



UFRJ

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

Luana Martins Silva

**LOUCURA NÃO SE PRENDE, MAS SE ASSISTE:  
TRAJETÓRIAS DE USUÁRIOS/AS DA SAÚDE MENTAL E (IM)POSSIBILIDADES  
DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CENÁRIO ATUAL**

Rio de Janeiro  
Agosto de 2022

LUANA MARTINS SILVA

**LOUCURA NÃO SE PRENDE, MAS SE ASSISTE:**

**TRAJETÓRIAS DE USUÁRIOS/AS DA SAÚDE MENTAL E (IM)POSSIBILIDADES  
DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CENÁRIO ATUAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação do Professor Dr. Guilherme de Almeida.

Rio de Janeiro  
Agosto de 2022

Luana Martins Silva

**LOUCURA NÃO SE PRENDE, MAS SE ASSISTE:  
TRAJETÓRIAS DE USUÁRIOS/AS DA SAÚDE MENTAL E (IM)POSSIBILIDADES  
DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CENÁRIO ATUAL**

Rio de Janeiro/RJ, aprovado em \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida

(Orientador-UFRJ)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Alejandra Pastorini Corleto

(ESS-UFRJ)

---

Prof. Dr.<sup>a</sup>. Débora Holanda Leite Menezes

(ESS-UFRJ)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha mãe Lucia, que é meu exemplo de garra e força e o motivo de minhas conquistas e dedicações. Obrigada por todo amor, atenção e zelo. Amor que que não se mede.

À minha tia Ivonete, meus primos Mariah e David, que estão sempre vibrando por mim. A todos os meus familiares, tios e tias, primos e primas, que contribuíram para minha trajetória. À minha avó Filomena e meu primo Ednaldo, sinto falta de vocês diariamente.

Aos meus padrinhos Maria de Fátima Sales e Frederico dos Anjos, minha referência de perseverança e fé. Obrigada por todo incentivo, apoio e acolhimento desde o dia de meu nascimento.

Aos meus amigos e amigas, que são minha referência de amizade e de apoio, que compartilham os melhores e piores momentos ao meu lado. Sempre terão um lugar especial em meu coração.

Ao Raphael Brandão, meu grande companheiro. Obrigada pelo que estamos construindo. Obrigada à sua família, que sempre me apoiou.

Aos meus professores e coordenadores de pesquisa, projeto de extensão e disciplinas durante todo o percurso da graduação de Serviço Social, que contribuíram muito para meu conhecimento adquirido e toda minha formação acadêmica. A todos os servidores e operadores, que contribuem para a faculdade funcionar.

Às minhas amigas da graduação, por todos os conhecimentos divididos, as correrias de final de período e os momentos compartilhados. Em especial, à Carolina Batista, uma grande amiga que a graduação me deu.

À minha supervisora de estágio Geisely Cristina Santos, por todo aprendizado e conhecimento de novas estratégias e ações no âmbito da intervenção, que ampliou meu entusiasmo em relação a área da saúde mental e se tornou uma pessoa muito querida. Às minhas colegas de estágio Esther e Valkiria, pela amizade construída.

Ao meu professor e orientador Guilherme de Almeida, com quem aprendi muito, para além da sala de aula, por quem sempre terei um grande apreço. Obrigada pela disponibilidade,

atenção e por ter compartilhado diversos momentos comigo ao longo desses anos, de anseios ou felicidades.

Àqueles que passaram e permaneceram, que de alguma forma contribuíram para meu desenvolvimento pessoal e acadêmico. Obrigada pela força, ajuda e encorajamento em meio a tantos desafios e por toda a felicidade compartilhada nos momentos de alegria.

À Universidade Federal do Rio de Janeiro e ao curso de graduação em Serviço Social, meu muito obrigada!

*Aprendi muito com os loucos, e isso vem atrapalhar um pouco o conceito de razão. Fala-se na fonte da sabedoria e na fonte da loucura, mas elas não são duas. Não há fontes separadas, está tudo muito próximo. De vez em quando uma pessoa ajuizadíssima comete um ato de loucura que, felizmente, diz muito a ela própria sobre sua forma de viver.*

Nise da Silveira

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objeto de pesquisa a desinstitucionalização em saúde mental. Apresenta como objetivo central discutir a efetividade do processo de desinstitucionalização de usuários/as com internação de média e longa permanência através da realidade do IPUB/UFRJ, diante dos limites e possibilidades apresentados pelos serviços e dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro. Para atingir tal objetivo foi utilizado um instrumental teórico-metodológico, a partir de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, bem como levantamento bibliográfico e análise documental acerca do tema e pesquisa de campo, desenvolvida através da coleta de dados de prontuários da instituição. Destaca-se como resultado a efetividade da implementação e da aplicação do processo de desinstitucionalização. Entretanto, aponta algumas questões referentes às alterações no arcabouço normativo da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que podem ser consideradas como uma nova lógica institucionalizante.

**Palavras-chaves:** Saúde mental; desinstitucionalização; Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Rede de Atenção Psicossocial; intersetorialidade.

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva  
ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental  
ACSs – Agentes Comunitários de Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CCCTs – Centros de Convivência, Cultura e Trabalho  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental  
CPRJ – Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro  
CTs – Comunidades Terapêuticas  
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental  
IMPP – Instituto Municipal Philippe Pinel  
MEC – Ministério da Educação  
MLA – Movimento da Luta Antimanicomial  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial  
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
OPAS/OMS – Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNAD – Política de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Drogas  
PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria  
PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
PVC – Programa De Volta Para Casa  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RAS – Serviço de Atendimento Atenção à Saúde  
RJ – Rio de Janeiro  
SAMU – Serviço de Atenção Móvel de Urgência  
SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho  
SP – São Paulo  
SRTs – Serviços Residenciais Terapêuticos



SUS – Sistema Único de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde (SUS)

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

Apresentação.....	1
1. Capítulo 1: Política de saúde mental e a emergência do paradigma da desinstitucionalização .....	5
1.1 Mudanças históricas na assistência à saúde mental.....	6
1.2 A emergência do paradigma da desinstitucionalização .....	16
2. Capítulo 2: possibilidades e limites da desinstitucionalização .....	21
2.1 Trajetória da política de assistência à saúde mental no Brasil.....	22
2.2 Mudanças da política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica e a importância do paradigma da desinstitucionalização na realidade brasileira .....	25
2.3 Mudanças recentes na política de saúde mental: arcabouço legislativo, normativo e práticas.....	29
3. Capítulo 3: Trajetórias de usuários/as da saúde mental acompanhados no IPUB/UFRJ: os percalços da desinstitucionalização .....	33
3.1 A rede socioassistencial em saúde mental no estado do Rio de Janeiro.....	34
3.2. O IPUB/UFRJ e suas características.....	40
3.3. A população usuária do IPUB/UFRJ.....	43
3.4 Limites e possibilidades da desinstitucionalização diante da realidade do IPUB/UFRJ .....	49
Considerações Finais .....	55
Referências.....	58

## Apresentação

Robert Castel, na obra “A ordem psiquiátrica” (1978), aponta que o surgimento da instituição psiquiátrica se baseou fundamentalmente na sequestração do louco de seu exercício de cidadania, mediante aquilo que se denominou, na prática pineliana, “isolamento terapêutico” (QUINTELLA, FERREIRA E AMARAL, 2013). O isolamento terapêutico e o tratamento moral eram o princípio do modelo manicomial, que excluía todos aqueles que eram considerados “anormais” para manutenção da ordem na época, todos colocados à margem da sociedade. Naquele momento, o objeto de intervenção era a doença e não compreendiam o sujeito em sua totalidade, o que culminou na alienação do sujeito em relação à sociedade e o domínio e poder sobre seus corpos:

O Manicômio, ao produzir a ideia de cura, se torna paradoxalmente o próprio avesso desta, e não poderia ser diferente. Não simplesmente porque as condições desumanas se instauraram nos manicômios, produzindo a cronificação do sofrimento. Esta percepção aterradora é real, contudo, há algo que diz respeito ao próprio paradigma psiquiátrico como um espaço zero de troca, como afirmou Rotelli (1990) que caracteriza essa instituição. Mais do que isso, diz respeito a dominação dos corpos para além da própria loucura como afirmou Foucault (1973-1974/2010) (QUINTELLA, 2018, p. 29).

É sabido que, a partir da estruturação e implementação inicial da Rede de Atenção Psicossocial, após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, destacou-se o processo de desinstitucionalização como fundamental para reconstrução da cidadania e acompanhamento terapêutico em seu território. Torna-se imprescindível o trabalho e ação com o objetivo de desenvolver a autonomia e a cidadania do sujeito:

Nesse sentido, deve desinstitucionalizar de fato e de direito. Caso as práticas em saúde mental não se atentem para o fundamento de sua proposta, podem cair em meros paliativos, correndo o risco de apenas substituir o isolamento institucional por um modo diverso de exercício de poder disciplinar nas sociedades atuais, apenas adiando uma retomada possível do processo de institucionalização (QUINTELLA *et al.*, 2013:279)

Birman (1992) citado por Amarante (2018, p. 2070), observou que o que estava “em pauta de maneira decisiva é delinear um outro lugar social para a loucura em nossa tradição cultural”. O que diz respeito a novas estratégias e equipamentos políticos, econômicos, culturais e sociais, não apenas clínicos e terapêuticos. A partir desse momento, os/as usuários/as e suas famílias são convidados à participação social para construção de políticas públicas, desenvolvimento e articulação de serviços, conselhos, fóruns e conferências, enquanto sujeitos do movimento antimanicomial.

Dessa forma, a presente pesquisa intitulada “Loucura não se prende, mas se assiste: trajetórias de usuários/as da saúde mental e (im)possibilidades de desinstitucionalização no cenário atual” busca tratar a temática sobre o fenômeno da loucura e como novos olhares sobre a mesma revolucionaram a psiquiatria no mundo e no país, deram origem ao que hoje conhecemos como Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Mais especificamente, este trabalho buscou apresentar o processo de desinstitucionalização de usuários/as com média e longa permanência internados/as no IPUB/UFRJ. Este é um tema relevante para os/as profissionais e demais operadores/as da política de Saúde Mental, para os/as usuários/as e familiares que utilizam os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e para todas as pessoas envolvidas com o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), tendo em vista os desafios postos pelo processo de desinstitucionalização, que acontece de forma intersetorial e articulado com outros serviços que compõem a rede, executados por diversos/as profissionais de diferentes áreas de atuação. A esse respeito, Bravo (2001 apud APPEL, 2017, p. 7) afirma que

Os desafios postos aos profissionais, em especial os Assistentes Sociais, estão assentados com base nas principais diretrizes: da intersetorialidade; da interdisciplinaridade de atuação em equipe; de cooperação de ensino e atenção entre os profissionais que atuam no campo da Saúde Mental, trocando informações e saberes; de gestão, no viés de coordenação de instrumentos de trabalhos precários, sem o subsídio suficiente para dar suporte ao melhor atendimento para com os usuários; de controle social e o processo contemporâneo de desinstitucionalização, com um viés mais humanizado não tão focado somente na patologia dos usuários.

Para além desta discussão, torna-se relevante também pelo fato de o debate pôr em discussão alguns aspectos das mudanças realizadas na Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, ao longo dos últimos 30 anos.

No meu sétimo período da graduação, foi possível a inserção no campo de estágio do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ. O estágio foi uma prática enriquecedora, disponibilizou uma experiência singular, com suas diversas particularidades, onde pude aprofundar meus conhecimentos acerca do tema e desenvolver junto à equipe novas estratégias de intervenção, bem como de atuação, me preparando para, futuramente, ingressar no campo profissional.

O trabalho com usuários/as em sofrimento psíquico permite diferentes desdobramentos estratégicos e técnicos no âmbito da intervenção, do diálogo e da ação, que despertaram meu olhar para casos de usuários/as com média e longa internação. Através de um diálogo com a

supervisora de campo foi possível identificar casos usuários/as que estiveram institucionalizados/as com característica de média e longa permanência, em que foram realizadas diferentes estratégias de intervenção, no âmbito da dimensão técnico-operativa. Sendo assim, prontuários foram analisados e estudados, junto às anotações que já estavam inseridas no diário de campo de prática de estágio. De forma prática, houve uma coleta de dados em sua totalidade e a partir da coleta, foram realizadas breves discussões com a supervisora de campo para compor a trajetória dos/as usuários/as e obter maiores atualizações sobre os casos, bem como as diferentes estratégias desenvolvidas para compor o processo de desinstitucionalização.

A partir da atuação com usuários/as no campo de estágio, foi possível identificar diferentes perfis que compunham o quadro de internos/as da instituição, bem como suas diferentes trajetórias, possibilidades de encaminhamento e continuação do tratamento em diversos serviços que compõem a RAPS. Foi possível observar também casos de usuários/as que se encontravam internados/as na instituição novamente, nos quais buscava-se desenvolver um novo trabalho interprofissional com novas estratégias.

Essa experiência de estágio foi determinante para o recorte do tema da presente pesquisa, que tem como objetivo geral discutir a efetividade do processo de desinstitucionalização de usuários/as com internação de média e longa permanência através da realidade do IPUB/UFRJ. Para atingir tal objetivo, foram adotados instrumentos metodológicos, tais como a pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realização de levantamento bibliográfico, análise documental e análise do diário de campo da pesquisadora, com registros feitos durante o período de estágio, além de pesquisa de campo, através de coleta de dados em prontuários.

O desenvolvimento textual desta monografia está organizado em três capítulos. O primeiro intitulado “Política de saúde mental e a emergência do paradigma da desinstitucionalização” é dividido em dois subcapítulos, de modo que o subcapítulo 1.1 “Mudanças históricas na assistência à saúde mental” descreve o fenômeno da loucura e como ela foi analisada no mundo, o surgimento do conceito de *doença mental* e *desinstitucionalização*, abordando os diferentes tipos de psiquiatria, instrumentos e técnicas implementados em países como Itália, França, Estados Unidos e Inglaterra. O subcapítulo 1.2 “A emergência do paradigma da desinstitucionalização” aborda a importância do processo de desinstitucionalização, seu surgimento e o contexto político e social em que estava inserido, bem como sua implementação.

O capítulo dois nomeado “Política de saúde mental no cenário brasileiro atual: possibilidades e limites da desinstitucionalização”, está dividido em três subcapítulos. O subcapítulo 2.1 “Trajetória da política de assistência à saúde mental no Brasil” refere ao desenvolvimento e instauração da Reforma Psiquiátrica Brasileira, demonstrando todo seu processo, organizações e instituições relacionadas, de modo que o modelo asilar fosse transformado em um modelo acessível e qualitativo, de base comunitária. Já o subcapítulo 2.2 “Mudanças da política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica e a importância do paradigma da desinstitucionalização na realidade brasileira” traz informações sobre o processo da implementação da desinstitucionalização no Brasil, seus regulamentos e marcos teóricos. E o subcapítulo 2.3 “Mudanças recentes na política de saúde mental: arcabouço legislativo, normativo e práticas” apresenta as diversas modificações realizadas a partir da aprovação da “Nova Política de Saúde Mental”, em 2019, no qual diversos autores e especialistas apontam para um desmonte na atenção à saúde mental.

Por fim, o capítulo três, intitulado “Trajetórias de usuários da saúde mental acompanhados no IPUB/UFRJ: os percalços da desinstitucionalização”, foi dividido em quatro subcapítulos. O subcapítulo 3.1 “A rede socioassistencial em saúde mental no estado do Rio de Janeiro” apresenta as regulamentações que envolvem a implementação de dispositivos e serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial, além de buscar descrever a especificidade e o funcionamento de cada componente. O subcapítulo 3.2 “O IPUB/UFRJ e suas características” apresenta o campo da pesquisa e o setor onde atuei como estagiária. O subcapítulo 3.3 “A população usuária do IPUB/UFRJ” apresenta o perfil dos/as usuários/as internados/as na equipe em que eu estava inserida e os instrumentos realizados para a coleta de dados, fruto de um trabalho desenvolvido junto à minha supervisora de campo na época. O último subcapítulo 3.4 “Limites e possibilidades diante da realidade do IPUB/UFRJ” traz análises de vivências de usuários/as que estiveram internados/as no IPUB/UFRJ, enquanto eu era estagiária, que apresentavam uma internação considerada como média ou de longa permanência, através seus processos de desinstitucionalização, atravessados por múltiplas estratégias e alguns desafios.

Este é um convite para repensar o lugar social da loucura e quais são as barreiras, perspectivas e possibilidades do processo de desinstitucionalização diante do cenário brasileiro atual.

## **Capítulo 1:**

### **Política de saúde mental e a emergência do paradigma da desinstitucionalização**

## 1.1 Mudanças históricas na assistência à saúde mental

Segundo Birman & Costa (1994), a psiquiatria clássica sofreu uma crise tanto teórica quanto prática, decorrente principalmente da mudança radical de seu objeto, deixando de ser o único paradigma de tratamento da doença mental para a promoção da saúde mental. Para os referidos os autores, existem dois grandes períodos para o redimensionamento da psiquiatria. O primeiro deles está relacionado a uma crítica à estrutura asilar. Portanto, a questão central havia se tornado a urgência de uma reforma interna da organização psiquiátrica em oposição ao manicômio como instituição de cura.

Essa crítica teve início nas Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, nos Estados Unidos da América (EUA) e na França, com a Psicoterapia Institucional, atingindo o seu extremo com a instalação das Terapias de Família (Birman & Costa, 1994:44). O segundo período foi marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, de modo que buscasse alcançar os objetivos de prevenção e promoção da saúde mental. A Psiquiatria de Setor, na França, e a Psiquiatria Preventiva (ou comunitária), nos Estados Unidos, marcaram esse período:

[...] apesar da periodização que destaca dois movimentos diversos, propondo-se fins diferentes, realizando-se em espaços também diferentes, esta diversidade é uma ocorrência de superfície, tratando-se de táticas diversas que criam duas formas teórico conceituais aparentemente díspares, porém que se identificam num plano profundo e nas suas condições concretas de possibilidade. A mesma estrutura que efetiva uma Psiquiatria Institucional é a que torna possível também uma Psiquiatria Comunitária. O que tanto uma quanto a outra visam é o mesmo: a promoção da Saúde Mental, sendo esta inferida como um processo de adaptação social (BIRMAN & COSTA, 1994:44).

Sendo assim, os dois períodos deram lugar a um novo modelo de psiquiatria e de organização psiquiátrica. Transformou-se o modelo terapêutico em coletivo e preventivo, deixando de ser apenas individual e assistencial, não focando apenas no tratamento de um indivíduo, mas no bem-estar da comunidade em geral.

Michel Foucault (1961) é um dos principais autores a destacar, quando abordamos a história da loucura. Em seus estudos, ele tratava a estrutura, o nascimento de instituições psiquiátricas e a transição da figura do louco entre o período clássico e a Idade Média, bem como a relevância da constituição da medicina mental e do saber teórico-prático. Ele descreveu que a partir do século XIX, houve um novo objeto para conhecimento: a doença mental. Assim, segundo Paulo Amarante (1998), a visão trágica em relação ao “louco” tornou-se uma visão crítica, com forte importância do conhecimento medicalizante e terapêutico, que trouxe uma nova percepção relacionada ao fenômeno da loucura.



O Hospital Geral, criado no século XVII, era considerado um espaço de recolhimento de todos/as aqueles/as que simbolizavam uma ameaça à lei e à ordem social. Ele não possuía um olhar medicalizante, o olhar era direcionado à ausência ou não de razão. Tal período foi nomeado por Foucault como *O Grande Enclausuramento*. “A noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade entre o gesto que pune e aquele que trata” (Barros, 1994:34). Havia também, naquele período, a assistência prestada pela Santa Casa de Misericórdia que, entre os séculos XVII e XVIII amparou pobres e loucos.

Durante a segunda metade do século XVIII a desrazão cedeu espaço à ideia de alienação, de modo que a doença mental se tornou o objeto fundante do saber e da prática psiquiátrica. A caracterização do *louco*, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional (Amarante, 1998). É válido lembrar que o Hospital Geral até aquele momento não se caracterizava como uma instituição médica, atuava como uma estratégia de uma ordem social de exclusão, assistência e filantropia para aqueles/as que eram considerados/as inadaptados/as ao convívio social. O papel do hospital psiquiátrico era reprimir a ociosidade e castigar a moralidade e conduta desviante, de modo que seu objetivo era a preservação da moral burguesa.

A figura do médico psiquiatra surgiu em 1793 e Phillipe Pinel<sup>1</sup> teve uma enorme relevância neste contexto. Pinel ordenou o isolamento como fundamental para o tratamento e organizou, desse modo, o espaço asilar e o tratamento moral direcionados ao tratamento da alienação mental. Ele acreditava na importância da reclusão individual e exclusão temporária do lugar social que o sujeito estava inserido, pois a loucura poderia ser fruto do meio.

---

<sup>1</sup> Phillipe Pinel nasceu na França em 1745. Cursou Medicina em uma das primeiras universidades da Europa, a Faculdade de Medicina de Montpellier, se formou em 1773 e 20 anos depois foi nomeado médico chefe do Hospital de Bicêtre. Diante das precárias condições que os alienados se encontravam, Pinel solicitou autorização à Assembleia Nacional para retirar as correntes dos pacientes (tratamento usual da época). Integrou a corrente que constituiu o saber psiquiátrico por meio da observação e análise sistemática dos fenômenos perceptíveis da doença. Ele observou a influência da hereditariedade, da mesma forma que apontou as causas morais como as mais prováveis para alienação. Defendia a cura por meio do “tratamento moral”, através de pedagogia com horários e rotina rigidamente estabelecidos, medicamentos receitados somente pelo médico e atividades de trabalho e lazer. Em 1795, foi médico chefe do Hospital *Salpêtrière* por 31 anos. Publicou trabalhos com classificação das doenças mentais, classificou as doenças mentais em *Nosographie philosophique* (1798), e expôs seus métodos em *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1801), considerada sua obra mais importante. Morreu em Paris, em 1826. (Centro Cultural do Ministério da Saúde, 2014; <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/biografias.php>)

A partir daquele momento, a psiquiatria começou a ordenar a vida dos sujeitos, visto que se apresentou como um modelo centrado na medicina biológica, que se limita a observar e descrever os distúrbios nervosos, intencionando um conhecimento apenas objetivo do homem (Amarante, 1998). Foi nessa época que o hospital se transformou em uma instituição médica, marcando a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico e, também, o período em que a patologia e a opinião médica começaram a ter amplo reconhecimento público.

No final dos anos 1950, na Inglaterra, foi consolidada e nomeada a Comunidade Terapêutica, decorrente de uma série de experiências executadas em um hospital psiquiátrico. Segundo Amarante (1998: 63):

O termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar.

Durante o período pós-guerra, a Comunidade Terapêutica começou a chamar atenção para o problema da institucionalização e para a situação degradante de indivíduos residentes em hospitais psiquiátricos. Maxwell Jones<sup>2</sup>, criador deste conceito, acreditava que os espaços manicomiais haviam perdido suas funções terapêuticas e se encontravam em oposição ao desejo dele de tornar estas instituições mais acessíveis, abertas e democráticas, seguindo os passos de Pinel. Tais espaços se tornaram um cenário humilhante e precarizado, no qual não cumpriam a função de recuperação de doentes mentais e, por isso, começaram a ser considerados como agravantes para a evolução da doença. Tal cenário impulsionou uma série de propostas para reformulação do espaço asilar.

Jones trabalhou com o termo “aprendizagem ao vivo”, no qual a equipe de saúde colocava o indivíduo à frente de uma atividade que o auxiliaria a superar desafios e possibilitar o retorno ao convívio com os outros. A Comunidade Terapêutica tratava-se de um espaço no qual os pacientes e profissionais estavam em consonância e em prol do funcionamento da

---

<sup>2</sup> Maxwell Jones é um psiquiatra sul-africano, nascido em 1907, no Reino Unido, e falecido em 1990, nos Estados Unidos. Em 1936, recebeu uma bolsa de estudos da Universidade da Pensilvânia e se mudou para os Estados Unidos, já formado em medicina. Trabalhando com um especialista em química enzimática e um biólogo, chegou à conclusão de que a maneira ideal de lidar com distúrbios psiquiátricos não era o tratamento com remédios, mas um modelo baseado na cooperação mútua na realização de tarefas rotineiras, criando um ambiente terapêutico favorável para situações de recuperação de quadros clínicos que não eram obtidos por meio da psiquiatria tradicional. Seu método é a “aprendizagem social” e criou a Comunidade Terapêutica, para tratamento e recuperação da dependência química, alcoolismo e abuso de drogas, quando o conceito de doença foi substituído por controle. O dependente químico deixou de ser doente para ser alguém que carecia de controle no ímpeto do uso de substância (2018; [https://pt.wikipedia.org/wiki/Maxwell\\_Jones](https://pt.wikipedia.org/wiki/Maxwell_Jones))

instituição. Nele não deveria haver hierarquia e todos executariam de modo igualitário as tarefas institucionais:

Toda a comunidade constituída de equipe, pacientes e seus parentes está envolvida em diferentes graus no tratamento e na administração. Até que ponto isto é praticável ou desejável depende, naturalmente, de muitas coisas como, por exemplo, da atitude do líder ou de outro membro da equipe, dos tipos de pacientes e das sanções estabelecidas pela autoridade superior. A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos, implica numa organização social democrática, igualitária e não numa organização social de tipo hierárquico tradicional (AMARANTE: 1998, p. 65).

Tal concepção de Comunidade Terapêutica reforçava as seguintes atitudes: a) a reabilitação ativa, garantindo a autonomia aos pacientes; b) a permissividade, garantindo a expressão da subjetividade do sujeito; c) a democratização, no qual o conjunto como um todo obtinha voz; d) o comunalismo, com o objetivo de valorizar a vida comunitária e compartilhar experiências em oposto ao especialismo.

Entretanto, a Comunidade Terapêutica sofreu críticas italianas por estar centrada no espaço hospitalar e manter inalterada a principal questão: a exclusão, que era o principal fundamento do hospital psiquiátrico. Mesmo com as fortes demandas sociais pela recuperação do louco e sua conversão em mão-de-obra produtiva, muitos são os mecanismos de segregação e rejeição que são por outras fontes determinados (AMARANTE, 1998).

A psicoterapia institucional se iniciou no final dos anos 1940 com o psiquiatra François Tosquelles<sup>3</sup> e seu trabalho realizado no Hospital Saint-Alban, na França. Porém, esta denominação só foi utilizada em 1952. Seu objetivo era transformar o espaço asilar e procurar formas democráticas de humanizar o atendimento. Em decorrência da Segunda Guerra Mundial, o hospital recebia encontros de ativistas, marxistas, freudianos e se tornou um lugar central de denúncias e lutas contra a visão segregadora da psiquiatria. Para isso, obtinha influência da “terapêutica ativa” de Herman Simon. Segundo Amarante (1998:69), “entende-se desta forma que, em consequência do mau uso das terapêuticas e da administração e ainda do

---

<sup>3</sup> Tosquelles nasceu em 1912, ao sul de Barcelona, na região da Catalunha. Ali se formou em Medicina, especializando-se em Psiquiatria e trabalhando no Instituto Pere Mata. Foi enviado para a frente sul como médico-chefe dos serviços psiquiátricos do Exército, criando então uma Comunidade Terapêutica em Almodóvar del Campo. Ali organizou um Serviço, recrutando pessoas para atuar como agentes de saúde, evitando incluir psiquiatras profissionais, no entendimento de que teriam deformação profissional e até mesmo fobia da loucura. Aliás, o Serviço teve entre seus usuários os próprios médicos, porque em sua opinião seus colegas tinham forte medo da guerra civil, pois foram ideologicamente formados para a estabilidade da vida burguesa. Assim, promoveu o uso de psicoterapia com essas pessoas para evitar a emergência de crises, já existindo ali a prática de tratar não apenas os internos, mas todos os presentes no Serviço. Em 1941, começa a trabalhar no Hospital Psiquiátrico de Saint Alban), então sob sua direção. Ele tem assim a possibilidade de ali atuar em um intenso campo de experimentações de novas formas de organização do hospital e do trabalho terapêutico (RUIZ et al, 2013)

descaso e das circunstâncias político-sociais, o hospital psiquiátrico desviou-se de sua finalidade precípua, tornando-se lugar de violência e repressão”.

Tosquelles acreditava que, com o hospital reformado e dedicado à terapêutica, a cura seria alcançada e o sujeito poderia retornar ao convívio em sociedade. Este modelo acredita que as próprias instituições psiquiátricas poderiam possuir características doentias que deveriam ser tratadas e reforça a importância do coletivo presente em reuniões, assembleias e oficinas. Era constantemente colocada em análise, de modo que criticava o saber médico, a verticalidade das relações e a instituição como espaço de segregação (AMARANTE, 1998:69):

O alcance transformador do projeto da psicoterapia institucional recebe uma crítica às bases excessivamente centradas, senão restritas, ao espaço institucional asilar, resumindo-se a uma reforma asilar que não questiona a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos, não objetivando transformar o saber psiquiátrico que se pretende operador de um conhecimento sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade (AMARANTE, 1998, p. 71).

Representando o segundo período de reforma, temos a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária. A primeira, inspirada nos ideais de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras progressistas, teve início no período após a segunda guerra mundial como um movimento de debate e contestação aos manicômios franceses e seu espaço asilar de tratamento. Para Fleming (1976:54) é

Um projeto que pretende fazer desempenhar a psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo os seus defensores não se consegue no interior de uma estrutura hospitalar alienante. Daí a ideia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional etc. Trata-se, portanto, de uma terapia *in situ*: o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento (AMARANTE, 1998:85).

Coloca-se o princípio de correlação geográfica e social, de modo que a cultura e hábitos de origem dos/as pacientes possam ser integradas aos pavilhões e espaços de tratamento, além de dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe do hospital. É neste momento que a atenção primária começa a se expandir. Tratava-se a internação a partir daí, como algo mais pontual, frisando-se a importância de seu acompanhamento extra-hospitalar. Sendo assim, no Brasil, ela foi incorporada como política oficial a partir dos anos 1960.

Neste período surgiu também o trabalho multiprofissional e, por isso, os territórios começaram a ser divididos de acordo com setores geográficos e cada setor tinha sua equipe constituída de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Além disso, foram

criadas estruturas com o objetivo de tratar os/as pacientes em seu próprio território, fora da internação. Porém, grupos conservadores se mostraram resistentes a essas práticas diante da possibilidade de “invasão dos loucos nas ruas” e, também, utilizavam o argumento de um grande custo para implementação dos novos serviços.

Na opinião de Rotelli (1994),

A experiência francesa de setor não apenas não pôde ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos 'normais' e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura (:150 apud AMARANTE, 2018:68).

Já a psiquiatria preventiva ou comunitária se transformou em uma política oficial por volta dos anos de 1960, nos Estados Unidos. Ela propunha a chamada terceira revolução psiquiátrica, com o objetivo de intervir nas causas ou no surgimento de doenças mentais. Para além da prevenção de saúde mental, buscavam estratégias para a promoção. Foi a partir daquele momento que a psiquiatria obteve um novo objeto de intervenção: a saúde mental. Um decreto assinado pelo então presidente norte-americano, Kennedy, redirecionou os objetivos da psiquiatria que, de agora em diante, incluiria como objetivo a redução da doença mental nas comunidades (VERAS *et al.*, 1976; 1977 apud AMARANTE, 1998:74).

As taxas de incidência dos distúrbios mentais continuavam a crescer em progressão geométrica, as cronificações se mantinham e os custos que isto acarretava às famílias e ao Estado cresciam em igual velocidade. Necessário mudar os métodos, as estratégias e os espaços das novas intervenções (BIRMAN E COSTA, 1994:53).

Houve naquele período, a adoção de medidas preventivas por organizações sanitárias internacionais: Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Para além do tratamento em saúde e saúde mental, foi instaurada a certeza de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas e/ou tratadas precocemente. Essa política teve influência de Gerald Caplan<sup>4</sup>, que acreditava na possibilidade de desenvolver diferentes formas de prevenção da loucura. Assim, começaram a ser implementados questionários para a população, de modo que se pudesse identificar possíveis sujeitos que deveriam ser destinados

---

<sup>4</sup> Nascido em 1938, no Canadá, foi professor da Escola de Saúde Pública e Diretor do Programa de Saúde Mental Comunitária da Universidade de Harvard, na década dos anos de 1960, quando lançou seu livro “Princípios de Psiquiatria Preventiva (editado no Brasil, em 1980), onde havia a ideia de que os problemas de saúde e os problemas sociais seriam diminuídos ou até mesmo superados por intermédio da participação, da autoajuda e de oportunidades sociais. Aquele autor defendia a crença de que as doenças mentais podem ser prevenidas, se detectadas precocemente, e ressaltava que, se estas significam desvio e marginalidade, poder-se-ia, assim, prevenir e erradicar os males da sociedade por essa prevenção (SOARES, 1997).

ao tratamento psiquiátrico. Para lidar com esta necessidade assistencial, havia três formas de prevenção: primária, secundária e terciária:

1. prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
2. prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
3. prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria (BIRMAN; COSTA, 1994:54).

Aqui começa a utilizar-se o conceito de *crise*, a partir dos termos de adaptação e desadaptação social, advindos da sociologia. Segundo Caplan existiam dois tipos de crises, evolutivas e acidentais. As primeiras caracterizadas pelo processo normal de desenvolvimento físico, emocional e/ou social e as segundas, por imprevistos, trazendo um certo nível de exigência, transformação e/ou responsabilização. É o grande momento da ideia do *desajustamento*. Caplan explica que a *crise* não necessariamente é um sinônimo de doença mental, mas, pode conduzir à enfermidade (AMARANTE, 1998:78).

Para Costa (1989:24) citado por Amarante (1998:77), o modelo sociológico de adaptação-desadaptação possibilitou o surgimento do modelo preventivista, que procurou se instituir como “alternativa” ao modelo psiquiátrico clássico, elencando a saúde mental como um novo objeto, a doença mental como um novo objetivo de prevenção, a coletividade como um novo sujeito de tratamento, as equipes comunitárias como um novo agente profissional e uma nova concepção de personalidade, a *unidade biopsicossocial*.

Foi nesse contexto que surgiu a expressão *desinstitucionalização*, com o objetivo de nomear o conjunto de medidas de *desospitalização*. Assim, um conjunto de iniciativas, planos, projetos e propostas são elaborados com o objetivo de desinstitucionalizar a assistência psiquiátrica. Dessa forma, é visto um aumento progressivo de demandas ambulatoriais e serviços extra-hospitalares, mas isto não significava necessariamente a transferência de sujeitos em situações asilares para esses serviços. Por outro lado, com o aumento de pessoas ingressando para tratamentos mentais, os/as pacientes já existentes nas antigas instituições continuavam internados/as e o modelo asilar era sustentado.

Há também dois modelos que compõem a reforma psiquiátrica no mundo: a *Antipsiquiatria* e a *Psiquiatria Democrática Italiana*. A antipsiquiatria surgiu na década de 1960, na Inglaterra. Havia um movimento de crítica ao saber médico-psiquiátrico e à caracterização de doença mental, em especial à esquizofrenia. Para Birman (1982:239),

A naturalização do binômio loucura/doença mental passou a ser questionada, o que não acontecia no quadro da racionalidade médica e no quadro epistemológico anterior. Como se constitui a enfermidade mental na nossa experiência social? Como se valida a sua exclusão social? Qual o lugar que ocupa a instituição psiquiátrica neste processo? São questões que passaram a se colocar como centrais. O que era até então considerado óbvio passou a ser objeto de dúvidas e inquietações, deslocando-se a interpretação desses fenômenos para o pólo de uma produção social e institucional da loucura como enfermidade mental (AMARANTE, 1998:82)

Influenciada pelo movimento de contracultura, pela fenomenologia, pelo marxismo, e por Foucault, buscava-se romper com o modelo assistencial psiquiátrico vigente. Houve uma experiência no Hospital Psiquiátrico Público de Shenley, em Londres, entre os anos 1962 e 1966, com jovens entre 15 e 30 anos, considerados esquizofrênicos e que não haviam recebido nenhum tipo de tratamento. Intitulado pavilhão Vila 21, buscavam promover reuniões com propostas de combate às estruturas rudimentares hospitalares, com o objetivo de romper os preconceitos de profissionais em relação aos pacientes e quebrar possibilidades de resistência a mudanças.

Ao longo dos anos, foi criada a Associação Philadelphia, nos Estados Unidos, de cunho científico e filantrópico que visava pesquisar causas, prevenção e tratamento de doenças mentais, além de criar locais de acolhimento. No mesmo ano, em 1965, foi criado um Centro Comunitário em Londres e dois anos depois foi realizado um Congresso Internacional de Dialética da Libertação, que buscava denunciar violações de direitos e explorar novas formas de ação. Dessa forma, a loucura começou a ser vista como fato social e político. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado (AMARANTE, 1998).

Desse modo, a antipsiquiatria buscava estabelecer uma relação entre a razão e a loucura, denunciava a instituição asilar e o agravamento de doenças e considerava a procura do tratamento como uma imposição da ordem ao indivíduo, mesmo que este o procurasse de forma voluntária. Focava o tratamento terapêutico no delírio do louco, seja pela não repressão da crise ou com auxílio de recursos de regressão.

A Psiquiatria Democrática Italiana foi considerada como "um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas, o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a ideia de territorialidade" (BARROS, 1994:53):

O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma correlação e identificação entre punição e terapeutização, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e de equilíbrio. Desta forma, a relação que se estabelece entre o sujeito que cura e o objeto de intervenção, subtrai a totalidade subjetiva e histórico-social a uma leitura classificatória do limite dado pelo saber médico. Uma codificação dos comportamentos é justificada pelo saber competente, multiplicado no imaginário social da modernidade. É a passagem de uma visão trágica da loucura – perfeitamente integrada no universo social do renascimento – para uma visão crítica, produtora de redução, exclusão e morte social (AMARANTE, 1998: 88).

A tradição iniciada por Franco Basaglia<sup>5</sup> coloca os movimentos sociais em um novo espaço, com atores sociais concretos em um confronto com o cenário institucional, que carece de uma análise histórico-crítica em relação ao sofrimento. A experiência criada por Basaglia teve início em um manicômio em Gorizia, na Itália, utilizando o modelo de comunidade terapêutica como estratégia, no qual foi possível visualizar os riscos que essa política trazia consigo: redução da loucura a um objeto de intervenção, sem colocar em pauta a relação de tutela e custódia das instituições sobre os indivíduos. Basaglia ressaltava a impossibilidade do trato com a diferença e os diferentes. Em um universo das igualdades, os loucos e todas as maiorias feitas minorias ganham identidades redutoras da complexidade de suas existências (AMARANTE, 1998).

Fundado oficialmente em 1973, a tradição basagliana referia a possibilidade de denúncia civil das práticas de violência institucional e a não restrição de denúncias a um problema dos técnicos em saúde mental. Desse modo, havia a urgência de reconstruir o cenário de cidadania e justiça para que, efetivamente, fosse transformada a assistência psiquiátrica. Nesse momento, a saúde e a doença ganham “concretude histórico-social”. Nesse sentido, Rotelli citado por Barros (1994:66) situa quatro eixos para transformação das instituições psiquiátricas:

A luta contra as atuais estruturas psiquiátricas enquanto repressivo custodiais; a luta contra as estruturas psiquiátricas, ainda que reformadas, mas lugar de institucionalização da doença; a luta contra a institucionalização do sofrimento através

---

<sup>5</sup> Nascido em Veneza, em 1924, formou-se em medicina e dedicou-se ao estudo da psiquiatria e da filosofia. Aos 29 anos, obteve a especialização em doenças nervosas e mentais, e seis anos depois obteve a livre-docência em psiquiatria. Foram anos estudando a fenomenologia e o existencialismo, tentando conciliar a psicopatologia tradicional com a psiquiatria antropofenomenológica. Por meio de atividades terapêuticas inovadoras, Basaglia lutou contra aquela que era definida como a “dupla psiquiatria”: por um lado, nos asilos, os pobres, os colarinhos brancos de baixa renda, os operários e o subproletariado em geral; por outro lado, em casa ou em clínicas particulares, os mais ricos e aqueles que, graças às disponibilidades financeiras, tinham a possibilidade de se tratar e, em muitos casos, voltar ao trabalho e à sociedade. Para Nicácio, Amarante e Barros (2000), as conferências de Basaglia influenciaram o projeto de reforma das instituições psiquiátricas brasileiras, abrindo novos horizontes e produzindo a ruptura na maneira de pensar sobre a instituição psiquiátrica. Faleceu em 1980 (SERAPIONI, 2019)



da doença; a luta contra o sofrimento como necessidade no mundo do capital e da sociedade de troca, isto é, como universo de não escolha, onde o sofrimento vem transformado em algo mercantilizável.

Basaglia deu início, em 1971, ao processo de desmontagem do aparato manicomial e trouxe novas formas de lidar com a loucura e a doença mental. Foram construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade de Trieste, funcionando 24 horas por dia, durante sete dias por semana. Também foram criadas residências para usuários/as, alguns/algumas moravam sós, outros com profissionais e voluntários/as, que prestavam cuidados. As cooperativas de trabalho também foram criadas para antigos/as internos/as dos hospitais psiquiátricos e para novas demandas que surgiam. O Serviço de Diagnose e Cura (Serviço de Emergência Psiquiátrica) foi reduzido, operando com regime integral e coordenado com os centros de saúde mental, residências e cooperativas, formando uma rede.

A experiência realizada por Franco Basaglia demonstrou uma nova forma de concepção de organização psiquiátrica e tratamento aos/às usuários/as que necessitavam de assistência psiquiátrica. E, com isto, o movimento de Psiquiatria Democrática objetivou a viabilização de reforma psiquiátrica em todo o território italiano. A Lei Basaglia foi aprovada em 1978, inspirando-se em seus ideais e introduzindo avanços importantes na assistência psiquiátrica.

Em contrapartida, no Brasil o primeiro hospício foi inaugurado em 1852, inspirado no modelo asilar francês, recebendo o nome de Dom Pedro II. Até aquele momento, as pessoas consideradas loucas ainda eram institucionalizadas nas Santas Casas de Misericórdia, onde viviam em condições degradantes junto àqueles que também eram considerados marginalizados/as e perigosos/as na época, permaneciam amarrados/as e vivendo sob péssimas condições de higiene e cuidado. Logo após a criação do Dom Pedro II, os/as pacientes foram transferidos/as para o primeiro manicômio da sociedade brasileira, que tinha como princípio o tratamento moral. Este se manteve vinculado à Santa Casa até 1890, quando foi renomeado para Hospital Nacional dos Alienados. Importante ressaltar que em 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia lançou uma nova palavra de ordem: “aos loucos o hospício”, considerado na época o principal instrumento terapêutico da psiquiatria.

Com o objetivo de resolver a superlotação do Hospital somada à precariedade, foram criadas as primeiras Colônias de Alienados no ano de 1920, intituladas São Bento e Conde de Mesquita, nas quais os pacientes aprendem práticas agrícolas e artesanais, de modo que também pudessem auxiliar no processo de tratamento. Além disso, também foram criadas outras

instituições para “alienados” em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886). Conforme aponta FONTE (2013:2317)

As primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a necessidade dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa (RESENDE, 2007, p. 38).

Sendo assim, para aqueles/as advindos/as de famílias pobres, o isolamento era indispensável, pois acreditava-se que seus familiares não teriam possibilidade de garantir segurança e tratamento. Por outro lado, para aqueles/as de famílias nobres e ricas, acreditava-se que era possível reproduzir um hospício em sua residência, mesmo que diante de algumas limitações.

As práticas psiquiátricas ocorridas na Itália, Inglaterra, França e Estados Unidos estão correlacionadas e marcadas por diferentes singularidades e particularidades, em relação ao Brasil. Por isso, há pontos comuns entre elas, como a necessidade urgente de ruptura do espaço asilar, a questão da medicalização e saber biomédico, bem como a importância da continuidade do tratamento em contexto extra-hospitalar. Dessa forma, foi possível perceber que se desenvolveu um longo processo para que, em 1970, a psiquiatria brasileira pudesse vir a ter alterações que mudariam totalmente o tratamento asilar da época.

A trajetória assistencial psiquiátrica brasileira será abordada no capítulo 2. Veremos, a seguir, como foi o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização e como ele foi constituído na história.

## **1.2 A emergência do paradigma da desinstitucionalização**

A institucionalização se torna um problema a ser enfrentado a partir do momento em que se instaurou um processo de dependência do paciente ao hospital psiquiátrico, conduzindo sua perda de identidade comunitária, de seus elos familiares, hábitos culturais e outros, de modo que não houvesse recuperação em seu tratamento ou até mesmo um agravamento de seus sintomas.

A partir disso, elucida-se a importância do processo de *desinstitucionalização* e *desospitalização*, citado no capítulo anterior. Neste momento, a questão torna-se reduzir o

tempo de permanência do/a usuário/a nos hospitais psiquiátricos e ampliar a oferta de serviços na rede extra-hospitalar.

A questão da desinstitucionalização relacionada às pessoas em sofrimento psíquico surge no século XX como um questionamento e uma desconstrução de paradigmas que foram por muito tempo perpetuados na sociedade. A desinstitucionalização abrange práticas que buscam superar o modelo manicomial centrado na área hospitalar e no saber biomédico, de modo que seja possível desenvolver a (re)construção da cidadania do/a usuário/a e seu vínculo com o território.

Essa concepção de *desinstitucionalização* difere da concepção de *desospitalização*, uma vez que ela não se restringe à mera saída da pessoa com transtorno mental da instituição psiquiátrica (AMARANTE, 1996). Através de uma rede de cuidado e tratamento, intersetorial e multidisciplinar, a tutela médica será substituída pela atenção psicossocial:

Uma equipe de Desinstitucionalização deve, portanto, se segmentar em setores diversos do acompanhamento nos serviços em saúde mental e não se restringir à desospitalização. Deve funcionar como apoio às práticas nos serviços diversos, para além dos casos de internação. [...] A Desinstitucionalização deve estar presente em toda a Rede, seja como intervenção direta de desospitalização, seja como forma de apoio a outras equipes e serviços, mantendo-se sempre atenta ao fundamento a ideia de ação desinstitucionalizante (QUINTELLA; FERREIRA; AMARAL, 2013).

Para falar sobre o processo de ruptura decorrente da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a emergência do paradigma da desinstitucionalização, precisamos falar sobre o contexto político em que o Brasil estava inserido até o momento. Amarante (1998) aborda que

O processo da reforma psiquiátrica brasileira deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

Sendo assim, após 20 anos de ditadura militar, buscava-se a construção de um Estado democrático. Os militares desejavam permanecer no poder e, cientes de sua impopularidade, deram início a “abertura” democrática, com a realização de eleições indiretas. Em oposição, no ano de 1983, foi realizada a campanha *Diretas Já!* com a organização de comícios no Rio de Janeiro e São Paulo com o objetivo de estabelecer a eleição direta. Porém, a emenda foi derrotada e a eleição indireta realizada, com Tancredo Neves, candidato da oposição, instituindo a Nova República.

Em 1986, houve a 8ª Conferência Nacional da Saúde, com participação popular e com representantes de diferentes movimentos da sociedade. Dessa forma, surgiu uma nova concepção de saúde - direito do cidadão e dever do Estado. Como desdobramento, foram realizadas várias conferências que abordaram diferentes temas, como saúde do trabalhador, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, recursos humanos em saúde e saúde mental.

Não poderia ser realizada até então uma conferência nacional, pois havia um embate entre a orientação político-ideológica da direção da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e a orientação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Ainda neste mesmo ano, foram realizados encontros estaduais:

Nos quais discutia-se "a necessidade de criação de um Fórum Independente" onde fosse possível "criticar livremente as políticas oficiais para o setor saúde mental", bem como "refletir sobre as nossas práticas, nossos desejos e nossa organização" (MTSM, 1987a: 1).

Em um desses encontros, Franco Rotelli, secretário-geral da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria e diretor do Serviço de Saúde Mental de Trieste (se tornou após a saída de Franco Basaglia), discorreu sobre a necessidade emergente de revisão do modelo manicomial:

(...) Creio que quando, sem nenhuma questão de onipotência, afirmamos que é necessário enfrentar prioritariamente a questão do hospital psiquiátrico, que colocamos o problema do manicômio em primeiro lugar, é porque é aí onde, paradigmaticamente, tem lugar o processo de exclusão; a existência do manicômio é a confirmação, na fantasia das pessoas, da inevitabilidade deste estado de coisas, que é impossível lutar contra esta situação, que as coisas são assim e serão sempre igual. Existirá sempre a necessidade de um lugar para se depositar as coisas que são rejeitadas, jogadas fora e que servem para que nos reconheçamos pela diferença? Este papel pedagógico, num sentido negativo, do hospital psiquiátrico é o que nós técnicos devemos pôr em discussão se não quisermos avaliar com nossas ações uma perversão que é política, científica, mas sobretudo, cultural (ROTELLI, 1986:2-3)

Assim, a questão da desinstitucionalização passa a ser vista em uma dimensão antimanicomial. Destaca-se a tradição basagliana como influência direta dos princípios e estratégias estabelecidos pelo MTSM a partir desse momento. Em meio a esse processo, com a criação do Plenário do MTSM, foram realizados encontros e conferências, alguns com participações internacionais de importantes atores como Franco Rotelli, Franco Basaglia, Robert Castel, Félix Guattari, antigos e novos participantes do movimento. A I Conferência Nacional de Saúde Mental demarca um momento histórico no processo de reforma psiquiátrica brasileira.

Após esses encontros, era nítida a necessidade de renovação do movimento e a separação do Estado, para intervenção na sociedade, visando ampliar o debate em diferentes esferas da loucura e da psiquiatria. Foi instituído o lema *por uma sociedade sem manicômios* e houve a organização do II Congresso Nacional do MTSM, que se desenvolveu a partir de três eixos:

1. Por uma sociedade sem manicômios – significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura. 2. Organização dos trabalhadores de saúde mental – a relação com o Estado e com a condição de trabalhadores da rede pública. As questões do corporativismo e interdisciplinaridade, a questão do contingente não universitário, as alianças, táticas e estratégias. 3. Análise e reflexão das nossas práticas concretas – uma instância crítica da discussão e avaliação (a quem servimos e de que maneiras). A ruptura com o isolamento que caracteriza essas práticas, contextualizando-as e procurando avançar (MTSM, 1987b:04).

Sendo assim, segundo Amarante (1998) ressurgiram o projeto da desinstitucionalização na tradição basagliana, que passava a ser um conceito básico determinante na reorganização do sistema de serviços, nas ações de saúde mental e na ação social do Movimento. Como desdobramento, foi criada uma associação de usuários, familiares e voluntários - Loucos Pela Vida! -, a Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), era uma associação civil com o objetivo envolver familiares no tratamento, seja em grupos ou na terapia de família e começou a ter uma atuação mais efetiva na criação de modalidades de cuidado e na luta pela ruptura do modelo asilar. Diversas entidades começaram a ser instauradas, além de novas modalidades de atenção e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que objetivavam a manutenção do cuidado.

A perspectiva da desinstitucionalização produz criação de instrumentos, práticas e saberes para a transformação da realidade. O processo de desinstitucionalização é de suma importância para a realidade brasileira, de modo que busca substituir o antigo modelo asilar e psiquiátrico:

Ainda, expressa-se na invenção de proposições substitutivas destes diversos mecanismos de negação e violação dos direitos do outro, com a construção de um lugar social para a experiência do sofrimento psíquico que signifique defesa, promoção e garantia de direitos de cidadania (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001 apud BRAGA, 2019:200).

Portanto, torna-se princípio básico do movimento de Reforma Psiquiátrica, somado à criação de serviços substitutivos que visam à reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental ou sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

Em meados da década de 1990, com a redução de leitos hospitalares, alguns/algumas pacientes foram remanejados/as para serviços alternativos da rede assistencial, principalmente aqueles/as que ainda tinham algum suporte familiar/social. Apesar da Rede ter sido ampliada, usuários/as que estavam institucionalizados/as foram pouco beneficiados/as. Segundo Fagundes (1998, p.392):

Um dos grandes problemas da desinstitucionalização tem sido o tratamento dos pacientes crônicos na comunidade. [...] Para o (seu) atendimento [...] na comunidade, é necessária a criação de locais de moradia, onde eles tenham uma assistência diferenciada que contemple suas dificuldades, assim como o acompanhamento contínuo da equipe e da família nas suas necessidades sociais e culturais para uma reinserção satisfatória (SUIYAMA *et al*, 2008:104)

E, vale reforçar, que, embora os novos serviços objetivem mudar o modelo manicomial clássico, autores chamam atenção para a qualidade e a efetivação dos mesmos:

Em outras palavras, percebeu-se que o fato de ser um serviço externo não garante sua natureza não-manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional, a exemplo do que ocorreu com os ambulatorios quando estes eram vistos como alternativa ao manicômio. Em suma, deve-se atentar para o caráter de ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 1998).

**Capítulo 2:**  
**possibilidades e limites da desinstitucionalização**

## 2.1 Trajetória da política de assistência à saúde mental no Brasil

Há pouco mais de cinco décadas, a psiquiatria brasileira ainda era marcada por total descaso e tortura. Eram comuns manicômios como os de Barbacena em Minas Gerais, e o Juqueri em São Paulo. Eles eram Hospitais-colônias, com duração de mais de 100 anos, que institucionalizaram mais de 10 mil pessoas em um mesmo período, e nos quais já não se sabia exatamente quantas haviam morrido ali dentro.

Mais do que a privação de liberdade, eram espaços de humilhação e completa violação de direitos humanos de quem estivesse internado. E não eram espaços designados somente àqueles que sofriam de qualquer sofrimento psíquico, mas a todos aqueles que eram considerados marginais para a sociedade. Sendo assim, era comum encontrar institucionalizadas pessoas apenas consideradas loucas, em situação de rua, empregadas domésticas, pessoas com alguma doença física, profissionais do sexo, aqueles/as que eram rejeitados pelos próprios familiares, entre outros. Eram espaços que funcionavam, basicamente, como depósitos de gente.

Os primeiros passos em direção ao movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil começaram nos anos de 1970, vinculados à Reforma Sanitária e ao movimento de transição democrática. Naquele período, tornou-se emblemático o Memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia e a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS), somados ao descaso e à precariedade de assistência psiquiátrica, vivenciados pelos/as profissionais recém-formados/as.

É válido ressaltar que naquela época ainda não eram utilizados os termos *saúde mental* ou *reforma psiquiátrica*, o primeiro por estar restrito à proposta de saúde mental comunitária ou psiquiatria preventiva<sup>6</sup> e o segundo somente começou a ser utilizado na virada dos anos de 1980 para 1990, no mesmo período em que o termo *Reforma Sanitária* começou a ser adotado.

Em 1978, foi constituído o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o primeiro sujeito coletivo com a proposta de reformulação da assistência psiquiátrica. Naquele mesmo ano, houve uma aproximação do MTSM com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), quando começaram a organizar Comissões de Saúde Mental em alguns estados,

---

<sup>6</sup> Fundamentada por Gerald Caplan, seu objeto de estudo era a saúde mental e não a doença, seu objetivo era a prevenção da doença mental, o sujeito de tratamento passou a ser a coletividade e não mais os indivíduos, os profissionais não eram somente os psiquiatras, mas as equipes comunitárias, e o espaço de tratamento passou a ser a comunidade. (LARA, 2006)



como Rio de Janeiro, Bahia, São Paulo e Minas Gerais. Já no ano seguinte, o MTSM organizou o I Congresso de Saúde Mental em São Paulo (SP), por iniciativa própria. Houve também uma aproximação com a então recém-criada Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

No início dos anos de 1980 houve a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), fundamentada em uma temática baseada na saúde em geral – saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor, onde ficou decidido que seriam elaboradas novas conferências específicas, bem como a de Saúde Mental. Entre 25 e 28 de junho de 1987 foi realizada a I Conferência de Saúde Mental no Rio de Janeiro, na qual ficou estabelecida a necessidade de um II Congresso de Saúde Mental, a ser realizado naquele mesmo ano. A cidade escolhida para a realização foi Bauru (SP), pois David Capistrano era Secretário de Saúde e como fundador da CEBES, da revista *Saúde em Debate* e defensor da Reforma Psiquiátrica, favoreceu a realização do evento.

O lema enfatizado durante aquele Congresso foi a proposta de “uma sociedade sem manicômios” apresentada pela Rede de Alternativas à Psiquiatria após a realização de um encontro em Buenos Aires no ano anterior. A partir daquele momento, houve mudanças significativas no movimento, pois deixou de ser um coletivo de profissionais e se tornou um movimento social, ao qual ativistas de direitos humanos também foram integrados. Outra mudança foi a transformação do então “movimento” em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), porque até então estavam associados à melhoria do sistema, à luta contra a violência e discriminação, e agora à luta pela extinção das instituições, práticas e concepções manicomiais.

Quando constituído, integrantes do movimento começaram a participar de conferências, audiências públicas e outros de controle e participação social. Também começaram a participar da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde, entretanto os membros do MLA criticavam a falta de poder decisório daquela Comissão. Além disso, começaram a organizar núcleos nas capitais e nas grandes cidades do país. Ampliando a estratégia do movimento, foi criado também em Bauru, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial em 18 de maio, com o objetivo de promover uma reflexão crítica sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão de pessoas em sofrimento psíquico. Desde então, diversos eventos e atividades políticas, científicas, culturais e sociais foram realizadas.

A criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), fundada a partir do GT de Saúde Mental da ABRASCO, possuía como propósito

Constituir um novo ator que reunisse, a um só tempo, os vários sujeitos envolvidos, dos usuários e familiares e outros ativistas ligados às questões de etnia, gênero, sexualidade, diversidade cultural e direitos humanos, e todos que estivessem em serviços ou outros dispositivos, e com os que atuassem na produção de conhecimento e políticas. A ABRASME passou a organizar, de dois em dois anos, congressos nacionais, assim como os fóruns de direitos humanos e saúde mental. Tanto os congressos quanto os fóruns passaram a assumir de maneira mais central a crítica ao modelo biomédico em psiquiatria e aos interesses que os orientam. (AMARANTE e NUNES, 2018).

No final dos anos de 1980 surgiu também a perspectiva de criar serviços com estratégias inovadoras, visto que o poder institucionalizante prevalecia na época. Logo, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, CAPS Luis da Rocha Cerqueira, mais especificamente no ano de 1986, cuja assistência era oferecida a usuários/as com quadro psiquiátrico, de modo que fosse uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico.

A rede de dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico começou a crescer no país, regulamentados pelas portarias 189 (em 1991) e 224 (em 1992), introduzindo os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os CAPS na tabela do SUS. De acordo com a Portaria nº 224/92, foram estabelecidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Em direção semelhante, outros dispositivos também são criados, como hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, entre outros.

Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado apresentou no Congresso Nacional seu Projeto de Lei 3.657, no qual propunha a regulamentação dos direitos de pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Até o momento, prevalecia o Decreto Presidencial n. 24.559 da Era Vargas, baixado em 1934, cujo objetivo previa a internação de pacientes em hospitais psiquiátricos mediante “apresentação de laudo médico”, sendo este possível de ser obtido por qualquer pessoa que tivesse interesse em internar alguém.

Mesmo enfrentando severas resistências na época, por parte de familiares dos/as pacientes, colegas de profissão e da classe médica, Delgado conseguiu aprovar seu PL em 1990 na Câmara dos Deputados. Dessa forma, tornou-se a primeira lei de desospitalização em curso

no parlamento latino-americano. Logo após – ainda naquele mesmo ano – o deputado federal viajou para Caracas para representar o país na conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, de modo que pudesse complementar a discussão sobre novos modelos de atendimento psicossocial.

Depois de seu retorno ao Brasil, a classe médica ainda manteve sua resistência diante das novas propostas de Paulo Delgado. Em 1991, quando foi designado ao Senado Federal como “projeto de lei da Câmara”, recebeu dois pareceres de dois relatores da época, antes de ir para votação. Em 1995, o projeto foi rejeitado por 18 votos a 4, recebendo 7 novas emendas em plenário.

Em 1998, o plenário apresentou outras 10 emendas ao parecer. De modo que, em 1999, o texto foi aprovado e enviado à Câmara dos Deputados com o substitutivo do Senado. Após algumas modificações, foi enviado à sanção presidencial e, finalmente, em 2001, a Lei Federal n. 10.216 foi sancionada. Esta ficou conhecida como “Lei Paulo Delgado” e instituiu um novo modelo de tratamento aos usuários portadores de transtornos mentais, bem como redirecionou a assistência em saúde mental brasileira, reforçando os serviços de base comunitária e regulação da internação psiquiátrica compulsória.

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

Como colocado por Paulo Amarante (2018), o processo de reforma psiquiátrica vem para, além de modificar o modelo psiquiátrico no país, colocar o sujeito como protagonista de seu próprio tratamento e do seu cuidado em liberdade. A partir do questionamento da violação da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, o processo de reforma psiquiátrica questionou também os saberes e práticas clínicas e institucionais.

## **2.2 Mudanças da política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica e a importância do paradigma da desinstitucionalização na realidade brasileira**

A concepção da loucura como doença mental e a criação de instituições destinadas a essas pessoas apresenta-se como um processo que se iniciou no Brasil entre os anos 1830 e

1920. A partir de 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental começou a adotar o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”:

[...] que significou abraçar a bandeira da eliminação progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros tipos de equipamentos comunitários, territorialmente circunscritos e voltados para a inserção social dos usuários, como passam a ser chamados os “doentes mentais”, no contexto de recuperação de sua cidadania, identidade e condições de sujeitos (PASSOS, 2009a, p. 159).

No ano de 2011, foi criada a Portaria nº 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtorno mental ou sofrimento decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da necessidade do SUS de oferecer uma rede de serviços integral, articulada e efetiva, além de ampliar e diversificar seus serviços, a RAPS foi estabelecida, com os objetivos de

Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial tem como fundamentos e diretrizes: a territorialidade, equidade, acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, buscando acolher o/a usuário/a e promover a vinculação deste em serviços que possibilitem atenção às suas necessidades. A vinculação do/a usuário/a com o serviço, o acolhimento dos/as profissionais, a longitudinalidade do cuidado, e a resolutividade das demandas postas é essencial para o acompanhamento permanente ao longo do tempo, de modo que seja possível acompanhar a intervenção do cuidado e de outros elementos na vida do/a usuário/a e, principalmente, a efetivação do serviço como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde.

Segundo APPEL (2017),

A relação do Serviço Social e a Reforma psiquiátrica, marca os movimentos democratizantes, com a descentralização do Estado a partir da Constituição Federal de 1988. Com os movimentos da Reforma Psiquiátrica sobre um olhar à pessoa com transtorno mental, fez-se o pensar da profissão em uma nova conceituação, inaugurando um novo modelo de atenção, não somente em diagnóstico científico patológico da medicina, mas com um olhar voltado ao sujeito, utilizando-se o termo reabilitação psicossocial (ROCHA, 2012).

Nesta direção, também foram estabelecidas normas e regulamentos para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, em busca do desenvolvimento do processo de desinstitucionalização. Assim, a rede de atenção extra hospitalar começou a se concretizar, com

serviços e dispositivos de atenção distribuídos pelos territórios da cidade, de acordo com a população residente.

Além da Lei nº 10.216, de abril de 2001, a Lei nº 10.708, de julho de 2003, foi imprescindível para a consolidação de novas diretrizes na política de saúde mental, no sentido da desinstitucionalização. Esta Lei institui o Programa *De Volta para Casa* (PVC), que assegura um benefício para o regresso de usuários/as com longa permanência em instituições psiquiátricas à comunidade.

Outras Portarias também foram importantes para compor as Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial, estabelecidas pela RAPS, como a Portaria nº 106, de 2000, que determina as Residências Terapêuticas e a Portaria nº 336, de 2002, que regulamenta o novo modelo assistencial, introduzindo o Centro de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades. Entretanto, ainda não era instituído um mecanismo para a redução de leitos psiquiátricos e cerca de 80% dos recursos do Ministério da Saúde ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007).

Destaca-se também o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), implementado em 2002. Trata-se de um instrumento de avaliação dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes, com o objetivo de diagnosticar a qualidade do serviço ofertado e descredenciar os hospitais de baixa qualidade. Outro instrumento importante foi o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), regulamentando em 2004, objetivando a redução dos leitos psiquiátricos de macro hospitais e hospitais de grande porte, definindo limite máximo e mínimo para redução anual de acordo com sua modalidade.

Os hospitais de menor porte são tecnicamente mais adequados a um bom funcionamento clínico e integração eficaz com a rede extra-hospitalar, ao contrário dos macro hospitais. Ao mesmo tempo, garante-se que as reduções de leitos se efetivem de forma planejada, de modo a não provocar desassistência nas regiões onde o hospital psiquiátrico ainda tem grande peso na assistência às pessoas com transtornos mentais (BARROS; SALLES, 2011: 3)

O processo de desinstitucionalização no Brasil foi colocado como eixo organizador da Política de Saúde Mental no Brasil durante o Relatório de Gestão 2011-2015. A partir desse relatório é possível analisar diversas ações integralizadas pela RAPS, como: atendimentos individual e em grupos; acolhimento diurno; ações de redução de danos; atendimento familiar; práticas corporais, expressivas e comunicativas; atendimento domiciliar; fortalecimento do

protagonismo social; atenção às situações de crise; articulação de redes intra e intersetoriais; acolhimento noturno nos CAPS III E AD III; ações de reabilitação psicossocial, entre outras.

Segundo o Relatório Anual de Gestão de 2016 do estado do Rio de Janeiro, referente aos meses de janeiro a dezembro do ano interior, diferentes ações foram analisadas a partir das metas e dos resultados alcançados: apoio técnico para implantação e credenciamento de CAPS; apoio técnico para implantação e credenciamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); apoio técnico de dispositivos da RAPS - leitos de saúde mental em hospitais gerais; qualificação e formação de novos supervisores clínico-institucionais, porém a nova legislação da época não permitiu a execução conforme aprovado pelo Ministério da Saúde; apoio técnico de implantação de Centros de Convivência, Cultura e Trabalho (CCCTs), mas não houve normatização em portaria pelo Ministério da Saúde assegurando repasse financeiro; realização de Fórum ampliado da RAPS e Fóruns temáticos de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro; coordenação e apoio técnico e financeiro para fechamento do Hospital Colônia de Rio Bonito e a desinstitucionalização dos/as usuários/as; por fim, garantir implementação das SRTs no município de Carmo.

Além disso, foram citadas metas e resultados referentes a ações específicas do CAPS, como implantação de SRTs, desinstitucionalização de usuários/as do Hospital Paracambi e Hospital Estadual Vargem, atualmente internos na Casa de Saúde Santa Mônica, e por fim, qualificação de operadores da RAPS. Busco destacar que as ações de desinstitucionalização foram alcançadas em 100% e ações como implantação de SRTs obtiveram o dobro de resultado. Porém, por outro lado, as qualificações institucionais não obtiveram nenhum resultado e o aumento de leitos de saúde mental em Hospitais Gerais alcançou a meta triplicadamente.

É importante ressaltar que, após essa data, não há publicação regular de informações referentes à gestão, financiamento e distribuição de estratégias. Desse modo, avanços significativos foram traçados ao longo dos últimos anos, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico por um modelo assistencial de cuidado qualitativo e humanizado, a partir da criação e fortalecimento de serviços substitutivos no território. Entretanto, existem diversas críticas relacionadas às mudanças realizadas na Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e elementos que reproduzem a desigualdade e denunciam a necessidade de aperfeiçoamento de alguns serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

### **2.3 Mudanças recentes na política de saúde mental: arcabouço legislativo, normativo e práticas**

A partir da estruturação e implementação inicial da RAPS foi concebido um modelo direcionado aos usuários, de modo que fosse possível a viabilização do acesso à serviços e ações, bem como o atendimento e o acompanhamento de sujeitos em sofrimento psíquico em seu território de origem. Por mais de trinta anos, este modelo teve avanços – mesmo que lentamente – na rede de serviços de bases comunitária, no orçamento destes e na proporção com o custo dos hospitais psiquiátricos. Entretanto, Paulo Delgado (2019) aponta para um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica a partir do ano de 2016.

Podemos compreender que isso ocorre a partir da edição de quinze documentos normativos, que formam o que a Nota Técnica nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS chama de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”.

Essa nova política se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “política nacional sobre drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019f).

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) publicaram artigo abordando o desmonte na política nacional entre os anos de 2016 e 2019. Essa “nova” política vem sendo bastante debatida entre as principais entidades, órgãos e pesquisadores da área de saúde mental.

Para contextualizar esse período, é importante ressaltar que, com a instauração do governo de Michel Temer em 2016, foi instituída uma medida provisória, que se tornou a Emenda Constitucional 95/2016, pactuando o congelamento de recursos destinados a diversas políticas sociais por 20 anos, dentre elas o SUS. Anterior a isso, em dezembro de 2015, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde foi renomeada com Valencius Wurch Duarte Filho (Brasil, 2015), antigo diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, no Rio de Janeiro - instituição que fora fechada nos anos 2000 após a avaliação realizada pelo PNASH/Psiquiatria. Por conta dessa nomeação, houve diversos protestos em diferentes regiões do Brasil denunciando as violações realizadas durante anos na instituição que foi considerada o maior hospital psiquiátrico de administração da América Latina. Em maio de 2016, Valencius Wurch foi exonerado do cargo (Dias, 2016).

Nesta mesma direção, foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 2.436, na qual uma das diretrizes foi a não definição de agentes comunitários de saúde (ACSs):

Uma Estratégia Saúde da Família (ESF) funcionando praticamente sem agentes comunitários de saúde (ACSs) e sem a lógica do matriciamento prejudica diretamente a possibilidade de um cuidado de base comunitária. Os fluxos, tanto de atendimentos como de formação continuada, entre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e a ESF são fundamentais para a integralidade do cuidado. Uma RAPS sem apoio da ESF corre o risco de ser muito pouco presente nas ações territoriais e de se aproximar mais do modelo pautado em ambulatórios especializados (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

A Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) juntamente com a Portaria nº 3.588, ambas consolidadas em dezembro de 2017, foram o marco da nova política, pois estabeleceram novas orientações em relação a rede de cuidado de saúde mental, de modo que foi dada uma ênfase no retorno ao cuidado hospitalar, contrário aos serviços de base comunitária. Diante disso, o hospital psiquiátrico foi inserido como parte integrante do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial, obtendo um maior financiamento. Pela primeira vez, também foi inserido o atendimento ambulatorial, hospital-dia e Comunidades Terapêuticas, esta última direcionada aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou drogas.

Diversos elementos apontam para a construção de um novo cenário que retome características asilares, como o Artigo 5º, da Resolução nº 32, que estabelece a vedação da ampliação da capacidade instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, porém, muitos leitos vem sendo desativados desde a implantação da Reforma Psiquiátrica, com a Lei Paulo Delgado. O debate é gerado a partir da mudança de estrutura, que vinha obtendo avanços há alguns anos.

É importante ressaltar que a Portaria nº 3.588 mudou as regras para estabelecimento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, deste modo apenas hospitais que tenham acima de oito leitos de saúde mental poderiam ser credenciados. Com isto, cidades menores não poderiam obter esse recurso e seria necessário encaminhar os/as usuários/as para hospitais psiquiátricos instalados nos municípios maiores. Há também, descrito na Lei, um incentivo financeiro para os hospitais que mantiverem taxa de ocupação mínima de 80%, o que se caracteriza como um incentivo à internação.

Somados a esses fatores, há também um risco considerável de desfinanciamento dos serviços que integram a RAPS. A Portaria GM nº 3.992, de dezembro de 2017, dispõe sobre



novas formas de financiamento e transferência de recursos para ações e serviços do SUS, ou seja, não há mais uma norma que trate o financiamento do Ministério da Saúde para fins específicos, ficando a cargo dos gestores. Pesquisadores ressaltam que o orçamento de saúde mental em 2019 diminuiu comparado ao ano de 2001, quando implantada a Lei de Reforma Psiquiátrica, alterando o destino de 2,7% para 2,1%.

Por outro lado, em abril de 2018, foi publicado o Edital 1/18, que realiza o cadastramento de Comunidades Terapêuticas (CTs) para receberem financiamento. O edital define que os “acolhimentos nestas comunidades podem chegar a 12 meses” (Brasil, 2018f). Dessa forma, mais de 200 CTs receberam novos contratos. A regulamentação desse serviço se articulou com a criação do CAPSad IV<sup>7</sup>, com o propósito de atuar em locais de venda de crack, que funcionam como porta de entrada para as CTs.

É importante apresentar este fato que se configura como um retrocesso considerável, visto que trata a reclusão do indivíduo e o tratamento baseado na abstinência e proibicionismo, contrariando a lógica de redução de danos e de uma assistência acessível e qualificada. Além de possuir um viés religioso muito forte e impositivo, tratando a doença mental e a questão da dependência de álcool e outras drogas como problema moral e não como de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde indica que as ofertas de cuidados para populações associadas a álcool e outras drogas devem ser integradas entre serviços de saúde mental e assistência social, numa perspectiva comunitária e territorializada (Dieguez, 2021).

O retrocesso na política sobre drogas é o ponto mais sensível dessa catástrofe. O paradigma dos direitos humanos, tolerância, combate ao estigma e redução de danos, na política de drogas, tornou-se, desde 2003, o desafio constante e cotidiano para todos os trabalhadores do campo da Reforma Psiquiátrica. (...) Esta aposta foi estrepitosamente derrotada, pela ideia quase delirante de confinamento de todos os “drogados”. O golpe de 2016 rompeu o equilíbrio instável entre as visões de controle/confinamento e de acolhimento/inclusão social no âmbito da política de drogas (...) É aqui, no front da política de drogas, nessa terra sem lei pelo excesso da lei, que temos o mais difícil enfrentamento na resistência ao desmonte da Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2019b, *grifo no original*).

Diversas portarias, editais e resoluções fomentam o que atualmente é conhecido como a “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. “O Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (Nota Técnica 11). Chama atenção a menção à eletroconvulsoterapia,

<sup>7</sup> Inserido no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em maio de 2018, trata-se de um serviço que objetiva prestar “assistência a urgências e emergências”, em detrimento da atenção à crise. Apresenta característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem enfermarias de até 30 leitos. (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020)

considerado instrumento de aparato terapêutico para casos apontados como mais graves, contrariando dados históricos que referiam a este como instrumento de tortura nos manicômios.

Outro fator relevante é a não realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que estava prevista para maio de 2022 e teve sua data adiada. É um espaço potente para discussão e debate de desafios, limites e avanços na Rede de Atenção Psicossocial Brasileira. É colocado pelo Conselho Federal de Psicologia a importância e necessidade de realização da CNSM

Saúde mental se constrói de forma coletiva e temos assistido o desmonte do atendimento à saúde mental, também com o retrocesso de práticas como eletrochoque. Toda a sociedade deve ter assento na Conferência, para que seja um lugar para avançar com os compromissos com usuários e profissionais (CFP, 2022).

Dessa forma, se configura um grande desafio em contramão aos princípios e diretrizes estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica. O que foi mencionado acima coloca o ambiente hospitalocêntrico, com suas características asilares e reverbera o estigma direcionado aos/as usuários/as que possuem dependência química, em detrimento do fortalecimento e do financiamento de serviços substitutivos e da lógica de redução de danos, estratégias fundamentais para o processo de desinstitucionalização. Delgado (2019) menciona que “o que está em jogo é uma mensagem de retorno ao passado”.

No capítulo 3 será apresentado a rede assistencial de saúde mental no território do Rio de Janeiro e o local em que foi realizado a pesquisa de campo, bem como as características institucionais e dos/as usuários/as.

**Capítulo 3:**  
**Trajetórias de usuários/as da saúde mental acompanhados no IPUB/UFRJ: os percalços da desinstitucionalização**

### 3.1 A Rede de Atenção Psicossocial no estado do Rio de Janeiro

Segundo Amarante (2007:82),

[...] é necessário que existam serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e compromissados a ajudá-las.

Com a regulamentação da Portaria n. 3.088, foi estabelecido a garantia de acesso e qualidade do serviço, atribuindo cuidado integral e multiprofissional, bem como atenção humanizada, diversificação de estratégias de cuidado e ênfase em serviços na base territorial, favorecendo a inclusão social e a autonomia do indivíduo. Tem como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que visa buscar uma estratégia de intervenção interdisciplinar para o usuário, em conjunto com a equipe, o território, a família e o próprio sujeito (HORI; NASCIMENTO, 2014).

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (BRASIL, 2007). Ao realizar o PTS juntamente ao usuário, torna-se possível que o mesmo crie autonomia e tenha consciência de sua própria condição de saúde, além de poder ser orientado sobre o serviço que está sendo utilizado e sobre os encaminhamentos e tratamentos adequados para sua necessidade, por isso se torna importante a adesão e participação do sujeito. Desenvolve-se um processo coletivo, no qual há o envolvimento do usuário, da equipe de referência e de seu suporte familiar, caso haja, para definir ações e metas para responder às demandas colocadas.

Nesse momento, o que se visa não é uma simples substituição do manicômio pela Residência Terapêutica e CAPS, mas um verdadeiro e radical desmantelamento da lógica institucional moderna que, além de excluir socialmente, aniquila o poder de contratualidade<sup>8</sup> e autonomia do louco (QUINTELLA; FERREIRA; AMARAL, 2013):

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas

---

<sup>8</sup> Tykanori (1996) aborda a *contratualidade* como a dimensão das relações de trocas que um sujeito exerce, dentro do campo social, sendo estas trocas divididas, basicamente, em três: trocas de bens, mensagens e afetos. O sujeito, enquanto institucionalizado, tem seu poder contratual anulado, pois seus bens se tornam suspeitos, suas mensagens incompreensíveis e seus afetos desnaturados (QUINTELLA; FERREIRA; AMARAL, 2013)

ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais (AMARANTE, 2007).

A partir das necessidades e demandas postas no território, são ofertadas estratégias de cuidado para os usuários, que devem ser administradas de acordo com a frequência e relevância das demandas, além de ser observado critérios de risco, vulnerabilidade e sofrimento que também devem ser acolhidos. Os componentes da RAPS são: Atenção Básica; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial.

Para começar, falaremos um pouco da Atenção Básica, que tem como uma de suas principais diretrizes possibilitar o primeiro acesso ao sistema de saúde. Nesse dispositivo, desenvolvem-se ações territoriais, de modo que seja desenvolvido o vínculo entre o usuário, a comunidade e sua família a partir do trabalho realizado pelos profissionais da área. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é um dos principais pontos de atenção da Atenção Básica. Vinculada ao serviço está o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)<sup>9</sup>, composto por uma equipe multidisciplinar, que atua de maneira integrada e articulada com as Equipes de Saúde da Família, Equipes da Atenção Básica para populações específicas e diretamente ligada ao apoio matricial. Segundo a Portaria nº 3.088, a UBS é formada por

Equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Outro serviço integrado à Atenção Primária é a equipe de Consultório na Rua, que realiza um atendimento voltado para situações específicas, ao contrário das Unidades Básicas de Saúde que têm o atendimento direcionado ao público geral. No entanto, suas ações são compartilhadas e integradas às UBS e, quando necessário, ao CAPS. Regulamentada pela Portaria nº 122, de 2011, é organizada por uma equipe multiprofissional, atuando de forma itinerante, visando desenvolver ações e cuidados para a população em situação de rua, pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas. Atua também com ações

---

<sup>9</sup> O NASF deve atuar de forma integrada e articulada, apoiando a Equipe de Saúde da Família (ESF), a partir de demandas identificadas no processo de territorialização que a unidade está inserida. Não são instituídos como a porta de entrada da rede, tem como objetivo ampliar a abrangência e resolubilidade do serviço. São equipes compostas por diversos profissionais e diferentes áreas de conhecimento, compartilhando práticas em saúde e ampliando o acompanhamento de forma longitudinal do usuário (Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008).

de redução de danos, prevenção de saúde, atividades educativas e culturais, acompanhamento do cuidado e demandas recorrentes, encaminhamento para a rede de saúde intersetorial, além de estar articulada com outros serviços da Rede.

Na Atenção Básica, a equipe de apoio aos serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório oferece suporte clínico e apoio aos pontos de atenção da rede, prestando serviços de atenção e prevenção à saúde de forma longitudinal.

Para usuários em sofrimento psíquico e/ou necessidades decorrentes do uso de *crack*, *álcool e outras drogas*, existe uma unidade pública na qual são oferecidas estratégias de inclusão social, através do serviço de espaços de convívio, não sendo um equipamento de caráter assistencial, mas um espaço de articulação com a vida cotidiana.

Os Centros de Convivência e Cultura, iniciativa do Ministério da Saúde e articulada ao Ministério da Cultura posteriormente, foram implementados a partir de 2005 e possibilitou aos usuários a construção de sua própria autonomia a partir de um ambiente de convivência coletiva, no qual há trocas, produção de saúde, construção de oficinas e atividades que buscam melhoras concretas das condições de vida. São oferecidos espaços de sociabilidade, produção e intervenção no território, facilitando a construção de laços comunitários e relações sociais, bem como a inclusão social. Segundo a Portaria nº 396 de 2005, “a implementação de um Centro de Convivência e Cultura deve ocorrer apenas em municípios que já tenham construído resposta pública efetiva para os transtornos mentais severos e persistentes”.

Outro dispositivo que compõe a RAPS é a Atenção Psicossocial Especializada, cujo ponto de atenção é o CAPS. Em 2002, a Portaria nº 336 regulamentou o CAPS e seus serviços começando a integrar a rede do Sistema Único de Saúde. Foi ampliado o funcionamento e a complexidade deste ponto de atenção, de modo que pudesse ser ofertado aos usuários um atendimento integral, efetivo, que evitasse internações e favorecesse o exercício da autonomia e reinserção comunitária. O serviço tem como principais características o tratamento em base territorial, podendo ser tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, e as atividades são realizadas em espaços coletivos, sempre articuladas com os demais componentes da rede. Para o manejo do cuidado é necessário a construção do PTS do usuário, envolvendo a equipe, a família e o próprio sujeito.

Os CAPS são divididos em diferentes modalidades, que se diferem no atendimento prestado. O CAPS I atende a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais severos e

persistentes e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, *álcool* e *outras drogas* de todas as faixas etárias, bem como o CAPS II. Já o CAPS III, oferece serviço de atenção contínua, com atendimento 24 horas todos os dias, incluindo finais de semana e feriados, retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços da rede de saúde mental, inclusive CAPS AD.

O serviço de CAPS AD atende pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tanto adultos quanto crianças e adolescentes, considerando a legislação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Já o CAPS AD III, atende o mesmo perfil de usuário, mas é direcionado para cuidados clínicos contínuos, de modo que tenha no máximo 12 leitos para observação e monitoramento. Funciona 24 horas por dia todos os dias, incluindo finais de semana e feriados. E o CAPSi atende crianças e adolescentes com sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e aqueles que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

Estratégico para atuar de forma territorial, a expansão e ampliação deste serviço foi essencial para o atendimento à Saúde Mental no Brasil. A composição de uma rede pública de CAPS sofreu resistências inicialmente, pois o Sistema Único de Saúde possibilita a contratação de serviços privados de forma complementar à rede pública. No entanto, após a III Conferência Nacional de Saúde Mental e o caráter estratégico do serviço, ficou decidido a implementação de uma rede totalmente pública de CAPS. A partir de 2003, apenas CAPS públicos foram cadastrados no Ministério da Saúde.

O dispositivo de Atenção de Urgência e Emergência é responsável pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado no manejo de situações de urgência e emergência. Deve estar articulado com os CAPS do território para que, quando necessário, seja possível remanejar o cuidado, seja em caso de encaminhamento para uma internação ou para serviços residenciais de caráter transitório. De acordo com o Ministério da Saúde

A articulação com o SAMU e a regulação das urgências em saúde mental são de fato essenciais para o fortalecimento e ampliação das ações de saúde mental no SUS. [...] o SAMU assumiu, em conjunto com a área de saúde mental, a responsabilidade pelo atendimento às urgências psiquiátricas e pelo fomento à implantação de CAPS e de serviços de urgências em hospitais gerais nos municípios onde está implantado. (BRASIL, 2007).

A Unidade de Acolhimento (UA) e os Serviços de Atenção em Regime Residencial fazem parte do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório da rede. As Unidades de Acolhimento foram instituídas pela Portaria nº 121, no ano de 2012, visam oferecer

acolhimento voluntário com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial para usuários de ambos os sexos, que apresentam vulnerabilidade social e/ou familiar e demandam acompanhamento continuado e protetivo. Devem garantir direitos de moradia, educação e convivência familiar e social. O tempo de permanência tem a duração de até seis meses e é definido pela equipe do CAPS de referência, de acordo com seu PTS. As unidades se dividem em duas modalidades: adulto (maiores de 18 anos) e infanto-juvenil (adolescentes e jovens de 12 a 18 anos completos).

Já os Serviços de Atenção em Regime Residencial são destinados para adultos com necessidades clínicas estáveis. Tem um período máximo de seis meses, podendo ser prorrogado mais três em caso de necessidades, para o manejo do cuidado contínuo e efetivo. Funciona de forma articulada com o CAPS, responsável pela indicação da Unidade de Acolhimento, acompanhamento especializado, planejamento e seguimento do cuidado, e com a Atenção Básica, de modo que possa ser reforçado o cuidado clínico geral. O objetivo é promover a reinserção do usuário no território, através do estímulo a situações de convívio social entre os usuários residentes, promoção de reuniões e atividades de lazer, cultura, entre outros, sejam coletivas ou individuais, orientação sobre prevenção do uso de *crack*, *álcool e outras drogas* com base em dados técnicos e científicos, bem como seus direitos no SUS.

O dispositivo da Atenção Hospitalar abrange a enfermaria especializada e realiza atendimentos em Hospital Geral, de modo interdisciplinar, oferecendo tratamento para casos graves e agudos, em especial abstinência e intoxicação severa. Está articulado ao Projeto Terapêutico Singular do sujeito e deve realizar internações por um curto período até alcançar estabilidade clínica. Já o Serviço Hospitalar de Referência oferece suporte hospitalar, através de internações de curto período, para usuários de *crack*, *álcool e outras drogas* em situações que incluem comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica. Em nível local ou regional, segue-se a lógica da redução de danos.

Um dos serviços que compõem as estratégias de Desinstitucionalização são os Serviços Residenciais Terapêuticos, caracterizados por serem moradias localizadas em um determinado território, destinado às pessoas que recém saíram de instituições de longa permanência, hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Também funcionam como apoio para usuários de outros serviços da Rede que não possuem suporte familiar ou social para garantir um local adequado de moradia. Como um dos objetivos é a inclusão social do usuário na rede de serviços,



na comunidade e em relações sociais, é importante que além de se pensar no coletivo, prevaleça a percepção da singularidade de cada um.

Complementar a esse ponto de atenção, o governo desenvolveu o Programa De Volta Para Casa, que foi instituído em 2003 através da Lei Federal nº 10.708. Trata-se de uma política pública que garante um auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de internações de longa permanência em hospitais, unidades psiquiátricas ou hospitais de custódia no pagamento de valor de 412 reais mensais. Segundo o Manual “De Volta para Casa” (2003):

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Como consequência, maiores serão as chances de uma reabilitação psicossocial, com acesso ao tratamento adequado, menores o estigma e a discriminação, maior o *empowerment* de usuários e familiares, maior a articulação entre os técnicos, maior a disponibilidade e vontade políticas, menores lacunas assistenciais (Carvalho, Delgado, 2016).

Há também o dispositivo de Reabilitação Psicossocial, constituído por iniciativas de geração de renda e trabalho, empreendimentos e cooperativas sociais. São ações de caráter intersetorial com o objetivo de formação, qualificação e inclusão produtiva de pessoas com transtorno mental ou necessidades decorrentes de uso de *crack, álcool e outras drogas*. São articuladas com outros dispositivos da Rede e com recursos disponíveis no território, de modo que seja possível a construção de melhores condições de vida, ampliação da autonomia e inclusão social de usuários da rede.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos somados ao Programa de Volta para Casa e o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no SUS se tornam o tripé indispensável. Permitem que o cuidado centrado no modelo hospitalocêntrico seja ultrapassado para abrir portas para o modelo extra-hospitalar, de base comunitária, de modo que se torne um conjunto essencial de estratégias para garantir a efetivação do processo de desinstitucionalização.

A formação de uma rede em saúde mental significa, assim, a estruturação do território, e ampliação de rede de modo a aumentar as possibilidades de viabilidade e visibilidade do sujeito, antes enclausurado e alienado de si e do outro (Carvalho; Delgado, 2016).

No Rio de Janeiro, são articuladas e gerenciadas diretrizes e ações no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial a partir da Superintendência de Saúde Mental, subordinada à Secretaria Municipal de Saúde do estado. Assim, é possível a organização dos dispositivos que compõem a Rede, como foi citado anteriormente. Para isso, são estabelecidos Planos de Ação, ou seja, atividades e metas regionais para amplificação e qualificação em todo o estado do Rio de Janeiro, construídos em oficinas regionais com coordenadores municipais de saúde mental, da atenção básica e da rede de urgência e emergência, além da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Regionais e da Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde.

Como indicado pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio, um dos pontos mais importantes para a implantação da linha de cuidado de saúde mental, álcool e outras drogas é o controle da porta de entrada para internações em hospitais psiquiátricos especializados, de modo que seja possível garantir uma avaliação clínica responsável e a continuidade do cuidado após a desospitalização.

Atualmente, a Prefeitura carioca possui 18 CAPS, 6 CAPSad - dois deles possuem Unidades de Acolhimento - e 8 CAPSi, totalizando 31 unidades especializadas próprias. Na esfera estadual e federal, possuem mais 3, totalizando 35 CAPS no município do Rio de Janeiro (RJ).

### **3.2. O IPUB/UFRJ e suas características**

O Hospício Pedro II, fundado em 1852, faz parte da origem do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. Em 1893, foi criado o Pavilhão de Observação dentro daquele hospício, sendo este destinado à assistência dos/as usuários/as e aos estudos de psicopatologia. Em 1927, a instituição foi renomeada de Instituto de Psicopatologia e Assistência a Psicopatas e, em 1938, através do Decreto-Lei nº 591, ele foi incorporado à Universidade do Brasil, passando a constituir o que é hoje o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ.

Assim, atualmente o IPUB tem como objetivo “desenvolver ações de ensino e pesquisa, em consonância com a função social da Universidade, articuladas à assistência à saúde mental

integradas ao Sistema Único de Saúde, provendo ao seu público atendimento de qualidade de acordo com os princípios éticos e humanísticos” (IPUB, 2019). As atividades de ensino e assistência, bem como o financiamento do Hospital é consolidada por recursos advindos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Ministério da Educação (MEC).

Na década de 1930, o Estado se tornou o principal agente de desenvolvimento econômico e social. No campo da psiquiatria, as estruturas hospitalocêntricas eram referências no atendimento. Em 1934, foi promulgada a Segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais que “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção a pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências” (BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934). Aquele Decreto reforçou a internação psiquiátrica (por vezes compulsória) como principal meio de tratamento.

Atualmente, comprometido com a Reforma Psiquiátrica, o IPUB investe na humanização do tratamento no setor de Internação, destinado a usuários/as graves que induzam risco a si mesmos ou a outrem e para os quais as modalidades de tratamento externas não são adequadas e eficazes. O período de internação é apenas o necessário para o controle de sintomas e a estabilização da pessoa, buscando sua reintegração na vida social (IPUB, 2019).

Localizado no Campus da UFRJ na Praia Vermelha, o IPUB oferece atenção ambulatorial a idosos/as, crianças, adolescentes e adultos/as, além de internação especializada para maiores de 18 anos, bem como é responsável pela execução de procedimentos de alta complexidade, considerando o contexto de necessidades macrorregionais, na modalidade de Serviços Residenciais Terapêuticos. Divide sua assistência em diversos prédios, são eles: Internação, Ambulatório, Hospital-Dia, Centro de Doenças de Alzheimer e Outras Desordens Mentais na Velhice (CDA), Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD), Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil CARIM (CAPSi II CARIM), Serviço de Psiquiatria e Psicanálise da Infância e Adolescência (SPIA):

- Internação: tratamento de usuários/as graves, submetidos a risco psicossocial. Divide-se em duas enfermarias, separadas por gênero, localizadas em pátios abertos internos e com um posto de enfermagem para cada uma delas. Hoje a enfermaria dispõe de 115 leitos psiquiátricos e 2 a 4 leitos para intercorrências

clínicas<sup>10</sup>. Na internação, são 48 leitos para a enfermaria masculina e 69 para a feminina, acomodados em quartos compostos por 4 ou 5 leitos (IPUB, 2019).

- Ambulatório: centraliza a maior parte dos atendimentos externos do Instituto de Psiquiatria. Possui uma estrutura composta por aproximadamente 19 salas de atendimento, preparadas para atendimentos individuais ou em grupo.
- Hospital-Dia: criado em 1987 com o objetivo de intermediar a situação do indivíduo com doença mental e sua religação com a vida social.
- CDA: setor com atendimento multidisciplinar voltado para idosos/as acima de 60 anos de idade com qualquer tipo de problema na esfera psicológica, psiquiátrica e neuropsiquiátrica – demências, depressão, ansiedade e psicoses.
- PROJAD: fundado em 1996, desenvolve atividades de pesquisa, ensino e assistência no campo dos problemas relativos ao uso de substâncias psicoativas. A questão da dependência química requer da equipe multiprofissional deste serviço a utilização de dispositivos diferentes: ambulatório individual, atendimento em grupo e a familiares, oficinas terapêuticas e, quando necessário, encaminhamento para internação.
- CAPSi II CARIM: fornece atendimento e acompanhamento clínico, além de promover a reinserção social de crianças e adolescentes, portadores de transtornos mentais graves, bem como de seus familiares e/ou responsáveis legais.
- SPIA: promove estudo e pesquisa sobre a especificidade do trabalho com crianças e adolescentes, bem como articulação com as práticas clínicas desenvolvidas no serviço.

Além destes espaços já mencionados, em sua estrutura física o IPUB tem também a Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho, de livre acesso e para o público em geral. Ela contém livros, monografias, obras, teses e dissertações nas áreas de psiquiatria, saúde mental, psicanálise, filosofia e religião. O Departamento de Serviço Social fica localizado em uma sala

---

<sup>10</sup> Ocorrência inesperada em um procedimento médico; situações inesperadas nos usuários/as em emergência médica.

na entrada do primeiro andar do prédio ocupado pela Administração e Enfermarias. Há também 3 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) em instalações externas à sede.

O IPUB promove também ações voltadas para pesquisa científica, o ensino qualificado e a prestação de serviços. Não possui emergência aberta, por isso sua porta de entrada de referência é o Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), situado ao lado da UFRJ, e fornece atendimentos também quando encaminhados pelo SUS. Em situações excepcionais, o IPUB também recebe usuários/as encaminhados/as de outras áreas programáticas da política municipal de saúde, derivados dos seguintes pronto-atendimentos: Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ), Hospital Municipal Jurandyr Manfredini (Colônia Juliano Moreira) em Taquara/Jacarepaguá, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira em Engenho de Dentro, Coordenação de Emergência Regional Barra/Hospital Municipal Lourenço Jorge em Barra da Tijuca, Hospital Municipal Ronaldo Gazolla em Acari, SMS Policlínica Rodolpho Rocco em Del Castilho e, também, muitos/as dos/as usuários/as internados/as são naturais de outros municípios ou até de fora do estado do Rio de Janeiro (RJ), devido à precariedade de serviços básicos de psiquiatria e saúde mental nos seus locais de origem e/ou residência.

Em 2003, as vagas para internação no IPUB passaram a ser submetidas ao controle da Central Reguladora de Vagas da Secretaria Estadual de Saúde. Seu âmbito de atuação é a Área Programática (ou Área de Planejamento Municipal) 2, dividida em 2.1 e 2.2.

O setor de internação é composto por um médico psiquiatra, dois clínicos gerais; um *staff* composto por um/a supervisor/a de equipe clínica, vulgo médico psiquiatra, uma assistente social e uma enfermeira designados/as para cada dia útil da semana; uma equipe de Residentes Médicos (Psiquiatras) com trinta e dois componentes divididos em grupos orientados por um supervisor de equipe clínica; uma equipe de Residentes Multidisciplinares (Psicólogas, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros/as e Assistentes Sociais) com vinte componentes divididos em grupos referenciados aos Residentes Médicos; seis estagiários de Serviço Social inseridos no *Staff*, sob a supervisão de campo das Assistentes Sociais. Cada equipe se divide para cada plantão em cada dia da semana.

### **3.3. A população usuária do IPUB/UFRJ**

No Instituto de Psiquiatria são aceitos/as usuários/as maiores de 18 anos completos, que estão submetidos/as a um intenso risco psicossocial para os quais a modalidade externa de

tratamento não se mostra adequada. Fazem parte tanto indivíduos que possuem histórias de transtorno psiquiátrico crônico quanto aqueles que apresentam crise aguda, como usuários/as sem história psiquiátrica ou que já fazem algum acompanhamento na rede de saúde mental.

O perfil dos/as usuários/as internados/as no Instituto que apresentaremos nesta monografia foi coletado durante o período de outubro a novembro de 2019, durante o estágio da autora desta monografia na instituição. Ele foi feito a partir de entrevistas e de acolhimentos sociais realizados pelo setor de Serviço Social e de dados provenientes dos prontuários disponíveis, comuns à equipe multidisciplinar. Outra fonte de dados utilizada para compor o perfil foram os relatos dos/as próprios/as usuários/as e/ou familiares. Além disso, referem-se exclusivamente à experiência da equipe de 5ª feira, da qual fazia parte a autora deste trabalho enquanto estagiária. Sendo assim, foram considerados os dados das abordagens de 16 pessoas, sendo 10 mulheres e 6 homens.

Ainda que as mulheres constituam maioria no setor de internação, é fundamental ampliar a discussão da relação entre masculinidade e saúde mental. Embora a masculinidade hegemônica esteja sendo progressivamente desconstruída, ainda há a prevalência do silêncio e da relativização, bem como da minimização dos sentimentos masculinos. A lógica de ser “naturalmente forte e não precisar disso [referente ao cuidado em saúde mental]” que é comumente escutado em nossa sociedade, refere-se a essa questão. Sentimentos, frustrações, angustias, quando silenciadas podem repercutir no corpo através de diferentes formas, podendo expressar-se em um adoecimento físico e/ou mental.

Apesar do fluxo constante entre internações e altas médicas, na distribuição por gênero dos/as usuários/as dentro da equipe persistiu a maioria feminina no período analisado. Além de serem maioria, são também as mulheres as que mais apresentavam demandas ao Departamento de Serviço Social, pois solicitavam diariamente atendimento para questões, como a necessidade de se comunicarem com suas famílias, a obtenção de conhecimentos sobre benefícios assistenciais e sobre o prazo de permanência no IPUB, ou apenas para conversarem sobre algum outro assunto de seu interesse.

Segundo os dados coletados, podemos aferir que o transtorno mental se manifesta principalmente na idade em que o sujeito está desempenhando papéis sociais fundamentais. Em casos de esquizofrenia ou transtorno bipolar, por exemplo, o surgimento dos sintomas raramente ocorre antes dos 10 anos ou após os 50 anos de idade, mas podem avançar até a

terceira idade. Conforme coletado em seus prontuários, de modo geral os sintomas surgiram na adolescência ou no início da vida adulta, momento em que a maioria também vive os desafios de se inserirem no mercado de trabalho e nas relações adstritas à vida adulta. Naquele momento, a maioria dos/as usuários/as internados/as tinha entre 30 e 49 anos de idade.

A naturalidade dos usuários/as foi coletada a partir do histórico disponível em prontuários, a partir de relatos familiares e/ou de outros dispositivos que articulam com a rede assistencial e puderam fornecer um histórico de documentação civil. Isto ocorre porque, às vezes, o/a usuário/a chega ao IPUB sem ter consciência do lugar físico onde está, não se recorda de como chegou ou de seu local de origem.

Mas, no período de coleta dos dados os/as usuários/as eram oriundos/as do município do Rio de Janeiro, o que demonstra que – pelo lado positivo – parte da população da cidade está conseguindo ter acesso a um de seus dispositivos de tratamento em Saúde Mental. Entretanto, vale lembrar que a população usuária do IPUB, muitas vezes, é oriunda de diferentes municípios, tais como Duque de Caxias, Japeri e Queimados e, dentro do Rio de Janeiro, de diferentes bairros e de diferentes áreas programáticas, tais como: Anchieta, Bangu, Coelho Neto, Cosme Velho, Glória, Grajaú, Humaitá, Olaria, Realengo e Vila Isabel.

Em relação à distribuição por escolaridade, apresenta um baixo acesso, porém com aparições de níveis escolares mais altos – como o exemplo de uma usuária que estava cursando a própria UFRJ e de alguns que completaram o ensino médio. Os dados referentes à esse indicador dividiam-se em fundamental completo, fundamental incompleto, ensino médio completo e ensino superior incompleto. Mas, em sua maioria, eles/as possuem apenas o fundamental completo.

Os dados referentes à raça foram coletados a partir dos prontuários e de relatos registrados durante as entrevistas sociais. Pudemos aferir então, que a predominância no setor da internação da equipe de 5ª feira foi de usuários/as negros/as.

Em relação à religião, foi preciso pensar no contexto em que esses/as usuários/as estão inseridos/as, pois, por vezes, apresentavam delírios quando abordavam esse tema. Nesta variável foi levado em consideração não apenas o que foi dito pelo/a próprio/a usuário/a, como também o relato de familiares coletado durante a entrevista social. No que tange o pertencimento religioso, a predominância foi de usuários/as com religião neopentecostal, mas, normalmente (segundo eles/as mesmos/as, em sua maioria) não praticam a religiosidade.

Em relação à conjugalidade, o que prevaleceu foram usuários/as solteiros/as. É possível que isso corresponda aos limites impostos à convivência com pessoas em sofrimento mental. Como existe pouco suporte das políticas sociais especialmente dirigido a familiares de pessoas em sofrimento mental, tais famílias – e, principalmente os/as cônjuges – têm que muitas vezes responder sozinhas aos desafios variados do convívio.

Em relação à morbidade dos/as usuários/as no setor da internação, só podem ser internados/as usuários/as com algum sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais. Para isso, foi avaliado de acordo com o laudo médico qual deficiência ou doença crônica, eles tinham e o número do seu CID. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10). A partir daí, foi possível perceber que, em sua maioria, são usuários/as que manifestam esquizofrenia, mas também há um número relevante daqueles/as que desenvolveram transtornos em decorrência do uso de drogas. Atualmente, a dependência química também é considerada um transtorno mental:

Esse deve ser entendido como uma pessoa com uma doença multicausal que necessita no curso de seu tratamento, de um trabalho multiprofissional com intervenções que visem sua reinserção à sociedade e o retorno ao seu estado sadio. Assim, deve-se, preferencialmente, tratá-lo em seu meio social, porém tão importante quanto tratá-lo é investir em estratégias de promoção da saúde e prevenção do uso e abuso de drogas (SILVA *et al*, 2010).

Segundo o Portal PEDMED (2021), estudos revelam que 29,4% dos homens de 18 a 60 anos são atendidos na atenção primária e apresentam algum quadro de sofrimento psíquico. Os homens solteiros e consumidores em abuso de álcool e outras drogas, lideram os índices de adoecimento mental.

A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica que se caracteriza pela perda de contato com a realidade, no qual o indivíduo pode ter delírios persecutórios e alucinações. Manifesta-se de forma variada, independentemente da classe socioeconômica em que se está inserido/a. No geral, a doença se inicia na faixa etária jovem, no homem, ela em geral ocorre por volta dos 25 anos de idade, sendo raro ele adoecer por volta dos 40 anos. Nas mulheres, isso ocorre por volta dos 29/30 anos, porém em cerca de 10% dos casos há o primeiro surto psicótico depois dos 45 anos. A incidência da esquizofrenia é a mesma para ambos os sexos, e a proporção é de um homem para cada mulher com a doença. Segundo o Dr. Dráuzio Varella (2012), a esquizofrenia é uma doença própria da condição humana e independe de fatores externos. Em cada 100 mil habitantes, surgem de 30 a 50 novos casos por ano.



O total de morbidades existentes não foi igual à quantidade de usuários/as analisados/as, pois estes/as estão sujeitos/as a terem mais de uma morbidade, como é o caso de usuários/as que possuem esquizofrenia e, também, um intenso e prejudicial uso de drogas. Foram 24 morbidades listadas.

Em relação à sua composição familiar, muitos/as usuários/as não possuem nenhum tipo de vínculo familiar e, por vezes, quando possuem, ainda residem sozinhos ou em residências em que realizam um tratamento, como o caso de abrigos ou de moradia assistida<sup>11</sup>.

Normalmente, em sua maioria, o/a usuário/a reside com alguém que possa lhe oferecer algum tipo de suporte, seja ele pai/mãe, ou tia/o, companheiro/a, entre outros. Há casos de usuários/as que residem sozinhos/as por não terem nenhum tipo de suporte social ou por não terem nenhum vínculo familiar.

Por serem portadores de transtornos mentais, há casos em que os/as usuários/as nunca trabalharam por estarem incapacitados de desenvolver uma atividade laborativa, mas também há casos de que os/as usuários/as desenvolviam sua atividade normalmente e, somente depois de algum tempo, com a evolução da doença e dos sintomas, tiveram que interrompê-la. Por isso, há uma grande demanda por solicitação de benefícios previdenciários que possam assegurar uma fonte de renda a essa população que exercia atividade laborativa.

A maior parte dos/as usuários/as, estava solicitando um benefício por meio do INSS, porém com a alta demanda e a precarização do serviço há uma crescente dificuldade em agilizar o processo a tais benefícios. O principal benefício requerido por eles é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), principalmente para aqueles que nunca obtiveram um trabalho formal. Para aqueles/as que trabalhavam formalmente e tiveram que parar a atividade devido à crise psíquica, solicita-se o auxílio-doença. Mas há também casos de quem trabalhou informalmente e por isso não tem direito aos benefícios previdenciários, mesmo que seu adoecimento tenha causalidade relacionada às relações de trabalho existentes.

Portanto, além dos benefícios previdenciários e assistenciais e de transferência de renda disponibilizados por pessoas com as quais o/a usuário/a possui vínculo, não há outra fonte de renda registrada nos prontuários.

---

<sup>11</sup> Residência habitada por pessoas portadoras de deficiências ou transtornos mentais, onde, vivem de quatro a cinco moradores. Eles recebem cuidados de enfermeiros, psicólogos, terapeutas e cuidadores que se revezam para manutenção do cuidado.

De acordo com a ocupação, a maioria nunca trabalhou formal nem informalmente – exceto o caso de um usuário que está cursando o ensino superior. E entre aqueles que trabalhavam de modo formal e informal, estavam todos/as desempregados/as.

Por fim, para além dessas informações, foi possível aferir sobre o tratamento desses/as usuários/as. Como por exemplo, a verificação sobre algum acompanhamento antes de chegarem a ser internados/as no IPUB ou se é a primeira internação e se, por necessidade, já foram internados/as em outros lugares antes. Entre os 16 usuários/as entrevistados/as, apenas quatro já haviam sido internados/as anteriormente na instituição, três estavam sendo internados/as pela primeira vez em toda sua vida e nove já haviam sido internados/as em outras instituições anteriormente. Em relação ao tratamento, muitos/as são encaminhados/as para outros dispositivos de unidades de saúde, de acordo com sua morbidade e seu Projeto Terapêutico Singular. Há também casos que são encaminhados para o próprio ambulatório do IPUB, por estarem mais perto do território e por manterem ali o acompanhamento.

Em sua maioria, eles/as possuem documentação civil. Mas, há casos em que algumas pessoas chegam à internação sem qualquer documentação, pois relatam que perderam devido à desorganização no momento de crise, no qual foram acolhidos/as pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em situação de rua e há também aqueles que nunca obtiveram documentação alguma além da Certidão de Nascimento. Quando o/a usuário/a possui algum tipo de vínculo, fica mais fácil obter informações referentes a ele/a.

Há um estatuto jurídico chamado *curatela*, no qual o juiz impõe um curador que seja capaz de cuidar dos interesses de outra pessoa que não possua capacidade de fazê-lo. No setor de internação, na equipe de 5ª feira, havia quatro casos de indivíduos curatelados por familiares, que administram seus bens, bem como seu tratamento, ou na verdade, deveriam. Há casos em que, quando analisados, podemos perceber que o indivíduo que tutela o/a usuário/a se apropria de seus bens, como o recebimento de benefícios previdenciários/assistenciais, não colaborando para a administração da vida do sujeito e de seu tratamento.

Sendo assim, a realidade dos/as usuários/as com transtorno mental é ainda mais complexo, considerando o contexto em que estão inseridos, diante de questões socioeconômicas e culturais da realidade socioeconômica da maioria da população brasileira, que se abrange com a ausência de vínculos familiares e precarização dos serviços públicos. Portanto, as demandas apresentadas ao Serviço Social dizem respeito às expressões da questão social, expressas na

solicitação de benefícios, sem o apoio de políticas públicas suficientes, na dificuldade de acessos aos medicamentos, à documentação, ao transporte etc.

Para isso, é necessário analisar a realidade do sujeito em sua totalidade, baseado no conhecimento da relação dele com seu vínculo social e/ou familiar e o território em que está. A partir disso, articulado com a equipe multiprofissional, constrói-se o PTS, analisando a necessidade de orientação e encaminhamento do/a usuário/a e seu núcleo familiar para prosseguir o acompanhamento de seu tratamento.

O perfil de usuários/as que esta equipe atendia naquele período caracteriza-se majoritariamente por mulheres, negras, evangélicas, de baixa escolaridade, sem ocupação, do município do Rio de Janeiro, como visto acima. Para além, os serviços da rede pública que esta população usuária relata utilizar na rede extra-hospitalar são os componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tais como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Clínicas da Família (CF), CAPS, CAPSi, CAPSad etc.

Mais análises e pesquisas se tornam importantes, principalmente em relação ao território ao qual estes/as usuários/as fazem parte, pois o serviço de saúde está cada vez mais precarizado. Por isso acontecem casos em que:

Muitas pessoas portadoras de transtornos mentais, em razão do uso de substâncias psicoativas estão sendo atendidas em serviços onde a equipe de saúde não está capacitada para atender suas reais necessidades e, como consequência, tem-se uma assistência inadequada devido à precariedade da estrutura física e número insuficiente de profissionais. Para conseguir implantar as ações de saúde mental na AB, é necessária a implantação de apoio matricial no município, quer seja oferecido por profissionais do CAPS ou quer por uma equipe do Núcleo de Apoio da Família (PEREIRA *et. al.* 2012).

Para prosseguir o tratamento que se iniciou na internação é necessário que o indivíduo, de acordo com seu PTS, mantenha o uso de medicamentos e o acompanhamento, conforme prescrito. Porém, com a deficiência do atendimento na Atenção Básica e na Rede de Atenção Psicossocial, o acesso a essa área e às políticas públicas se torna mais inacessível para essa população.

### **3.4 Limites e possibilidades da desinstitucionalização diante da realidade do IPUB/UFRJ**

As trajetórias vivenciadas pelos/as usuários/as no IPUB/UFRJ demonstraram a relevância de diferentes caminhos e ações, estratégias e metodologias interprofissionais e intersetoriais em saúde mental, que projetavam a desinstitucionalização de usuários/as com

internação de média e longa permanência. Diante das possibilidades e limites estabelecidos, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular desenvolvido para cada um, foi possível analisar como o paradigma da desinstitucionalização se opera na sociedade, junto da população usuária, aliado ao modelo assistencial psicossocial estabelecido.

É relevante ressaltar que o estigma e preconceito direcionado aos sujeitos em sofrimento psíquico ainda é perpetuado em nossa sociedade. Foi possível avaliar que, através do trabalho desenvolvido com os/as usuários/as internados/as, alguns viveram durante um período de sua vida em situação de rua, devido sua condição mental. Para isso, é fundamental a criação de estratégias como o Consultório na Rua<sup>12</sup>, mas a criação de espaços de intervenção e pesquisa no território, também são essenciais para o atendimento a essa população. Há a necessidade de ampliar os espaços que possibilitem ações e estratégias de saúde, bem como de bem-estar e proteção social.

Além disso, durante a análise dos/as usuários/as, a escolaridade foi um indicador utilizado para a construção do perfil do quadro de internos/as da instituição e, em sua maioria, apresentavam baixa escolaridade. O sistema educacional é um fator importante para promover a cidadania e a autonomia do indivíduo. Segundo Fernanda Lopes (2005),

embora a escolaridade não seja a variável com maior poder explicativo no desencadeamento dos processos de adoecimento, ela figura como elemento de suma importância ao se tratar do acesso aos serviços, da comunicação com o profissional de saúde – em especial, com o médico –, da consequente efetividade na prevenção, tratamento e cura de doenças, bem como no que se refere aos processos de resignificação, por parte da população, das noções de saúde e doença.

Durante a construção do PTS do/a usuário/a, seu vínculo afetivo é sempre convidado à participar de seu acompanhamento na internação e construir junto esse cuidado. Neste novo contexto de atenção à saúde mental, a família passa a ter importante papel na assistência psiquiátrica, como parte ou estratégia do tratamento (GONÇALVES; SENA, 2001 apud ELOIA *et al* 2014:997).

Durante algumas reuniões, foi discutida a questão do vínculo frágil de usuários/as com a família, bem como dificuldade de comunicação em alguns casos. Neste sentido, é importante evocar a advertência de Soares e Munari (2007) citado por Eloia (2014:997), de quem nem sempre é fácil o envolvimento de familiares nestas atividades de cuidado, pois,

---

<sup>12</sup> Instituída pela Política Nacional de Atenção Básica (2011), visa o atendimento e o acesso qualitativo da população em situação de rua aos serviços de saúde, aliado a diversas políticas públicas.

à medida que se compreende a importância dos familiares na tarefa de ressocialização, verificam-se as limitações reconhecidas pelos familiares no processo do cuidar no domicílio e a dificuldade de entender as alterações comportamentais causadas pela doença.

Mudanças no cotidiano familiar podem ocorrer quando há presença de familiar com transtorno mental, no que diz respeito à vida social, ao lazer, à relação afetiva entre os membros da família, à rotina doméstica e às finanças (MELLO, 1997; SILVA; SADIGURSKY, 2008 apud ELOIA, 2014:997).

A maioria das trajetórias de usuários/as que possuíam internação com média ou longa permanência na instituição trazem uma aproximação do contexto da saúde mental da população negra, seja relacionada aos casos vivenciados pelos/as usuários/as e/ou a situações vividas por ou com seus familiares. Historicamente, a população negra sempre vivenciou condições mais precárias na sociedade, seja em âmbito social, econômico e/ou institucional, evidenciando o preconceito e discriminação racial. Segundo Damasceno e Zanello (2018); Pieterse, Todd, Neville, & Carter (2012) há o compartilhamento de elementos entre os trabalhos de Dubois, de Fanon e de Feagin, qual seja, o fato de que “as experiências de racismo impõem um fardo psicológico significativo sobre as pessoas” (p. 2).

Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 e instituída pelo Ministério da Saúde em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra enfatiza o reconhecimento pelo Ministério da Saúde, da existência do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional no âmbito do SUS (Brasil, 2013; 2016). O Ministério da Saúde reconheceu que a discriminação racial afeta a saúde mental.

Dessa forma, no terceiro capítulo daquela política foram definidas estratégias de gestão, que, resumidamente, abrangem o fortalecimento da atenção à saúde mental de crianças, adolescentes, jovens, adultos/as e idosos/as e prevenção de agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social e o fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles/as com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas:

Silva (2005) afirma “sem medo de errar” (p. 129) que a grande maioria da população negra vive em incessante sofrimento mental devido, por um lado, às condições de vida precárias atuais e, por outro, à impossibilidade de antecipar melhor futuro. Ela aponta diversos sintomas físicos e psíquicos advindos da permanente condição “de tensão emocional, de angústia e de ansiedade, com rasgos momentâneos dos distúrbios de conduta e do pensamento” (p.130), vivida cotidianamente pela pessoa alvo do racismo. Essa condição constante causa transtornos tais como taquicardia, hipertensão arterial, úlcera gástrica, ansiedade, ataques de pânico, depressão, dificuldade de se

abrir, ataques de raiva violenta e aparentemente não provocada, comprometimento da identidade e distorção do autoconceito. Enfim, a exposição cotidiana a situações humilhantes e constrangedoras pode desencadear um número de processos desorganizadores dos componentes psíquico e emocional (Silva, 2005). Em sendo um problema para a saúde física e mental da pessoa, esse sofrimento causado pelo racismo passa, necessariamente, a ser um problema de saúde pública. Como tal requer proposições de políticas públicas que garantam o direito a um serviço de saúde mental eficaz direcionado especificamente ao sofrimento da população negra produzido pelo racismo (Damasceno; Zanello, 2018).

À título de exemplo, a relação com a aparência e a cor do cabelo de uma usuária parecia estar intimamente ligada à questão de sua identidade racial, à forma como se enxergava no espelho e como se via no mundo. Apesar de se identificar como uma mulher negra, relatava que por ora se via com pele clara, segundo ela “bem branquinha e com cabelos lisos, como uma japonesa” (sic), ora se via com pele escura, momentos em que dizia se achar feia e buscava lavar o rosto de forma constante. Frequentemente, relatava *estar sendo perseguida por uma mulher loira que queria roubar seu corpo* e sua identidade e mantendo seu cabelo preto, parecia reafirmar sua identidade e possibilitava que ela pudesse continuar fazendo o que gostava: se olhar no espelho e se sentir satisfeita com a imagem refletida.

De acordo com Zizek (2010) a identidade simbólica de um sujeito é historicamente marcada, sofrendo influências do contexto ideológico no qual este está inserido. A partir disso se infere que, pensando em nosso contexto brasileiro, o sujeito negro terá sua identidade construída passando pelas interpolações do racismo. O resultado disso só poderia ser violento, de maneira que ao ser submetido constantemente a um processo de desvalorização, a construção identitária do negro se articula em torno de estigmas que formam um autoconceito negativo (FERRAZ; WONSOSKI; RIBEIRO, 2019).

Portanto, é importante ressaltar que diversos fatores são considerados como determinantes para a condição de saúde mental de um indivíduo. Durante o estudo realizado para a construção do perfil dos/as usuários/as foi possível verificar fatores como abuso sexual, violência armada contra um ente querido, diversas violações de direitos, fragilidade de vínculo familiar e ausência de moradia definitiva, entre outros. De acordo com Gerald Caplan (1980), são os momentos de crise psicológica que podem desequilibrar a condição de saúde dos indivíduos:

A crise é também associada, segundo o autor, à ideia de descontinuidade, ruptura no padrão de funcionamento do sujeito. Ela pode trazer ao indivíduo uma oportunidade de crescimento da personalidade ou um perigo de crescente vulnerabilidade ao distúrbio mental (LARA, 2006).

Dessa forma, a equipe multiprofissional aliada ao/a usuário/a e sua rede de apoio, desenvolveu diversos desdobramentos e múltiplas estratégias para cada caso, com o objetivo de intensificar o contato do sujeito com seu território, oferecendo e construindo junto a ele/a

possibilidades de desinstitucionalização de forma segura, respeitando os limites estabelecidos pelos próprios indivíduos.

Outra semelhança que as vivências têm em comum é a presença do cenário de uso de álcool e outras drogas. Seja em relação à usuários/as que revelaram serem adictos ao álcool anos atrás ou em casos de usuários/as que possuía um contexto atravessado por diversos familiares com dependência química, foi possível analisar a importância da manutenção do cuidado e da concordância entre a Política de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Drogas<sup>13</sup> (PNAD).

A PNAD apresenta em seus objetivos “garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente aquelas em maior vulnerabilidade (BRASIL, Decreto nº 9.761).

Outro objetivo da Política é “promover a estratégia de busca de abstinência de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso, do uso indevido e da dependência voltadas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão”.

Apesar de citarem a necessidade de manter a PNAD vinculada a outras políticas públicas, como a Política Nacional de Controle do Tabaco, a Política Nacional de Álcool, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social, não há um artigo da primeira que vise a estratégia de redução de danos<sup>14</sup>, uma das principais estratégias que visa uma proposta de atenção em saúde, buscando a construção de um cuidado

---

<sup>13</sup> Aprovada em abril de 2019, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), objetiva buscar atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas. Um de seus pressupostos é reconhecer as diferenças entre o usuário, o dependente e o traficante de drogas e tratá-los de forma diferenciada, considerada a natureza, a quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que se desenvolveu a ação de apreensão, as circunstâncias sociais e pessoais e a conduta e os antecedentes do agente, considerados obrigatoriamente em conjunto pelos agentes públicos incumbidos dessa tarefa, de acordo com a legislação (Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019).

<sup>14</sup> Segundo Passos e Souza (2011:154), a estratégia de redução de danos foi adotada em 1989, no município de Santos em São Paulo, como estratégia de saúde pública quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (MESQUITA, 1991).

mais acessível e qualificado para usuários/as com dependência química e/ou sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas.

Por outro lado, há uma determinação para ampliação e tratamento em Comunidades Terapêuticas, que possuem um viés muito forte de proibicionismo, abstinência e vinculação entre a moral religiosa e drogas analisadas do ponto de vista moral.

Outro aspecto relevante revelado pela análise dos/as usuários internados/as foi a importância do acompanhamento e continuação do tratamento para usuários/as em sofrimento psíquico, mas também de sua rede de apoio, que pode ser composta por familiares, amigos/as, vizinhos/as, operadores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial.

A articulação da rede de cuidado no território, a partir da criação de vínculos, diálogos, narrativas alternativas e análises de diferentes possibilidades, são pressupostos importantes para ampliar o foco em usuários/as com sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas, mas também de usuários/as com doenças mentais:

Para tanto, é necessária a reorganização da atenção em saúde mental no País, destacando a Rede de Atenção Psicossocial como ferramenta fundamental para consolidação da reforma psiquiátrica implantada no Sistema Único de Saúde (SUS), pois seus dispositivos vêm favorecendo a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação com a atenção primária, secundária e terciária, e a intersetorialidade, mediante articulações com setores da Justiça, Previdência Social, Ação Social, Educação e instituições profissionalizantes (BARROS; JORGE; PINTO, 2010).



## Considerações Finais

A realidade dos/as usuários/as em sofrimento psíquico torna-se ainda mais complexa, considerando o contexto em que estão inseridos/as: as limitações socioeconômicas e culturais da realidade apresentada pela maioria da população brasileira. Nesta realidade, assoma a fragilidade dos vínculos familiares e a precarização dos serviços públicos disponibilizados às famílias.

Assim, as demandas identificadas pelo Serviço Social dizem respeito às expressões da questão social, referentes à luta por moradia, à geração de trabalho e renda, à manutenção de seu autocuidado, entre outras. As respostas às demandas postas, devem ser desempenhadas a partir do Código de Ética do Assistente Social e da Lei Federal n.8.662/93, a de regulamentação da profissão.

Para que o trabalho ao/a usuário/a seja efetivado na rede de atendimento à saúde mental, há que se considerar a importância do estudo da realidade do sujeito em sua totalidade, baseando-nos no conhecimento da relação do/a usuário/a com seus vínculos sociais, culturais e afetivos, bem como com o território em que ele/a está inserido/a. Destaco aqui, a relevância do trabalho multiprofissional e intersetorial, para que tal trabalho seja efetivado de modo contínuo e que seja realizado de forma acessível e com qualidade.

A Rede de Atenção Psicossocial demanda a intersetorialidade e a multiprofissionalidade para que seja realizada a articulação dos serviços em consonância com o Projeto Terapêutico Singular estabelecido para cada indivíduo.

Diante da pesquisa realizada, foi possível identificar alguns elementos que se tornam limitantes para a efetividade do processo de desinstitucionalização. São eles: a fragilidade da manutenção da Política Social de Atenção à Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; a insuficiência de políticas de assistência social que promovam o enfrentamento da vulnerabilidade socioeconômica dos/as usuários/as; a sobrecarga das famílias produzida pela orientação neoliberal do Estado; a precarização dos serviços substitutivos e até mesmo, a execução de práticas de desospitalização sem que haja investimento em estratégias mais amplas. Desospitalização pura e simples é promessa de reincidência de internações.

A separação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional sobre Drogas, chamada por alguns autores de

“Nova Política de Saúde Mental”, tem culminado em uma crítica redução do financiamento de serviços e dispositivos da rede de atenção à saúde mental, em benefício do financiamento público de novas instituições psiquiátricas e de Comunidades Terapêuticas. Estas últimas, como vimos ao longo do trabalho, remetem ao modelo asilar e desvalorizam a qualidade da atenção à saúde mental e a percepção de que o cenário de uso de drogas é uma problemática saúde pública. Isto pode debilitar totalmente as iniciativas de desinstitucionalização em curso.

Por outro lado, diversas são as possibilidades apresentadas para a efetivação do processo de desinstitucionalização dos/as usuários/as, quando há investimento público de forma correta, visto que este processo abrange não apenas o fechamento de instituições psiquiátricas e a redução dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Ela também reforça a importância do resgate de autonomia e cidadania da população usuária, a partir de uma reinserção dela em seu território original, o que proporciona uma reflexão sobre os processos de exclusão, violação de direitos e alteração do cuidado historicamente retratados.

A criação de oficinas terapêuticas – seja na modalidade individual ou grupal – também é caracterizada como estratégia fundamental para o desenvolvimento deste processo. Desse modo, foi possível observar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o desenvolvimento de serviços substitutivos utilizam diversas estratégias e ações no âmbito do diálogo e da intervenção, que traduzem a oferta de cuidado como um dispositivo indispensável aos indivíduos em sofrimento psíquico.

Logo, o objetivo geral desta monografia foi discutir a efetividade do processo de desinstitucionalização de usuários/as com internação de média e longa permanência através da realidade do IPUB/UFRJ, diante dos limites e possibilidades apresentados pelos serviços e dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro.

Ao fim da pesquisa, é possível afirmar que o objetivo foi atingido, de modo que as possibilidades e limites do ato de desinstitucionalizar foram abordados nas histórias concretas de usuários/as, que atualmente estão inseridos em seu território de referência e realizando seu acompanhamento contínuo, desenvolvendo sua autonomia e sua cidadania.

A análise das vivências históricas dos/as usuários/as da instituição permitiu alinhar a prática à teoria, à luz do materialismo histórico-dialético, reforçando a relevância do fortalecimento e da integração das políticas sociais contemporâneas. Sendo assim, o

desdobramento do paradigma da desinstitucionalização se mostrou possível, a despeito dos limites encontrados.

Diante do cenário desafiante que a realidade brasileira apresenta atualmente, somada à pandemia de Covid-19 e a incerteza do que está por vir, há a necessidade da ampliação do debate em torno do desmonte da rede de atenção à saúde mental, para que haja a reflexão crítica e seja possível a articulação e a prestação de uma rede integralizada, acessível, qualitativa e articulada com outras políticas sociais existentes, para que prevaleçam os direitos sociais e políticos dos sujeitos.

Apesar desses fatores, o Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial e diversos outros movimentos se articulam e se fortalecem enquanto atores sociais visando à proteção de direitos e de um modelo de assistência à saúde mental crítico e de qualidade para usuários/as com doenças mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

## Referências

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

AMARANTE, P. coord. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Monica. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. Acesso em 14 de junho de 2022

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

APPEL, Nicolle Montardo. **O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção**. Universidade Federal do Maranhão, 2017.

BRAGA, C. P. “A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica”. *SCIELO*, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pnKZnGdZWfWYm56pc8WcdVt/?lang=pt>. Acesso em: 14 de junho de 2022.

BARROS, Sônia e Salles, Mariana. “Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde”. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, número especial 2, p. 1780-1785. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800025>. Publicado em 04 de maio de 2012. Acesso em 21 de julho de 2022.

BRAGA, C. P. “A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica”. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pnKZnGdZWfWYm56pc8WcdVt/?lang=pt>. Acesso em: 14 de junho de 2022.

BRASIL. Caixa Econômica Federal. FGTS/FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO. Disponível em: <https://www.caixa.gov.br/beneficios-trabalhador/fgts/Paginas/default.aspx>. Acesso em 19 de julho de 2022

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**. Disponível no endereço eletrônico: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>. Acesso em 23 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. “O que você precisa saber sobre a previdência social”. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2004. 40 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/previdencia\\_social.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/previdencia_social.pdf). Acesso em 27 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a política nacional sobre drogas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003202.pdf>. Acesso em 26 de julho de 2022

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.708, de 31 de Julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm)>. Acesso em 23 de março de 2022.

CARVALHO, Marcela; DELGADO, Pedro Gabriel. “O acesso ao tratamento em saúde mental na microrregião de Itajubá/MG”. In: **A Loucura Sem Averso: saúde mental no Brasil**. Curitiba: Editora Prismas, 2018.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira, GONÇALVES, Renata Weber e DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. “Retracemento da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019”. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2020, v. 18, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Publicado em julho de 2020. Acesso em 21 de julho de 2022.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. “Saúde Mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos”. **Psicologia: Ciência e Profissão**, n.3, vol. 38, p. 450-464, jul/Set. 2018.

DIEGUEZ, Flávio. “Profissionais da saúde contra a ‘política manicomial’ do governo”. **Outra Saúde**, 2021. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/profissionais-da-saude-contra-a-politica-manicomial-do-governo/>. Acesso em 21 de julho de 2022.

ELOIA, Sara Cordeiro *et al.* Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**. 2014, v. 38, n. 103, p. 996-1007. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140085>>. Acesso em 26 de julho de 2022.

FARIAS, Iris Maria dos Santos; FRANCISCO, Deise Juliana. **Atuação do pedagogo no CAPS: uma revisão de literatura**. Maceió: 6ª edição, v. 06, nº 1, 2022.

FERRAZ, Isabella Tormena; WONSOSKI, Wanessa; RIBEIRO, Viviane. **Os efeitos do racismo: de uma patologia do social ao adoecimento psíquico**. Londrina, Paraná; 2019.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. “Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil”. **Estudos de Sociologia - Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**, v.1, n.18, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258#:~:text=DA%20INSTITUCIONALIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20LOUCURA%20%C3%80,brasil%20%7C%20Fonte%20%7C%20Estudos%20de%20Sociologia&text=Este%20artigo%20tem%20por%20objetivo,prim%C3%B3rdios%20at%C3%A9%20o%20per%C3%ADodo%20atual>. Acesso em 14 de junho de 2022.

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

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Secretaria de Estado de Saúde. Como organizar a linha de cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas e a implantação da rede de atenção psicossocial. Disponível em: <<file:///C:/Users/Luana%20Martins/Downloads/Como%20organizar%20a%20Linha%20de%20Cuidado%20em%20Sa%C3%BAde%20Mental.pdf>>. Acesso em 14 de junho de 2022.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. **O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo: 19(8):3561-3571, 2014

NOSSA HISTÓRIA. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.ipub.ufrj.br/conheca-o-ipub/>>. Acesso em 23 de janeiro de 2022.

LARA, Aline Frollini Lunardelli. “A produção do conhecimento psicológico–psiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar”. **Psicologia USP**, 2006, n.17, vol. 1, p.35-52.

LOPES, Fernanda. “Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, vol. 5, p.1595-1601, set-out, 2005.

MARQUES, Fernanda. “Saúde mental para todos: estudo sobre (des)financiamento no Brasil foi apresentado no primeiro dia do evento”. Fiocruz Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/saude-mental-para-todos-estudo-sobre-desfinanciamento-no-brasil-foi-apresentado-no-primeiro-dia-do-evento/>. Acesso em 21 de julho de 2022.

MARTINS, Luana. **Relatório de Estágio Supervisionado para a disciplina de Orientação e Trabalho Profissional IV**. 2021.2, mimeo.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em 24 de janeiro de 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Brasília, 2008. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em 24 de janeiro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em 24 de janeiro de 22

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 396**, de 07 de julho de 2005. Brasília, 2005. Disponível em: <[https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-396-2005\\_192226.html](https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-396-2005_192226.html)>. Acesso em 24 de janeiro de 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 24 de janeiro de 2022

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. “Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios”. **Cadernos de Saúde Pública**, 2019. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/907/saude-mental-no-brasil-avancos-retrocessos-e-desafios>. Acesso em 20 de julho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA DO CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Phillipe Pinel. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/bio-pinel.php>>. Acesso em 19 de julho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA DA PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. “Prefeitura reabre nave do conhecimento de Vila Aliança em Bangu”. Disponível em: <https://prefeitura.rio/ciencia-e-tecnologia/prefeitura-reabre-nave-do-conhecimento-de-vila-alianca-em-bangu/>>. Publicado em 18 de julho de 2022. Acesso em 26 de Julho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA DO MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DO RIO DE JANEIRO. “O que você precisa saber sobre a previdência social”. Ministério da Previdência Social. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2004. 40 p. Publicado em parceria com a Secretaria Executiva do Programa de Educação Previdenciária do Ministério da Previdência Social. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/previdencia\\_social.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/previdencia_social.pdf). Acesso em 27 de julho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. “Riofarms: crescimento de 20% no número de pacientes atendidos em 2011”. **Informação de saúde do RJ**. Disponível em: <http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/component/content/article/10-imprensa/noticias/8403-riofarms-traz-conforto-e-rapidez-para-quem-precisa-de-medicamentos-especiais.html>. Publicado em 03 de janeiro de 2012. Acesso em 26 de Julho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA DE FAZENDA. Disponível em: <http://www.fazenda.rj.gov.br/age/ShowProperty?nodeId=%2FUCMServer%2FWCC277560%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased>. Acesso em 19 de julho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2015. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://central.to.gov.br/download/106598>>. Acesso em: 21 de julho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://smsdc-capslimabarreto-bangu.blogspot.com/p/quem-somos.html>>. Acesso em 21 de julho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://historiaeloucura.gov.br/index.php/instituto-municipal-de-assistencia-saude-juliano-moreira-brasil-brasil-secretaria-municipal-de-saude-do-rio-de-janeiro>. Acesso em 19 de julho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA DRAUZIO VARELLA. Revista UOL. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/esquizofrenia-entrevista/>. Publicado em 11 de janeiro de 2012. Acesso em 14 de junho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA SANAR SAÚDE. A Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Mundo. Disponível em: <<https://www.sanarsaude.com/portal/carreiras/artigos-noticias/reforma-psiquiatrica-brasil-mundo-psicologia>>. Publicado em 09 de janeiro de 2020. Acesso em 14 de junho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA SCRIBD. A psiquiatria preventiva de Caplan. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/499682202/A-Psiquiatria-Preventiva-de-Caplan>>. Acesso em 21 de julho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA WIKIMÁPIA. Disponível em: <http://wikimapia.org/13574729/pt/Hospital-Municipal-Jurandy-Manfredini>. Acesso em 19 de julho de 2022.

PÁGINA ELETRÔNICA WIKIPÉDIA. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Maxwell\\_Jones](https://pt.wikipedia.org/wiki/Maxwell_Jones)>. Acesso em 19 de julho de 2022.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. “Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de ‘guerra às drogas’”. **Psicologia & Sociedade**, n.23, vol.1, p. 154-162, 2011.

PEREIRA, Maria Odete *et al.* Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena - São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. v. 25, n. 1 pp. 48-54, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100009>>. Acesso em 23 de janeiro de 2022.

POLAKIEWICZ, Rafael. Saúde mental do homem [novembro azul]. Portal PEBMED. Disponível em: <https://pebmed.com.br/novembro-azul-saude-mental-do-homem/#>. Publicado em 15 de novembro de 2021. Acesso em 26 de Julho de 2022.

PORTAL G1. BENEFICIÁRIOS DO ALUGUEL SOCIAL DO RIO PRECISAM MADRUGAR PARA CONSEGUIR ATENDIMENTO; FILA É NO MEIO DO LIXO. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/03/17/beneficiarios-do-aluguel-social-do-rio-precisam-madrugar-para-conseguir-atendimento.ghtml>. Acesso em 19 de julho de 2022.

QUINTELLA, Rogério; FERREIRA, Manoel; AMARAL, Eloá. “A desinstitucionalização no século XXI: luta, utopia ou fundamento?”. **Revista CliniCaps**: n.21, 2013. Disponível em: <[https://menclinicaps.com/clinicaps\\_revista\\_21\\_art\\_01.html](https://menclinicaps.com/clinicaps_revista_21_art_01.html)>. Acesso em 24 de janeiro de 2022.

QUINTELLA, Rogério. “Pensando a loucura sem avesso.” In: **A loucura Sem Avesso: saúde mental no Brasil**. Curitiba: Editora Prismas, 2018.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. “A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo”. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, set. 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 30 de julho de 2022.

RUIZ, Valéria Salek *et al.* “François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica: Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 855-877, dez. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812013000300004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em de 30 de julho de 2022.



SERAPIONI, Mauro Franco. “Basaglia: biografia de um revolucionário”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** 2019, v. 26, n. 4, p. 1169-1187. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008>. Acesso em 30 de julho de 2022.

SILVA, Luiz Henrique Prado *et al.* “Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico”. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro: 14 (3), p. 585-590, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/ksMbj5m5qZVhDTntQmf9YqN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 14 de junho de 2022.

SILVA, Esther *et al.* “Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde”. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**: v. 17, n.2, p. 197-202; 2013.

SUIYAMA, Renata Cristina Boaretto; ROLIM, Marli Alves; COLVERO, Luciana de Almeida. “Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos”. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 102-110, dez. 2007.