há a necessidade de inclusão dos cuidadores familiares na atenção dos profissionais de saúde, no sentido de apoiá-los, estar disponíveis para ajudar em intercorrências, disponibilizando recursos e orientação para que possam desenvolver as atividades relacionadas ao cuidado no domicílio. Segundo Batista, 2010, Introdução, “Os familiares carecem de esclarecimentos dos profissionais a respeito do transtorno psiquiátrico e de informações acerca de como lidar com os comportamentos problemáticos dos pacientes na vida cotidiana e como agir nos momentos de crise.”.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica e a implantação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), tanto a institucionalização prolongada quanto o isolamento do paciente de seus familiares e do seu meio social passaram a ser objeto de críticas, e sua superação tornou-se um dos objetivos das ações que visam à substituição do modelo asilar pelo comunitário. [...]

Essa mudança no modelo se mostrou extremamente rica para um tratamento humanizado, que prioriza a reabilitação psicossocial; entretanto, também revelou desafios importantes, especialmente no que diz respeito ao lugar e à função dos familiares na sustentabilidade do projeto psicossocial. A família, que, no modelo anterior, centrado no hospital, situava-se em total exterioridade ao processo de cuidado, passou a lidar mais direta e cotidianamente com o familiar portador de transtorno mental (DELGADO, 2014). O preparo, o conhecimento e até o suporte aos familiares por parte dos serviços comunitários ainda não foram suficientemente equacionados para dar conta da proposta da nova PNSM (BANDEIRA; BARROSO, 2005). (REIS *et al*, 2016, p. 71)

A Reforma Psiquiátrica ao delinear o movimento de desinstitucionalização atribuiu às famílias o papel de corresponsáveis pelo tratamento e cuidado à pessoa com transtorno mental, mas conjecturava o apoio e fortalecimento do Estado a estas famílias. Para que a tarefa do cuidado familiar possa ser assumida é fundamental que os serviços de assistência estejam preparados para atender as necessidades do núcleo familiar também como objeto do cuidado em saúde mental. De acordo com Silva; Rosa, 2014, p. 259:

Aos familiares das PCTM são direcionadas novas exigências e um maior comprometimento no provimento do cuidado doméstico e “comunitário”, sem que o Estado lhes ofereça suporte necessário para tanto, o que contraria os próprios princípios da Reforma Psiquiátrica, que se fundamenta no apoio e fortalecimento das famílias, pelo Estado, neste novo papel assumido por esta instituição, na forma de investimentos em educação, saúde, ampliação do protagonismo/control social,

ações de combate ao estigma comunitário, ausência que enseja o risco de **desresponsabilização estatal** na assistência e garantia de proteção. (**grifo nosso**)

Esse aspecto de desresponsabilização estatal é fundamentalmente determinado pelos pressupostos neoliberais que prescrevem a redução da atuação do Estado na intervenção social através da provisão de assistência. Conforme aponta Delgado, 2019, p. 3:

O neoliberalismo autoritário que tomou o poder do Estado tem sustentações sólidas nas forças armadas, nas corporações de mídia, em parte da opinião pública, em parte das organizações religiosas, no judiciário, no governo dos Estados Unidos, na inflexão conservadora que domina parte do planeta neste momento. Privatização do Estado, desmonte do projeto de bem-estar social, pauperização, concentração de renda, punitivismo, cerceamento de liberdades individuais, acirramento do ódio e da desigualdade, são componentes do contexto trágico que estamos vivendo.

Enquanto houver distanciamento do Estado em relação à necessidade de disponibilizar serviços de apoio aos familiares que, majoritariamente, se sentem impotentes para lidar com a situação de convivência com uma pessoa com transtorno mental, e que, muitas vezes, também estão envolvidos por vulnerabilidades relacionadas ao surgimento do transtorno mental e por condições precárias inerentes às suas condições de vida, os projetos de desinstitucionalização tendem a se perder nas reinternações ou na cronificação dos atendimentos extra-hospitalares, enquanto o hospital psiquiátrico se mantém como centro da assistência à saúde mental, “o que reflete diretamente na principal instituição organizativa da vida social: a família” (SILVA; ROSA, 2014, p. 259).

A família não está limitada a ser uma construção privada, ela também é pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. Assim como a família se constrói e reconstrói ao longo da história, cotidianamente ela vai se construindo e reconstruindo através das relações que estabelece entre seus membros e entre estes e outras esferas da sociedade, como o Estado e o mercado, por exemplo. “E, nesse contexto, pode-se dizer que é a família que “cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser um “refúgio num mundo sem coração” é atravessada pela questão social” (MIOTO, CAMPOS, LIMA, 2004, Apud MIOTO, 2010, p. 168). Tendo em vista estas considerações é necessário, dentro de uma perspectiva idealizada e utópica, que haja suporte social, financeiro e também psicológico, preferencialmente oferecido pelo Estado, para que a família participe de forma efetiva no processo de desinstitucionalização.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate sobre saúde mental no Brasil não é algo recente. Desde os anos 1970 a Reforma Psiquiátrica brasileira discute os modelos de atenção em saúde mental e reivindica mudanças significativas nas relações de cuidado presentes nas instituições de saúde, na família e na comunidade. É fundamental nos remetermos à influência de Franco Basaglia, através de sua produção teórica e das práticas da psiquiatria democrática italiana. O ponto central desta discussão é a desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização. Segundo Amarante (1995, p. 493-494), “Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades.”.

O movimento da Reforma Psiquiátrica moveu a prática centrada no modelo hospitalocêntrico da assistência em saúde mental para os serviços substitutivos, enfatizando uma atenção humanizada baseada em estruturas comunitárias abertas que acolhessem o indivíduo respeitando a sua singularidade e buscando sua recuperação, sem retirá-lo do convívio social e familiar. Entretanto, apesar do ideário da Reforma Psiquiátrica balizar muitos dos serviços de atenção em saúde mental, há a necessidade constante de (re)avaliar as práticas em curso para que estas, ao longo do tempo, continuem correspondendo aos parâmetros idealizados. É certo que existem princípios orientadores gerais, mas estes, em última análise, estão subordinados aos cenários específicos onde ocorrem as práticas, que são executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental.

Sem esta revisão crítica, dispositivos que trabalham no contexto da Reforma Psiquiátrica como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial que devem constituir-se como lugares de passagem, podem encaminhar-se para a institucionalização. Além disso, o atendimento ideal nesses dispositivos deveria transcender a centralização das ações no modelo biomédico<sup>34</sup> e adotar uma abordagem interligada de tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos individualizados.

---

<sup>34</sup> a) O **modelo biomédico** de doença e cura se concentra em fatores puramente biológicos e exclui as influências psicológicas, ambientais e sociais.[...]De acordo com este modelo, a boa saúde é a ausência de dor, doença ou defeito. Ele se concentra em processos físicos que afetam a saúde, como a bioquímica, a fisiologia e a patologia de uma condição.[...]Neste modelo, cada doença tem uma causa subjacente e, uma vez que essa causa é removida, o paciente será saudável novamente.

Disponível em: <https://www.portalsaofrancisco.com.br/biologia/modelo-biomedico>.

b) Segundo Costa (2013), ainda hoje nos consultórios médicos ou no SUS, o modelo biomédico é um determinante na atenção à saúde observada no trato do médico com o paciente, por meio da forma com que conduz uma entrevista ou análise clínica, tendo como alvo os sintomas e a consequência deles. Por isso, o médico centrado no modelo biomédico, faz perguntas aos seus pacientes do tipo: o que você está sentindo? Com

Essas mudanças no modelo de assistência trouxeram também a necessidade de uma abordagem do paciente com transtorno mental que não perdesse de vista suas referências sociais e culturais bem como de seus familiares, da comunidade em geral e até mesmo de outros profissionais envolvidos no acompanhamento de seu tratamento. Esse novo conceito de abordagem ampliou o espaço de atuação do assistente social na área de saúde mental devido a sua formação baseada no estudo da realidade social brasileira que o torna capaz de desenvolver um pensamento crítico e reflexivo para entender diversas situações. Sendo assim, ao atuar diretamente com os familiares, torna-se capaz de entrever questões sociais relacionadas aos transtornos mentais sem perder de vista as dimensões biológica e psíquica. Segundo Soares, 2006, p. 36:

As atividades realizadas por esse profissional permitem que ele possa detectar questões importantes para o processo de reabilitação, questões estas que podem estar ligadas à família, ao meio social na qual vive ou ao próprio transtorno mental.

Decorridos quase cinquenta anos do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e vinte e um anos após a aprovação da Lei n. 10.216, em 06 de abril de 2011, que representa sua consolidação, o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental possibilitou o deslocamento de recursos para modalidades alternativas à internação psiquiátrica e a criação de serviços substitutivos dentre eles: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a rede de atenção à saúde mental (RAPS), as Residências Terapêuticas (RTs), o Programa de Volta para Casa (PVC). Porém, se por um lado houve avanços importantes na assistência em saúde mental no Brasil, por outro, esses avanços não conseguiram se concretizar pela falta de recursos inerente a falta de vontade política. A interrupção do processo democrático no país com a deposição da presidenta Dilma Rousseff em 2016 acarretou uma reorientação radical das políticas sociais. Neste mesmo ano o Presidente Michel Temer apresentou a PEC 241/16, que posteriormente tornou-se a Emenda Constitucional 95/2016, determinando o congelamento por 20 anos dos recursos destinados a diversas políticas sociais, entre as quais o SUS. Iniciou-se um período, agravado nos anos seguintes, de redução dramática do já insuficiente financiamento do sistema público de saúde.

Mediante as considerações anteriores é importante perguntar: a Reforma Psiquiátrica brasileira ainda é possível?

Sim! Basaglia (1979) dizia que “o importante é que já demonstramos que o impossível pode se tornar possível”. Hoje já sabemos que é possível substituir o tratamento manicomial.

---

certeza algo importante de questionar, mas não há preocupação com a subjetividade do paciente, apenas seus males físicos.

Disponível em: <https://spicologos.com/tag/modelo-biomedico/>.

Certamente a falta de investimentos suficientes em Saúde Mental por questões políticas, a precarização do trabalho, a ausência de capacitação profissional e práticas inadequadas continuarão sendo empecilhos para que os equipamentos de atendimento em saúde mental atuem alinhados com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Talvez os hospitais psiquiátricos, hospícios, voltem a ser mais confinantes do que antes e as práticas sofram retrocessos inimagináveis, como se vislumbra neste momento sociopolítico atual, mas já foi visto que é possível cuidar da loucura de outro modo e apegar-se a isso é fundamental. Mesmo que se prolongue o hiato que a Reforma Psiquiátrica sofre, já sabemos agora o que se pode fazer. Isto é o que nos fortalecerá. A luta pela Reforma Psiquiátrica (ainda) é urgente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/26358739\\_Novos\\_sujeitos\\_novos\\_direitos\\_o\\_debate\\_em\\_torno\\_da\\_reforma\\_psiquiatrica](https://www.researchgate.net/publication/26358739_Novos_sujeitos_novos_direitos_o_debate_em_torno_da_reforma_psiquiatrica). Acesso em: março 2022.

ANDRADE, RO. **Aos loucos, o hospício**. Pesquisa Fapesp. Edição 263. jan. 2018. Online. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/2018/01/16/aos-loucos-o-hospicio/>. Acesso em: janeiro 2020.

ARAÚJO, MF. **Família, Modernização Capitalista e Democracia: retomando alguns marcos do antigo debate sobre as transformações da família no Brasil**. Tempo e Argumento - Revista do Programa de Pós-Graduação em História, Florianópolis, v.3, n.1, p. 180-198, jan/jun. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180303012011180>. Acesso em: fevereiro 2020.

BANDERA, V. **Modernização capitalista e medicina social**. Cadernos Zygmunt Bauman. Universidade Federal do Maranhão. v.4, n.7, 2014. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/bauman/issue/view/196/showToc>. Acesso em: dezembro 2019.

BAPTISTA, BO et al. **A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2012 mar; 33(1):147-56. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100020&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100020&script=sci_arttext). Acesso em: setembro 2018.

BASAGLIA, F. **A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização**. In: AMARANTE, P. (org.). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2010

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates; 1979.

BATISTA, CMF. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador.** Trabalho de qualificação, Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei, PPGPSI-UFSJ, 2010. Disponível em: [https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Projeto%20%20Cynthia%20sobrecarga%20e%20genero%20ultima%20versao%20\(1\).pdf](https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Projeto%20%20Cynthia%20sobrecarga%20e%20genero%20ultima%20versao%20(1).pdf). Acesso em: junho 2020.

BONGIOVANNI, J; SILVA, RAN. **Desafios da Desinstitucionalização no Contexto dos Serviços Substitutivos de Saúde Mental.** Psicologia & Sociedade, Belo Horizonte, v. 31, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822019000100204&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822019000100204&script=sci_arttext). Acesso em: janeiro 2020.

BRANDÃO, B; CARVALHO, J. **Comunidade Terapêutica democrática ou nova racionalização de operação do poder psiquiátrico: referências históricas de sua emergência.** Revista Ingesta, São Paulo, v 1, n 1, mar. 2019. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistaingesta/article/view/151759/151750>. Acesso em: janeiro 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS /2004 – Norma Operacional Básica NOB/SUAS.** Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em: novembro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-452733?lang=pt>. Acesso em: maio 2020.



BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **HOSPÍCIO DE PEDRO II - da construção a desconstrução**. Sem data. Online. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/index.php>. Acesso em: janeiro 2020.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012.

CASTANHO, MAB. **A Família nas Constituições Brasileiras**. Argumenta: Revista do Programa de Mestrado em Ciência Jurídica, Universidade Estadual do Norte do Paraná - UENP, Jacarezinho, n.17, julho/dezembro, p. 181-204, 2012. Disponível em: <http://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/issue/view/17>. Acesso em: fevereiro 2020.

COLLETI, M. et al. **A Reforma Psiquiátrica e o Papel da Família no Restabelecimento de Um Sujeito Psicótico**. Revista da SPAGESP, 15(1), 123-135, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702014000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100010). Acesso em: maio 2020.

CUNHA, MA. **O conceito de família e sua evolução histórica**. Portal Jurídico Investidura, Florianópolis/SC, 27 Set. 2010. Disponível em: [investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/historia-do-direito/170332-o-conceito-de-familia-e-sua-evolucao-historica](http://investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/historia-do-direito/170332-o-conceito-de-familia-e-sua-evolucao-historica). Acesso em: fevereiro de 2020.

DAMAS, FB. **Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social**. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, v.6, n.1, p. 50-65, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/173>. Acesso em: fevereiro 2020.

DEL CONT, V. Francis Galton: eugenia e hereditariedade. Scientiae Studia, vol.6, no.2, São Paulo, Apr./June 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-31662008000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662008000200004). Acesso em: fevereiro 2020.

DELGADO, PG. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. Trabalho, Educação e Saúde, vol. 17, no. 2, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000200200](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200). Acesso em: dezembro 2020.

DIAS, MK. **Centros de Atenção Psicossocial: Do Modelo Institucional à Experiência Social da Doença**. 2007. 251 f. Tese Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2007. Disponível em: [http://taurus.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/280460/1/Dias\\_MarceloKimati\\_D.pdf](http://taurus.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/280460/1/Dias_MarceloKimati_D.pdf). Acesso em: janeiro 2020.

DIMENSTEIN, M et al. **Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [ 4 ]: 1209-1226, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400008](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400008). Acesso em: maio 2020.

ELOIA, SC *et al.* **Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-1007, out – dez 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0996.pdf>. Acesso em: novembro 2020.

FERNANDES, MA; MARREIROS, GA; IBIAPINA, ARS. **As multifaces da desinstitucionalização psiquiátrica: percepção dos familiares**. Revista Interdisciplinar, v. 9, n. 4, p. 105-113, out. nov. dez. 2016. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/947>. Acesso em: fevereiro 2020.

FERREIRA, JT et al. **Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental**. Revista Saberes, Rolim de Moura, vol. 4, n. 1, jan./jun., p. 72-86, 2016. Disponível em: <https://facsapaulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed5/7.pdf>. Acesso em: janeiro 2020.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. Copyright © Éditions Gallimard, 1972. Disponível em: <http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf>. Acesso em: agosto 2019.

\_\_\_\_\_. **Doença mental e psicologia**. Trad. Lilian Rose Shalders. Coleção Biblioteca Tempo Universitário. Vol. 11. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. Disponível em: <http://escolanomade.org/wp-content/downloads/foucault-doenca-mental-e-psicologia.pdf>. Acesso em: dezembro 2019.

FURTADO, JP et al. **A concepção de território na Saúde Mental**. Cadernos de Saúde Pública, vol. 32, n. 9, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000902001&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000902001&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: janeiro 2020.

GOMES, TB; SANTOS, JBF. **Dilemas e Vicissitudes de Famílias em Situação de Vulnerabilidade Social no Contexto da Desinstitucionalização Psiquiátrica**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [1]: 271-287, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00271.pdf>. Acesso em: novembro 2020.

GONÇALVES, AM; SENA, RR. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2001 março; 9(2): 48-55. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692001000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692001000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: maio 2019.

HIRATA, H. **O Trabalho de Cuidado Comparando Brasil, França e Japão**. • SUR 24 - v.13 n.24 • 53 - 64 | 2016. Disponível em: <https://www.sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/5-sur-24-por-helena-hirata.pdf>. Acesso em: novembro 2020.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):297-305, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100036](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036). Acesso em: maio 2019.

LAKI, ACM. **A reforma psiquiátrica brasileira e italiana: um relato de experiência**. 2017. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Residência em Saúde Mental e Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2017. Disponível em: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2017/page/tcc\\_ana\\_carolina\\_de\\_m.\\_laki\\_0.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2017/page/tcc_ana_carolina_de_m._laki_0.pdf). Acesso em: fevereiro 2020.

LEAL, EM; DELGADO, PGG. **Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização**. In: PINHEIRO et al. (orgs.). Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 1

ed., 2007. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-saude-mental.pdf>. Acesso em: setembro 2019.

MACHADO, VC; SANTOS MA. **O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu), vol.16, n.42, p. 793-806, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300016&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: maio 2020.

MIELKE, FB et al. **A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão**. Revista Eletrônica de Enfermagem (UFG), out/dez, 12(4):761-5, 2010. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n4/v12n4a23.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a23.htm). Acesso em: maio 2020.

MIOTO, RC. **Família, trabalho com famílias e Serviço Social**. Serviço Social em Revista, Londrina, V. 12, n.2, p. 163-176, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584>. Acesso em: maio 2020

MORENO, V. **Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 566-572, set. 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000300010](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300010). Acesso em: maio 2020.

MOSER, L; MULINARI, BAP. **Proteção social e família: o caráter familista da política social no Brasil**. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 23 a 25 de outubro de 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180134/101\\_00049.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180134/101_00049.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: abril 2020.

NETTO, JP. **Pequena História da Ditadura Brasileira (1964 - 1985)**. São Paulo: Cortez, 2014.

ODA, AMGR; DALGALARRONDO, P. **O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 128-141, Mar. 2004. Disponível

em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142004000100128](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000100128).

Acesso em: janeiro 2020.

OLIVEIRA, NHD. **Recomeçar: família, filhos e desafios**. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”. Franca, São Paulo, 2009.

Disponível em: [https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/tese\\_nayara\\_pdf.pdf](https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/tese_nayara_pdf.pdf). Acesso em: novembro 2020.

OLIVEIRA, E; SZAPIRO, A. **Porque a Reforma Psiquiátrica é possível**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 44, N. ESPECIAL 3, P. 15-20, OUTUBRO 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MBbTXqFD5grtZ953Cy7xBsm/?lang=pt#:~:text=O%20in%C3%ADcio%20do%20processo%20de,e%20usu%C3%A1rios%20dos%20servi%C3%A7os%20de>. Acesso em: abril 2022.

PAIVA, CHA; TEIXEIRA, LA. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: janeiro 2020.

PANDE, MNR; AMARANTE, PDC. **Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão**. Ciência e Saúde Coletiva, 16(4): 2067-2076, 2011. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n4/2067-2076/pt>. Acesso em: fevereiro 2020.

PASSOS, RG. **Novas Configurações Do “Care” no Brasil: Um Olhar Para As Mulheres No Campo Da Saúde Mental**. Temporalis, Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 13-37, jul./dez. 2014. Disponível em:

<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/6405>. Acesso em: novembro 2020.

\_\_\_\_\_. **Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino**. Tese de doutorado apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2016. Disponível em:

<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/19193/2/Rachel%20Gouveia%20Passos.pdf>. Acesso em: novembro 2020.

PASTORINI, A. **A Categoria “Questão Social” em Debate**. São Paulo, Cortez, 2004.

PINHO, LB; HERNÁNDEZ, AMB; KANTORSKI, LB. **Serviços Substitutivos de Saúde Mental e Inclusão no Território: Contradições e Potencialidades**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2010, Jan/Mar, 9(1): 28-35. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6824>. Acesso em: janeiro 2020.

PORTOCARRERO, V. **Parte I - A teoria psiquiátrica no Brasil: nova configuração nas primeiras décadas do século XX 1. Da doença mental à anormalidade**. In: *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152 p. *Loucura & Civilização collection*, v.4.

PRAZERES, PS; MIRANDA, PSC. **Serviço Substitutivo e Hospital Psiquiátrico: Convivência e Luta**. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2005, 25 (2), 198-211. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000200004). Acesso em: fevereiro 2020.

QUEBRA, SCF; CHAVES, E. **A loucura entre a Psiquiatria e a sua Reforma: uma relação de continuidade**. In: *Clínica & Cultura*. Universidade Federal de Sergipe, v. 4, n. 2. 2015. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/issue/view/457/showToc>. Acesso em: dezembro 2019.

REIS, TL et al. **Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial**. *Saúde Debate* Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85 abr - jun 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00070.pdf>. Acesso em: novembro de 2020.

RIBEIRO, SL. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, Sept. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012). Acesso em: fevereiro 2020.

RIBEIRO, FML; MINAYO, MCS. **As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.19, no.54, Botucatu, July/Sept. 2015. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000300515](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300515). Acesso em: abril 2020.

ROBAINA, CMV. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282010000200008](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200008). Acesso em: abril 2020.

RODRIGUEZ, BC; GOMES, IC; OLIVEIRA, DP. **Família e nomeação na contemporaneidade: Uma reflexão psicanalítica**. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v. 8, n.1, p. 135-150, jun. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072017000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072017000100009). Acesso em: fevereiro 2020.

ROSA, LCS. **A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/232>. Acesso em: março 2020.

ROSA, LCS; SILVA, EKB. **Família na política brasileira de saúde mental, álcool e outras drogas**. SER Social, Brasília, V. 21, n. 44, janeiro a junho de 2019. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/2349](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/2349). Acesso em: abril 2020.

SANT'ANA, MM et al. **O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 50-8. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100006). Acesso em: abril 2020.

SEINO, E; ALGARVE, G; GOBBO, JC. **Abertura Política e Redemocratização Brasileira: entre o moderno-conservador e uma nova "sociedade civil"**. Sem Aspas, Araraquara, v. 2, n. 1, 2, p. 31-42, 2013. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/semaspas/article/view/6922>. Acesso em: janeiro 2020.

SEIXAS, AAA; MOTA, A; ZILBREMANN, ML. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico**. Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul, vol. 31, nº 1, Porto Alegre, 2009. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082009000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000100015). Acesso em: setembro 2019.

SILVA, EKB; ROSA, LCS. **Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?**. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802014000200252&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802014000200252&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: maio 2019.

SOARES, AO. **Serviço Social e saúde mental: a formação de uma prática ou uma prática em formação?** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=9543@1>. Acesso em março 2022.

TEIXEIRA, MOL. **Pinel e o nascimento do alienismo**. Estudos & Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, Maio a Agosto de 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/issue/view/2154>. Acesso em: dezembro 2019.

\_\_\_\_\_ ; RAMOS, FAC. **As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, Jun. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142012000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000200011). Acesso em: janeiro 2020.

TEIXEIRA, SMF. **Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social**. Caderno de Saúde Pública, R.J., 1(4): 400-417, out/dez, 1985. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1985000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1985000400002). Acesso em: janeiro 2021.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos**. In: História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1): 25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: outubro 2019.

TENÓRIO, GR; ZAGABRIA, DB. **Um estudo bibliográfico sobre o enfoque da família nas políticas públicas de atenção a criança e adolescentes**. Serviço Social em Revista, Londrina, v. 15, n.1, p. 137-165, jul./dez. 2012. Disponível em:



<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/13696>. Acesso em: novembro 2020.

VENANCIO, ATA. **A Construção Social da Pessoa e a Psiquiatria: Do Alienismo à "Nova Psiquiatria"**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 117-136, 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311993000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311993000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: janeiro 2020.

VIEIRA, AFS. **O pluralismo das entidades familiares: estudo sobre a evolução do conceito de direito das famílias e a proposta do Estatuto da Família (Projeto de Lei n.º 6.583/2013)**. Publicado em 01/2020. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/79073/o-pluralismo-das-entidades-familiares-estudo-sobre-a-evolucao-do-conceito-de-direito-das-familias-e-a-proposta-do-estatuto-da-familia-projeto-de-lei-n-6-583-2013>. Acesso em: abril 2020.

VIEIRA, CB. **A Responsabilidade Civil Por Abandono Afetivo**. Rio de Janeiro: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [https://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/rcursodeespecializacao\\_latosensu/direito\\_do\\_consumidor\\_e\\_responsabilidade\\_civil/edicoes/n1novembro2012/pdf/CamilaVieira.pdf](https://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/rcursodeespecializacao_latosensu/direito_do_consumidor_e_responsabilidade_civil/edicoes/n1novembro2012/pdf/CamilaVieira.pdf). Acesso em: novembro 2020.