



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARIA MADALENA DE FRANÇA ARAÚJO

**A DESCONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS MANICOMIAIS APÓS A REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Juazeiro do Norte
2020

MARIA MADALENA DE FRANÇA ARAÚJO

**A DESCONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS MANICOMIAIS APÓS A REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para a obtenção do grau de bacharelado em Psicologia.

Juazeiro do Norte
2020

MARIA MADALENA DE FRANÇA ARAÚJO

**A DESCONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS MANICOMIAIS APÓS A REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para obtenção de grau de Bacharelado em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

MOEMA ALVES MACEDO
Orientador(a)

MARCOS TELES DO NASCIMENTO
Avaliador(a)

FRANCISCO FRANCINETE LEITE JUNIOR
Avaliador(a)

A DESCONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS MANICOMIAIS APÓS A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

Maria Madalena de França Araújo¹
Moema Alves²

RESUMO

O desenvolvimento do presente trabalho tem por objetivo refletir sobre o percurso de construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira e para alcançá-lo foi necessário abordar a caracterização dos doentes mentais como pessoas alienadas, levando em consideração os primeiros conceitos acerca da loucura e dos loucos, as quais eram vistas como pessoas perigosas e alienadas. O trabalho abordou de forma resumida a história da loucura e os acontecimentos que a influenciaram o desenvolvimento do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o processo de desinstitucionalização dos manicômios e as transformações ocasionadas após a reforma, principalmente no que diz respeito a implantação do modelo de atenção psicossocial. Foi utilizado o método de pesquisa bibliográfica para a realização dos estudos para o levantamento de todo o conteúdo descrito ao longo deste artigo, foram realizadas pesquisas em artigos científicos, livros e na legislação brasileira. Conclui-se que o processo que ocasionou a Reforma Psiquiátrica brasileira, extinguiu o modelo hospitalocêntrico e resultou em melhorias nos serviços de atenção à saúde oferecidos aos pacientes mentais. Após a reforma foi criado o Modelo de Atenção Psicossocial, o qual viabilizou a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), locais que passaram a oferecer atendimento diário aos seus usuários, dentro do seu território, propondo atendimento humanizado com a participação da família ao longo do processo.

Palavras-chave: Doentes mentais. Processo de Desinstitucionalização. Psicologia. Reforma Psiquiátrica. Modelo Psicossocial.

ABSTRACT

The development of the present study has the objective of reflecting about the course of construction of the Brazilian Psychiatric Reform and, in order to accomplish that, it was necessary to address the characterization of the mentally ill as alienated people, taking into account the first concepts regarding madness and crazy people, which were seen as dangerous and alienated people. The study addressed in brief the history of madness and the events that influenced the development of the Psychiatric Reform's process in Brazil, the process of deinstitutionalization of asylums and the transformations caused by the reform, especially regarding the implantation of the psychosocial attention model. The bibliographic research method was used for the survey studies of all the described content in this article, researches were carried out in scientific articles, books, and in the Brazilian legislation. It is concluded that the process that caused the Brazilian Psychiatric Reform extinguished the hospitalocentric model and resulted in improvements regarding the services of health attention provided to mental patients. After the reform, the Psychosocial Attention Model was created, which made possible the creation of the Psychosocial Attention Centers (PACS), places that started offering daily care to users in its area, proposing humanized care with family participation throughout the process.

¹Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: madalena.nova@hotmail.com

²Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: moema@leaosampaio.edu.br

Keywords: Mentally Ill. Process Of Deinstitutionalization. Psychology. Psychiatric Reform. Model Psychosocial.

1 INTRODUÇÃO

O processo que deu início a Reforma Psiquiátrica brasileira foi iniciado por volta da década de 70 e conseguiu grandes melhorias no que diz respeito a disponibilidade para tratamentos de pacientes mentais. Ao longo desse processo surgiram novas formas de disponibilizar assistência psiquiátrica aos pacientes sem afetar a sua dignidade pessoal e sem a privação do convívio familiar e social (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

No entanto, todos os avanços conquistados após a Reforma Psiquiátrica passaram a sofrer com decisões políticas tomadas a partir do governo Temer no ano de 2016 começou a tomar medidas que interferiram no processo da reforma psiquiátrica brasileira e dos avanços até então conquistados. Essas medidas foram continuadas pelo seu sucessor, principalmente no que diz respeito ao Ministério da Saúde e suas áreas, bem como algumas políticas sociais (DELGADO, 2019).

No ano de 2016, as mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, que permite a promulgação de uma Emenda à Constituição Federal, promulgaram a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. A qual altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências (BRASIL, 2016).

Por meio do Art. 3º da EC nº 95/2016, foi revogado o Art. 2º da EC nº86/2015, o qual retirou recursos da União que seriam originadas pela participação nos resultados ou por meio da compensação financeira pela exploração petrolífera de gás natural para custear as despesas e os serviços públicos de saúdes. Essa aplicação de recursos estava estabelecida e assegurada pela Constituição Federal de 1988, em seu Art. 198, inciso I do § 2º., que estabelecia de que maneira nos âmbitos dos governos federal, estaduais e municipais os recursos públicos seriam aplicados. É válido destacar que a EC nº 95/2016 impactou o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde pública brasileira (BRASIL, 2016).

Entre os dois últimos governos federais foram tomadas algumas ações que impactaram significativamente a Política Nacional de Atenção Básica, a qual sofreu alterações em seus parâmetros construtivos e passou a dispensar a participação do agente comunitário na equipe da saúde da família, outro ponto que foi modificado foi a ampliação dos financiamentos das instituições hospitalares manicomiais, as quais obtiveram a concessão para realizar um

reajuste superior a 60% nos valores das diárias. Um dos pontos que sofreram alteração e que mais afetam a disponibilidade dos serviços foi a redução nos atendimentos e cadastros dos Centros de Atenção Psicossociais, com isso os pacientes que precisam de atendimento foram diretamente afetados por essas decisões governamentais (DELGADO, 2019).

Dentro deste contexto abordado pelos autores citados anteriormente, é importante destacar que os pacientes com doenças mentais precisam de uma rede de serviço para manter o seu acompanhamento e assim possibilitar que esse paciente consiga manter um convívio familiar e social saudável, sem colocar em risco o desenvolvimento de seu tratamento, a sua vida ou a de terceiros.

Diante disto, surge a seguinte pergunta de partida – “O que publicações científicas mostram sobre o caminho trilhado para a construção da rede de atenção psicossocial no Brasil aprovada pela portaria Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011?”. É importante ressaltar que a partir do processo da desconstrução manicomial foi necessário modificar as práticas assistenciais e a abordagem de novos modelos de atenção à saúde mental, tendo como exemplo o modelo psicossocial.

O presente trabalho tem como objetivo geral refletir sobre o percurso de construção da reforma psiquiátrica Brasileira e como objetivos específicos examinar o contexto da reforma psiquiátrica brasileira para a desconstrução manicomial; investigar mudanças nos tratamentos disponibilizados aos doentes mentais no contexto das políticas públicas atuais e discutir o processo histórico de transformação da loucura em doença mental.

O desenvolvimento deste trabalho viabilizou o aprofundamento a respeito do tema abordado, bem como contribuiu para que o objetivo proposto fosse alcançando, tendo em vista que ao longo do trabalho foi realizada um estudo acerca das mudanças ocasionadas no sistema de tratamento para pacientes mentais. Vale ressaltar que as práticas desenvolvidas nos manicômios para o tratamento dos pacientes muitas vezes tinham resultados negativos por serem abusivas e irem contra a manutenção da dignidade do paciente. Por isso houve as formas de cuidado que foram reivindicadas na reforma psiquiátrica.

O presente artigo desenvolver a seguir um breve relato sobre a história da loucura, a caracterização e o surgimento das instituições manicomiais no país, os tratamentos oferecidos nestas instituições. A abordagem fundamental que norteou o desenvolvimento desta pesquisa foi pautada no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a desinstitucionalização que ocorreu após esse movimento. É válido salientar que buscou-se apresentar o papel da psicologia ao longo dessa luta social pelos direitos dos doentes mentais e o surgimento do modelo de atenção psicossocial para assistência de pacientes mentais.

Para o desenvolvimento do presente trabalho foi realizado a formulação de um problema acerca do processo de reestruturação dos modelos de tratamentos psiquiátricos oferecidos aos doentes mentais. Foram elaborados os objetivos que irão nortear o desenvolvimento do trabalho e para responder à pergunta de partida e alcançar os objetivos proposto com o desenvolvimento do presente projeto no primeiro momento, foi realizada uma pesquisa exploratória acerca dos conceitos de saúde mental, da legislação que regulamenta a reforma psiquiátrica brasileira e as mudanças por ela provocada. Foi analisada a importância da desconstrução manicomial e o desenvolvimento de novas ferramentas para o tratamento de doenças mentais.

De acordo com Gil (2018), a pesquisa exploratória visa familiarizar o investigador com o problema. O planejamento para o desenvolvimento deste tipo de pesquisa foi flexível e considerou os mais diversos aspectos que estão relacionados ao tema proposto. O primeiro passo envolveu um levantamento bibliográfico para aprofundar o conhecimento sobre a temática a ser abordada e a investigação que foi realizada para alcançar os objetivos propostos.

O presente trabalho foi elaborado por meio do desenvolvimento de uma pesquisa bibliográfica, a qual conforme Gil (2018), é realizada por meio de um material que já está publicado, geralmente material impresso como livros, publicações periódicas, como jornais e revistas, teses, dissertações e anais de eventos científicos. No entanto, com o avanço tecnológico surgiram outras fontes que se adequam a este tipo de pesquisa, como discos, fitas magnéticas, CDs e materiais disponíveis em sites científicos e seguros.

O autor menciona que a principal vantagem de se utilizar este tipo de pesquisa é o fato dela permitir que o investigador tenha uma ampla diversificação das fontes e dos dados coletados. No entanto, o autor destaca a importância de analisar com rigor as informações que são coletadas por meio destas fontes para evitar que sejam ampliados incoerências e erros.

Para o desenvolvimento do presente trabalho, foram utilizados livros disponibilizados on-line e por meio da Biblioteca Virtual da Unileão, artigos e dissertações publicadas em sites como o Scientific Electronic Libray Online (SciELO), no Google Acadêmico, no site PePSIC, informações retiradas do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREFOP), e sites governamentais como o do Ministério da Saúde e do Senado Federal.

Os dados foram coletados entre o dia 29 de fevereiro a 31 de maio de 2020, sendo pesquisados e utilizados artigos publicados em português, dentro de uma margem de tempo de publicação de dez anos. Os artigos explorados abordavam as práticas de cuidado não asilares

e o processo da reforma psiquiátrica brasileira, também foram utilizados documentos do Conselho Federal de Psicologia sobre a temática abordada no presente trabalho.

Com isso, foi realizada uma leitura de cunho informativa seguindo a ordem de cada etapa para o desenvolvimento da elaboração do presente trabalho. O processo de leitura viabilizou a aquisição dos conhecimentos necessários para alcançar os objetivos propostos pelo presente trabalho por meio das etapas para a realização da análise da bibliografia encontrada.

Cervo e Bervian (2007), caracterizam a leitura informativa como sendo de estudo, pois tem como objetivo coletar as informações que servirão como base para a elaboração e desenvolvimento do trabalho.

Essa coleta e análise do material bibliográfico só foi possível por que foi seguida as fases do processo de leitura informativa, a qual tem como primeira etapa - o reconhecimento, também conhecido como leitura prévia exploratória ou pré-leitura, nesta etapa a leitora buscou pesquisar a existência de material acerca do tema proposto. A segunda etapa é a leitura seletiva, reflexiva ou crítica, a qual consistiu em analisar o material bibliográfico encontrado, a terceira etapa é a interpretativa e explicativa, a qual viabilizou compreender as informações repassadas pelos autores escolhidos e relacionar com os objetivos propostos e com a pergunta de partida que norteou o desenvolvimento do presente trabalho (CERVO; BERVIAN, 2007).

A partir da realização desse método de leitura como ferramenta para aquisição de conhecimento foi possível realizar a construção de uma linha do tempo que foi capaz de nortear o desenvolvimento da elaboração dos tópicos teóricos que serão abordados a seguir.

2 HISTÓRIA DA LOUCURA

A História da Loucura de Foucault (1972), realiza uma abordagem acerca do isolamento dos leprosários durante o ápice dos casos em países como França e Inglaterra. A segregação ocasionada aos doentes é evidenciada diante da objetivação do estudo de Foucault, o qual se propôs a analisar a estruturação dessa segregação como ferramenta para buscar compreender o sistema operacional desse processo.

Vale salientar que durante o período de infestação da lepra, os doentes foram isolados, excluídos dos sistemas, do convívio social e com isso, acredita-se que por este motivo o objetivo do estudo de Foucault tenha sido estudar a exclusão do indivíduo, o qual acabou sendo apontado como louco. Ainda de acordo com Foucault (1972):

Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual (FOUCAULT, 1972, p.07).

A partir desta citação é possível identificar que na percepção do autor a exclusão social, seja ela de alguém enfermo ou com uma situação financeira delicada era essencial para a salvação. Ou seja, o isolamento e a internação foram utilizados como fatores essenciais para medidas médicas, no entanto, passou a ser atrelado a loucura no mesmo espaço de exclusão, a partir desse processo de exclusão surge o fenômeno da loucura.

Foucault (1972), buscou estudar a loucura de modo analítico por meio da exclusão e as consequências desse isolamento. Em momento algum ele cita ou cria uma definição para loucura, apenas busca analisar as possibilidades que a exclusão causa no indivíduo. Quando escreveu o livro *A História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault (2008), se propôs a estudar a estruturação da exclusão dos corpos, sendo a loucura um dos principais, se não, o mais importante motivo de exclusão.

De acordo com Foucault (2006):

Na Idade Média, e depois no Renascimento, a loucura está presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano; depois, no século XVII – a partir da internação – a loucura atravessa um período de silêncio, de exclusão. Ela perdeu essa função de manifestação, de revelação que ela tinha na época de Shakespeare e de Cervantes (FOUCAULT, 2006, p.163).

Segundo a citação acima, pode-se entender que desde a Idade Média já se tinha um conceito básico existente sobre a loucura, e que ao passar dos anos o conceito foi sendo sensibilizado, foram sendo criadas significações até que se chegasse à denominação de doença mental. No entanto, a conceituação de loucura era vaga, pois o autor não tinha como objetivo conceitua-la.

De acordo com Foucault (2000), no século XVII o racionalismo científico passou a lidar com a loucura como sendo algo que afetava as decisões básicas dos indivíduos, como por exemplo seu livre arbítrio. Assim como também interferia em suas vontades, afetavam a perda de sua razão e os transformavam em indivíduos inadequados moralmente.

Foucault (2008), menciona que o racionalismo possibilitou que a loucura começasse a ser tratada por meios científicos, pois até então a loucura era tratada como algo sobrenatural, a

partir de Descartes começam a enxergá-la como algo lógico, onde o indivíduo estava entre a Razão e a Desrazão.

De acordo com Barroso e Silva (2011), por um longo período os doentes mentais tinham apenas o modelo manicomial como ferramenta para o tratamento psiquiátrico, este método foi amplamente difundido devido a filosofia que embasava o alienismo, defendido pela Revolução Francesa. Para os seus defensores, os manicômios eram os ambientes corretos para estes indivíduos desprovidos de condições mentais, ou seja, eles acreditavam na ideia de que os manicômios iriam proteger os doentes mentais da exclusão da sociedade devido a sua falta de condição normativa para pensar.

Segundo Amarante (1995 apud BARROSO; SILVA, 2011), o manicômio era um ambiente voltado para a cura pela razão, sendo desprovido de qualquer tipo de julgamento e um meio para que o indivíduo pudesse exercer sua liberdade. No entanto, era um ambiente que produzia resultados ineficientes e que tratava os pacientes de forma desumana, o que acabou ocasionando no recebimento de diversas críticas até que os movimentos sociais passaram a agir em prol da humanização e dos direitos dos pacientes e por melhores condições de trabalho.

2.1 A CARACTERIZAÇÃO E O SURGIMENTO DAS INSTITUIÇÕES MANICOMIAIS NO BRASIL

De acordo com Rocha (2017), os primeiros relatos sobre o surgimento das instituições manicomiais são datados do século VII no Oriente, mais seu momento mais expansivo foi entre os séculos XVIII e XIX. Tendo seu ápice de expansão pela Europa, ganhando notoriedade na França. O surgimento dessas instituições veio com diversas nomeações, tais como hospital psiquiátrico, asilo, manicômio, casa de loucos e hospício, no entanto, todas elas eram sinônimas para loucura e buscavam apenas manter a ordem social e afastar os denominados loucos do convívio social.

A partir do surgimento das instituições manicomiais a principal função era recolher e isolar os loucos e outras minorias, em prédios mantidos pelo governo ou por líderes religiosos. Os ambientes disponibilizados não possuíam higienização ou os cuidados necessários para lidar com os pacientes e na maioria dos casos, os doentes mentais eram colocados no mesmo ambiente que alcoólatras, epiléticos, homossexuais, prostitutas e qualquer outro indivíduo que fosse contra o sistema e as regras da época e gerasse transtorno para as pessoas que estavam no poder (ARBEX, 2013).

Segundo Arbex (2013), nos manicômios da época os pacientes eram submetidos a humilhações e muitas vezes passavam fome ou eram obrigados comer ratos, beber água do esgoto, urina, eram espancados e sujeitados a situações degradantes que muitas vezes ocasionavam severas doenças, e até mesmo suas mortes.

No Brasil o surgimento da primeira instituição manicomial se deu por meio do Decreto Nº 82, de 18 de julho de 1841, o qual foi fundado no Rio de Janeiro, sendo denominado Hospício Dom Pedro II e em seguida, Hospício Nacional de Alienados, sendo destinado privativamente para o tratamento de pessoas alienadas. A partir deste decreto, foram abertos em todo o país diversos asilos e manicômios, os quais tratavam os internos de modo rígido e praticando as mais diversas barbáries (BRASIL, 1841).

Por meio do Decreto Nº 206-A, de 15 de Fevereiro de 1890, foi criada a Assistência Médica e Legal de Alienados, a qual tinha como objetivo amparar os doentes mentais, naquela época conhecidos também como alienados, que buscassem ajuda do poder público ou fossem encaminhados para os manicômios (BRASIL, 2019).

De acordo com o Art. 13, do Decreto Nº 206-A, de 15 de Fevereiro de 1890:

Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congenita, perturbarem a tranquillidade publica, offenderem a moral e os bons costumes, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a propria, deverão ser collocadas em asylos especiaes, exclusivamente destinados á reclusão e ao tratamento de alienados (DECRETO Nº 206-A, 1890, ART. 13, ESCRITA ORIGINAL).

Conforme o artigo citado, qualquer pessoa que se comportasse contra a moral e os bons costumes da época ou que apresentasse problemas mentais que causassem perturbação pública ou apresentação intenção suicida ou homicida, seriam admitidos nesses asilos para serem reclusos e tratados.

Com isso, os pacientes estavam fadados a tratamentos restritos, longe de suas famílias, e com internações prolongadas. Vale destacar que a atenção desses tratamentos não estava no paciente, mas sim na sua doença ou nos transtornos que estes causavam, os quais eram excluídos do convívio familiar e social, sendo marginalizados devido a sua situação.

De acordo com Moffatt (1980), as instituições manicomiais, popularmente conhecidas como hospícios tem como característica principal a enorme e brutal empobrecimento da vida. Nessas instituições o mundo era unissexual, a distribuição dos dormitórios de modo em que as camas ficassem alinhadas e em longas fileiras era para não possibilitar a reconstrução de grupos primários, ou seja, para que os pacientes não buscassem se identificar de algum modo e assim estabelecessem algum vínculo. Essa distribuição das camas também era necessária

para que os enfermeiros pudessem realizar as vigilâncias, neste momento, os enfermeiros tinham funções policiais e não terapêuticas dentro dos hospícios.

Vale salientar que o ponto mais dolorido da história dos manicômios diz respeito à dignidade do internado, neste caso, a falta dela, pois os internos eram desqualificados, coisificados e tinham suas dignidades destruídas, pois eram desacreditados e todos os atos que faziam ou todas as queixas que falavam eram tipificadas como coisa de louco. Por isso, na maioria dos casos os internados agiam em conformidade com a situação, se adaptavam para não sofrerem os castigos físicos e passavam a agir como loucos (MOFFATT, 1980).

Ainda em conformidade com o autor mencionado, o abandono sofrido pelos internos ocasiona o sentimento de solidão e sem perspectiva de vida e de um futuro, acabam por se adaptarem a situação que estão vivenciando para não ter mais sofrimento. A expectativa de um visitante a um hospício era encontrar um ambiente superlotado, com pessoas esbravejando e correndo atrás de médicos, enfermeiros, outros pacientes e até mesmo de quem os visita.

No entanto, segundo Moffatt (1980), não foi essa a situação encontrada, pelo contrário, os internados eram pessoas isoladas entre si, com falas curtas e essenciais, que apenas pedem o necessário. E o mais importante, não há a mistificação idealizada pela sociedade, até por que quem inventou o manicômio como sistema de cura foi a sociedade por ter medo da loucura e por projetá-la como algo insustentável para ser tratado em um ambiente mais humano.

2.1.1 Os tratamentos oferecidos nas instituições manicomiais

Um dos principais e mais utilizados recursos no tratamento dos manicômios era a camisa-de-Força, a qual era feita com um material resistente, com mangas longas e que eram fechadas e amarradas com cordões. Esse método prendia os braços dos pacientes nas costas, o imobilizando e impedindo-o de realizar qualquer movimento brusco ou violento, ou seja, deixava-o inofensivo (BRASIL, 2008).

De acordo com Guimarães et. al. (2013), até a década de 1960 existiam poucos medicamentos que pudessem ser utilizados nos tratamentos psiquiátricos e os que existiam, não eram suficientes para diminuir os impactos dos surtos e dos transtornos dos pacientes. Com isso, eram utilizados de modo excessivo e geralmente, aliados a outros métodos.

Outro método utilizado era o choque cardiazólico, os médicos utilizavam uma dose considerável do medicamento cardizol via endovenosa, esse meio de tratamento causava convulsão ao paciente, devido ao poder do medicamento. A utilização deste método de

tratamento era usada nos pacientes em que o medicamento quando apenas ingerido via oral não gerava mais o efeito desejado (GUIMARÃES et. al., 2013).

Nos manicômios era comum a utilização de convulsoterapias, a qual consistia da inalação de cânfora para induzir convulsões nos pacientes, geralmente era utilizada em pacientes com quadro psicóticos e epiléticos (BRASIL, 2008).

Outra técnica eram os choques insulínicos, onde eram aplicadas exageradas doses de insulinas nos pacientes até que este ficasse em pré-coma, no dia seguinte a aplicação era realizada novamente, até que o interno entrasse em coma, a partir deste momento, as doses eram mantidas durante um determinado período e finalizado esse ciclo o paciente era medicado gradativamente até sair do coma (GUIMARÃES et. al., 2013).

Era comum que dentro dos manicômios ocorressem situações desumanas durante os tratamentos dos pacientes, além dos métodos de tratamentos já citados, eram comuns a utilização de técnicas severas como eletrochoques, lobotomia, medicamentos em excessos, prisões ininterruptas em celas sujas, técnicas severas como maus tratos, sem dignidade e esquecidos até a morte.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

De acordo com Farinha e Braga (2018), a reforma psiquiátrica começou no Brasil a partir da década de 70. Quando o país estava passando por um processo crítico onde movimentos sociais buscavam o fim da Ditadura Militar que havia sido instaurada em 1964, e com isso aumentar os direitos dos cidadãos brasileiros que estavam vivendo as limitações impostas por este regime.

Vale salientar que durante o período ditatorial brasileiro houve um aumento significativo das instituições manicomiais no país. Isto aconteceu por que no ano de 1974 o governo realizou junto a hospitais psiquiátricos particulares um convênio para que estes recebessem verba governamental para realizar assistência psiquiátrica para os indivíduos, esta iniciativa só foi possível por que o governo assinou o decreto que deu origem ao Plano de Pronta Ação, o qual era um mecanismo normativo que tinha como objetivo intensificar a disponibilidade dos serviços de saúde, no entanto, é válido salientar que tal objetivo não foi alcançado. Bem diferente do intuito que se esperava atingir, o plano de ação apresentou baixos resultados diante da complexidade dos problemas da sociedade brasileira naquela época (FARINHA; BRAGA, 2018).

No período em que eram dados os primeiros passos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Psicologia também passava por um processo de transformação intenso devido as dúvidas que surgiram em relação a funcionalidade da psicologia social a partir da década de 70. Essa dificuldade foi originada a partir dos questionamentos que envolviam a propagação desse campo de atuação, bem como a relevância das pesquisas no âmbito da Psicologia Social (Bock; Gonçalves; Furtado, 2007; apud Carvalho; Souza, 2010).

O curso de psicologia só foi reconhecido na década de 60, ou seja, quando surgiram os primeiros movimentos da reforma estava apenas com uma década do seu reconhecimento. E neste momento surgiam grandes dúvidas em relação a sua funcionalidade, cientificidade, da necessidade de sua existência e da sua importância no que diz respeito ao campo das ciências humanas (LIMA, 2020).

Outro fato importante do marco histórico da Psicologia durante o processo da reforma brasileira está a promulgação da Lei nº 5.766/71, a qual afirma em seu Art. 1º:

Art. 1º - Ficam criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia, dotados de personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira, constituindo, em seu conjunto, uma autarquia, destinados a orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de Psicólogo e zelar pela fiel observância dos princípios de ética e disciplina da classe (BRASIL, 1971, ART. 1º).

Nesse momento da promulgação da lei fica evidenciado que os psicólogos se uniram em prol do desenvolvimento da categoria. Tendo em vista que a lei passou a resguardar os direitos desses profissionais e contribuiu para que a sociedade passasse a vê-los por meio de outra perspectiva (BRASIL, 1971).

A partir dos anos 80, percebe-se uma mudança na perspectiva brasileira e começam a surgir os primeiros indícios da Reforma Psiquiátrica no país. O fim da ditadura militar e o processo de redemocratização contribuíram para o desenvolvimento de discursões acerca dos serviços públicos e dos direitos dos usuários desses serviços. No entanto, o fator primordial para a reforma está na esfera econômica, pois o Brasil estava passando por um momento de recessão e não estava mais sendo capaz de arcar com os elevados custos dos hospitais psiquiátricos (FARINHA; BRAGA, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a Reforma Psiquiátrica brasileira está associada diretamente ao movimento sanitário dos anos 70, o qual tinha como objetivos propor mudanças significativas nos modelos de atenção e gestão da saúde, defesa da saúde coletiva, igualdade na oferta dos serviços e mais participação dos trabalhadores e usuários nos

processos de gestão e no aperfeiçoamento da produção de tecnologias voltadas para o cuidado.

Outro ponto a ser destacado é que mesmo no advento da Reforma Sanitária, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira tinha como intuito superar a violência asilar. É importante destacar que a reforma começou a aparecer quando o modelo assistencial nos hospitais psiquiátricos começou a falir e quando os movimentos sociais intensificaram suas ações pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005):

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.6).

Diante da citação acima compreende-se que a Reforma Psiquiátrica foi responsável por transformar o modo como as pessoas enxergavam o sistema de tratamento psiquiátrico brasileiro. Até então os doentes mentais eram tratados em manicômios, locais conhecidos pela baixa qualidade de seus serviços. Onde eram internados por tempo indeterminado, ficavam longe de suas famílias, e em alguns casos sofriam tratamentos desumanos.

3.1 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), o movimento social realizado pelos trabalhadores em saúde mental, que também contavam com a presença de psiquiatras e psicólogos conhecido como MTSM foi o grande responsável pela luta dos direitos dos doentes mentais no Brasil por volta do ano de 1978. Este movimento contou com a participação dos profissionais do movimento sanitário, por familiares de pacientes, sindicalistas, associações e pessoas que já passaram por alguma instituição manicomial. O grande marco deste movimento foi denunciar suas condições precárias de trabalho, a violência que acontecia nos manicômios e o enriquecimento da rede privada de assistência via recursos públicos.

De acordo com Góis (2005 apud RODRIGUES; CARVALHO; XIMENES, 2011), o campo da psicologia comunitária é a área que mais contribuiu para o desenvolvimento da reforma brasileira, tendo em vista seu forte vínculo com os movimentos sociais e com a

preocupação com os cuidados do indivíduo. Esse campo de atuação contribuiu para a reflexão da necessidade da desinstitucionalização e do desenvolvimento dos processos assistências comunitárias propostas pela Reforma Psiquiátrica.

Um fato marcante que colaborou para a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi o conhecimento público do tratamento que os internos recebiam no Centro Psiquiátrico Pedro II, no ano de 1978, na cidade do Rio de Janeiro. Bem como, as condições de trabalho que levaram os profissionais do centro a realizarem uma greve, fato este que resultou em grande divulgação na imprensa, voltando os olhos da população para o que estava acontecendo com os pacientes e os profissionais da instituição. Este acontecimento acabou colaborando para o desenvolvimento de discursões acerca da necessidade de ser realizada uma reforma psiquiátrica no país (AMARANTE, 1995 apud BARROSO; SILVIA, 2011).

De acordo com Goulart e Durães (2011), nos primeiros anos da década de 80 surgiram os primeiros indícios da Reforma que iria remodelar o modelo assistencial oferecido aos pacientes mentais no Brasil. Havia grande influência para novos modelos serem introduzidos no âmbito dos serviços de saúde oferecidos aos doentes mentais. Entre esses métodos, pode-se destacar as Comunidades Terapêuticas, os modelos ambulatoriais de assistência em saúde que podiam ser aplicadas tanto pela Psicologia Comunitária quanto pela Clínica Psicanalítica, ambas como método alternativo ao modelo asilar até utilizado no país.

No ano de 1987, o MTSM realizou o seu II Congresso Nacional, o qual tinha como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, dando indícios de que o objetivo do movimento não era apenas oferecer novas ferramentas de tratamentos ou novas práticas assistenciais, mas sim, o fim dos tratamentos e das internações por tempo indeterminado em manicômios. A partir do movimento social criado pelo MTSM, começaram a surgir as primeiras ideias para o desenvolvimento de novas práticas assistenciais voltadas para o tratamento dos doentes mentais no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No ano de 1989 foi apresentado uma proposta ao Congresso Nacional para a criação da Lei de Saúde Mental, no entanto, houve resistência para a promulgação da referida lei e ela só foi aprovada no dia 06 de abril de 2001. A Lei 10.216, também conhecida como a Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e modificou a política pública para a saúde mental. A partir do sancionamento desta lei o modelo hospitalocêntrico, ou seja, os manicômios e hospitais psiquiátricos, foram substituídos pelo modelo de atendimento comunitário, onde os serviços passaram a ser oferecidos de forma descentralizada e com uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2001).

O Artigo 2º, da Lei 10.216/01, em seu parágrafo único menciona os direitos da pessoa com doença mental, tais como ter acesso ao melhor tratamento, o qual deverá ser realizado de forma humanitária e capaz de contribuir para a recolocação do indivíduo no meio social e no mercado de trabalho. É vedada a exploração e o abuso do doente mental, é lhe garantido o sigilo de suas informações, bem como será sempre disponibilizado um médico para esclarecimentos e o seu tratamento deverá ser realizado de forma menos invasiva e de preferência em locais que disponibilizem o serviço comunitário (BRASIL, 2001).

A partir de tudo que foi estudado sobre o processo e os acontecimentos que antecederam a Reforma Psiquiátrica Brasileira é válido reforçar que mesmo com todo o seu desenvolvimento ainda existem situações e problemas que afetam novos avanços desse novo modelo de tratamento (LIMA, 2016).

O fato de se ter alcançado o desmonte dos hospitais psiquiátricos e a instauração de novas práticas assistenciais não assegura o sucesso e a continuidade da reforma. É necessário que haja a continuidade do processo de desinstitucionalização e a ampliação do discurso antimanicomial para que assim seja possível substituir a ideia de que o método manicomial/asilar é o mais eficaz para o tratamento das doenças mentais e com isso inserir no contexto social os novos métodos de cuidados assistenciais (LIMA, 2016).

4 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO APÓS A REFORMA PSQUIÁTRICA

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), o processo de desinstitucionalização no Brasil começou a acontecer em meados da década de noventa com a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos. No entanto, só ganhou forças após a promulgação da Lei 10.216/01, no ano de 2002 o Ministério da Saúde realizou uma série de normatização em prol do avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

Almeida (2019), afirma que o processo de desinstitucionalização foi fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde mental que passou a ser difundido após a década de 70 e principalmente após a Reforma Psiquiátrica. Uma das primeiras cidades a desenvolver a reforma foi Santos, no estado de São Paulo, sendo responsável por contribuir para o desenvolvimento de um modelo que seria adaptado para a necessidade de cada região brasileira. Viabilizando assim o processo da criação de uma política nacional voltada para a saúde mental da população.

Amorim e Dimenstein (2009), mencionam que o processo de desinstitucionalização visou realizar a desconstrução dos métodos asilares e propor um modelo territorial de atenção a saúde mental. Desenvolvendo uma rede de atenção extra-hospitalar para suprir as necessidades dos indivíduos em sua própria comunidade, nessa rede de cuidados o psicológico tem papel fundamental pois passou a estar presente nesse modelo assistencial, fazendo parte das equipes dos centros de saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos serviços residenciais terapêuticos (SRT).

Silva e Rosa (2014), mencionam que o processo de desinstitucionalização busca contemplar todos os envolvidos no processo do tratamento das pessoas com transtorno mental, ou seja, busca envolver os pacientes e seus familiares em ações de saúde que substituam a internação.

Para que o processo de desinstitucionalização gerasse os efeitos esperados foi necessário criar instrumentos capazes de gerenciar como os hospitais psiquiátricos estavam reduzindo e fechando seus leitos. Para atender essa necessidade, após a promulgação da Lei de Saúde Mental, o Ministério da Saúde criou a Portaria nº 251/GM, a qual estabeleceu diretrizes e normas para a assistência hospitalar e criou o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) o qual tinha como objetivo avaliar os hospitais psiquiátricos que faziam parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e os seus conveniados. Para assim avaliar a qualidade dos serviços oferecidos em cada unidade e se estavam seguindo as recomendações adotadas pelo SUS, aqueles hospitais que estivessem descumprindo tais exigências seriam descredenciados do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O PNASH/Psiquiatria surgiu para aperfeiçoar o controle de qualidade das instituições hospitalares que oferecem atendimento psiquiátrico. Até o surgimento deste método de avaliação, os hospitais eram avaliados por meio de dois sistemas, o primeiro eram as supervisões hospitalares, as quais eram realizadas por membros do alto escalão do SUS, no entanto tinha suas limitações, o segundo sistema eram as fiscalizações e auditorias que aconteciam mediante denúncias de que as unidades hospitalares estavam realizando suas atividades de modo duvidoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A importância da implantação do PNASH/Psiquiatria está atrelada principalmente ao processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos, pois passaram a ser sistemático e anual, e abrangendo três campos, o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo. É papel do PNASH/Psiquiatria realizar uma avaliação minuciosa destas instituições, desde o aspecto da estrutura física das unidades, passando pelos procedimentos adotados, os processos

e os recursos disponibilizados aos pacientes, e principalmente a adequação dos hospitais ao sistema normativo exigido pelo SUS para o funcionamento destes hospitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A implantação e o desenvolvimento do PNASH/Psiquiatria contribuíram significativamente para o processo de desinstitucionalização no país. Ao possibilitar a avaliação e o controle dos serviços oferecidos nos hospitais psiquiátricos o programa viabilizou que os pacientes passassem a receber serviços de qualidade e tratamento humanizado, de acordo com as exigências da qualidade assistencial. O programa colaborou para a redução de leitos e a melhora nos serviços de assistência hospitalar psiquiátrico, em alguns casos, contribuiu para o fechamento de leitos e o desenvolvimento da sistema extra-hospitalar de atendimento de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

4.1 O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Amarante (2007, apud GUIMARÃES et. al. 2012), mencionam que o sistema de tratamento hospitalocêntrico sofreu críticas severas em meados da década de 40, no contexto do fim da Segunda Guerra Mundial. Esse modelo era conhecido devido as condições de suas instalações superlotadas e dos tratamentos oferecidos aos seus pacientes, os quais sofriam maus tratos e passavam por terapias que desrespeitavam os direitos humanos. Neste período, os hospitais manicomial devido as suas características passaram a ser comparados a campos de concentrações.

Esta comparação mensura a importância do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil para o processo do desenvolvimento de novas práticas assistenciais e de um novo modelo de atenção à saúde mental, o modelo psicossocial. Este modelo é completamente diferente do modelo asilar e busca desconstruir o modo como os doentes mentais são vistos e a desconstrução dos manicômios (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006 apud GUIMARÃES et. al. 2012).

Costa Rosa et. al. (2003 apud GUIMARÃES et. al. 2012), afirmam que o modelo psicossocial tem como objetivo oferecer um tratamento por meio da intervenção ativa da realidade. Esse modelo foi orientado por meio do processo da Reforma Psiquiátrica e ocasionou transformações significativas no âmbito dos campos teórico-assistencial, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural da saúde mental no país.

Acioli Neto e Amarante (2013) mencionam que o modelo de atenção psicossocial “caracteriza-se como uma diretriz da reforma psiquiátrica brasileira e assume um papel

preponderante no campo assistencial por nortear a construção de novas práticas e serviços em saúde mental” (p. 965).

Compreende-se que esse processo de construção só foi possível devido aos movimentos sociais que deram início ao desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica e os cuidados que deveriam ser dados aos doentes mentais. O modelo psicossocial foi implementado pela primeira vez com a criação do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, na cidade de São Paulo, sendo este o primeiro CAPS do país e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), na cidade de Santos ambos por volta da década de 80. A implantação do modelo psicossocial buscou atender os doentes mentais fora dos hospitais psiquiátricos, os quais ficaram conhecidos pelos tratamentos desumanos que ofereciam aos seus pacientes (ACIOLI NETO; AMARANTE 2013).

4.2 AS TRANSFORMAÇÕES QUE SURTIRAM NO MODELO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL COM A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), o atual modelo assistencial em saúde mental brasileiro foi originado a partir do procedo da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial vivenciada no país a partir da década de 70. A partir do movimento em prol da reforma, foi desenvolvido uma política pública voltada para a assistência para os doentes mentais, principalmente após a promulgação da Lei 10.216/2001.

No que diz respeito ao desenvolvimento da Rede de Saúde Mental, ela é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelas casas que prestam Serviços Residências Terapêuticos (SRT), pelo Programa de Volta para Casa (PVC), pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras 30 drogas, pelos Centros de Convivência, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Consultórios nas Ruas e pela Escola de Redutores de Danos (CFP, 2013).

Enquanto isso, foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual utiliza alguns componentes da Rede de Saúde, bem como a Atenção Psicossocial Especializada, os serviços de Urgência e Emergência, de Atenção Residencial de Caráter Transitório, bem como a Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial (CFP, 2013).

A partir da promulgação da Lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental surgiram Portarias que regulamentam a instituição dos novos serviços de saúde. De acordo com a Portaria nº 336/02, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), passa a regular e coordenar os cuidados que serão oferecidos ao indivíduo com transtorno mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Esse modelo voltado para a Atenção Psicossocial tem como fundamento o cuidado mental comunitário, não podendo ser configurado apenas como um método substituto para o modelo manicomial. Segundo Mezzina (2005 apud OLIVEIRA; CALDANA 2016), a substituição do modelo asilar pelo assistencial transformou o modo como os pacientes mentais eram tratados nas instituições manicomiais para as organizações que visam a humanização do indivíduo e o cuidado com sua inserção da sociedade, considerando assim o paciente como um ser humano e não como um objeto.

Oliveira e Caldana (2016), mencionam que essa mudança no método de tratamento e cuidado visa centralizar o indivíduo, seus sintomas e o seu comportamento durante o atendimento. Outro ponto que é levado em consideração diz respeito ao fato de paciente e psicólogo ter um contato mais próximo, onde o segundo conhece o sofrimento, as angustias, as necessidades pessoais e psicológicas do seu paciente.

O § 1º, do Artigo 1º, da Portaria nº 336/02 é objetivo ao afirmar que o CAPS deve estar capacitado para “realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo [...]”.

O artigo 5º, em seu parágrafo único afirma:

Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência [sic] menor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, ART. 5º).

É papel do CAPS, sendo um modelo terapêutico de não internação, oferecer serviço ambulatorial diário aos seus usuários, sem que este paciente precise sair de seu território para conseguir o serviço. O qual pode ser realizado por meio de atendimento individual ou coletivo, por meio de oficinas terapêuticas, visitas a domicílio e demais atividades que possam contribuir para o bem-estar e a reinserção do indivíduo na sociedade. Vale salientar que o CAPS também deve oferecer atendimento as famílias desses pacientes, para que eles também possam contribuir para o tratamento dos doentes mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No ano de 2001 acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental o que faz com que a Reforma Psiquiátrica seja efetivada como uma política do Sistema Único de Saúde (SUS) e assim seja realizado a criação de uma rede comunitária de atenção e cuidados as pessoas com doenças mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Essa rede de atenção foi formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. As quais tem como característica fazerem parte do sistema público de saúde e possuem uma base territorial municipal para o desenvolvimento de suas atividades, no entanto, existe os Conselhos nos âmbitos municipais, estaduais e nacional que tem como finalidade assegurar a colaboração de todos para o incremento e aperfeiçoamento dos serviços disponibilizados pela rede de atenção à saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No ano de 2005, o Conselho Federal de Psicologia, por meio do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREFOP), realizaram uma pesquisa para conhecer a atuação do Psicólogo dentro dos CAPS. O resultado desta pesquisa apontou que os psicólogos atuam em diferentes frentes de atendimento dentro dos Centros Psicossociais, mas em sua maioria realizam atendimento assistencial ou tratamento psicológico, mas também atuam junto com a equipe multidisciplinar para realizar o processo de atendimento ao paciente (CFP, 2013).

São realizados atendimentos individuais e coletivos, bem como em situações de crise, quando surge alguma urgência também são chamados, esses atendimentos são realizados tanto dentro dos CAPS, como em hospitais ou na residência do próprio paciente. Esse tipo de atendimento deixa claro que o psicólogo atua diretamente no auxílio assistencial para o tratamento do doente mental (CFP, 2013).

De acordo com o CFP (2013), é válido salientar que em muitas localidades os profissionais de psicologia não encontram um Rede de Atenção à Saúde adequada e capaz de auxiliá-los nos tratamentos dos pacientes. Os CAPS não estão preparados com os equipamentos necessários e os profissionais ficam impossibilitados de desempenharem suas funções adequadamente. Ainda há a ausência do desenvolvimento de políticas públicas nos âmbitos estaduais e municipais que ajudem a fortalecer a proposta imposta pela Política Nacional de Saúde Mental.

A Política Nacional de Saúde Mental tem como fundamentação para o tratamento dos doentes mentais o modelo de atenção centrado no paciente e não na figura do médico, o que ainda acontece em algumas unidades do CAPS. No entanto, os psicólogos enfrentam algumas

dificuldades para realizar os seus atendimentos, tendo em vista a grande quantidade de pacientes que procuram atendimento e a escassez de profissionais.

Em algumas unidades não existe supervisão em relação aos procedimentos realizados e não há uma rede de referência capaz de colaborar para o desenvolvimento do trabalho do psicólogo junto aos pacientes (CFP, 2013).

É inegável o avanço possibilitado pela reforma psiquiátrica em relação ao modo como os atendimentos passaram a ser realizados, bem como a atuação dos psicólogos nesses novos tempos. No entanto, ainda é necessário investimento para que os CAPS sejam ampliados e os profissionais possam atender a uma demanda maior e com qualidade, viabilizando assim uma melhor qualidade de vida para os usuários da rede de atenção a saúde mental brasileira.

5 CONSIDERAÇÃO FINAL

Os doentes mentais por muito tempo foram chamados de alienados e eram tidos como indivíduos que viviam fora da realidade e não eram capazes de compreender as situações que aconteciam ao seu redor. Pelas mais diferentes épocas e lugares os doentes mentais e seus familiares sofreram humilhações e foram afastados do convívio da sociedade.

Conforme o desenvolvimento teórico do presente trabalho, foi possível compreender que a loucura possuía diversas conceituações e todas elas desconstruíam a humanidade do indivíduo e o reduzia a um demente, louco ou idiota. Os doentes mentais eram vistos como uma pessoa que possuía uma perturbação que afetava a sua capacidade intelectual e afetiva.

A partir da Reforma Psiquiátrica o Brasil adotou novas práticas para o tratamento dos doentes mentais. A reforma ocasionou o desenvolvimento de novas políticas no que diz respeito à atenção e os cuidados da saúde mental em todo o país. É válido destacar que a partir da Lei 10.216/02 e das portarias que foram promulgadas em seguida a sistema público brasileiro passou a atender as necessidades dos indivíduos com doenças mentais de forma humana e diária.

A criação dos CAPS foi de fundamental importância para o desenvolvimento da proposta da Reforma Psiquiátrica para o atendimento assistencial aos pacientes e suas famílias. Pois o atendimento neste modelo também se estende aos familiares dos indivíduos, para que estes possam fazer parte do processo de cuidados e também serem assistidos durante esse período.

A desconstrução manicomial só foi possível devido o desenvolvimento da reforma e a implantação do modelo psicossocial para o atendimento aos pacientes. Foi possível criar uma

rede de atenção à saúde mental para atender os indivíduos e suas famílias dentro do seu território e sem a necessidade de longas e indeterminadas internações, como acontecia no modelo de tratamento asilar. Mesmo com o desenvolvimento de novas práticas, ainda existe em algumas situações a necessidade de internações para pacientes com problemas mentais, ou seja, o tratamento asilar não foi totalmente extinto do sistema de saúde brasileiro.

Outro ponto importante a ser destacado refere-se ao desmonte que vem sendo feito no sistema de saúde brasileiro nos últimos anos está afetando diretamente o desenvolvimento e a ampliação de novas práticas e modelos assistenciais voltados para o tratamento destes pacientes. As reduções nos investimentos inviabilizaram a criação de novas vagas nos CAPS para o atendimento destes indivíduos.

Tendo em vista a necessidade de uma rede multidisciplinar de atendimento para esses indivíduos, é importante que novas pesquisas sejam realizadas para buscar identificar os transtornos mais comuns, para contribuir com o tratamento e a criação de novas práticas assistências para esses pacientes. É importante que sejam destinados recursos para o desenvolvimento de pesquisas e novas ferramentas que sejam capazes de contribuir para o tratamento e o bem-estar destes pacientes.

No que diz respeito ao papel do psicólogo nesse processo, é válido destacar que o CFP (2013), afirma que os serviços psicológicos estão voltados para contribuir com a saúde dos indivíduos.

Com isso é possível concluir que a partir da realização do presente trabalho e dos tópicos que foram abordados ao longo do seu desenvolvimento foi possível responder os objetivos propostos e à pergunta de partida que norteou a sua elaboração. A qual indagou o que publicações científicas já escritas tinham a falar sobre o processo que levou a promulgação da Portaria Nº 3.088/11 que instituiu a criação da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS para doentes mentais e pessoas com doenças oriundas do uso excessivo de álcool e outras drogas, assim como o contexto que originou o processo da reforma psiquiátrica brasileira e os benefícios que trouxe para o tratamento dos pacientes com doenças mentais.

REFERÊNCIAS

ACIOLI NETO, M. L., & AMARANTE, P. D. C. (2013). **O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. vol.33, n.4, Pernambuco: UFPE, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n4/v33n4a14.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

ALMEIDA, João Miguel Caldas de. **Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso.** Espaço temático: saúde mental no brasil: avanços e retrocessos. Cad. Saúde Pública vol.35 no.11 Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019001300502&script=sci_arttext Acesso em: 17 de Junho de 2020.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico.** Ciênc. saúde coletiva. vol.14 no.1 Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100025&script=sci_arttext Acesso em: 17 de Junho de 2020.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro.** 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DECRETO N. 82 - DE 18 DE JULHO DE 1841.** Brasil: 1841. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/norma/385725/publicacao/15742236>>. Acesso em: 20 de Abril de 2020.

_____. **LEI nº 5.766 de 20 de dezembro de 1971.** Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2008/08/lei_1971_5766.pdf. Acesso em: 10 de Junho de 2020.

_____. Ministério da Saúde. LEI nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil** Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 28 de maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 9 fev. 2002.

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

_____. Ministério da Saúde. **Memória da loucura:** apostila de monitoria. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf. Acesso em: 01 de Novembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial.** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único

de Saúde. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília, 26 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 11 de junho 2020.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil** Brasília, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 13 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. (2011). Portaria GM/MS nº 3.088/2011 - preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília: Autor.

_____. **Decreto Nº 206-A, de 15 de fevereiro de 1890. Cria a Assistência Médica e Legal de Alienados**. Memória da Administração Pública Brasileira. Brasília: MAPA, 2019. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/component/content/article?id=724>. Acesso em: 21 de Abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 02 de Abril de 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edições 70. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROSO, S. M., & SILVA, M. A. (2011). **Reforma Psiquiátrica Brasileira: O caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia**. Revista da SPAGESP. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008. Acesso em: 15 de Junho de 2020.

BRAGA, T. B. M. e FARINHA, M. G. **Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica: Desafios E Perspectivas**. Revista da Abordagem Gestáltica. Goiânia, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000300009. Acesso em: 20 de maio de 2020.

CARVALHO, B. P., & SOUZA, T. M. S. (2010). **A escola de São Paulo de psicologia social: apontamentos históricos**. Psicologia em Estudo. Maringá, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000400007. Acesso em: 05 de junho de 2020.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. Trab. educ. saúde. Rio de Janeiro: UFRJ, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200. Acesso em: 13 de Junho de 2020.

FOUCAULT, Michel. **Histoire de la folie à l'âge classique**. Paris: Gallimard, 1972.

_____. Médicos e doentes. In M. Foucault. **História da loucura na época clássica.** (pp. 297-338). São Paulo, SP: Perspectiva, 2000.

_____. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva. 2008.

_____. **Loucura, literatura, sociedade.** In: Motta, Manoel Barbosa (Org.). Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p.232-258. 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** [2.Reimpr.]. – 6. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GOULART, M. S. B; DURÃES, F. **A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização.** Belo Horizonte: UFMG, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a14>>. Acesso em 17 de Junho de 2020.

GUIMARÃES, A.N; BORBA, L.O; LARocca L.M; MAFTUM, M.A. **Tratamento Em Saúde Mental No Modelo Manicomial (1960 A 2000):** histórias narradas por profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis: 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>. Acesso em: 20 de Abril de 2020.

LIMA, A. F. de. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da psicologia social crítica. *Salud & Sociedad*, 1(3), 165-177. UCF, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.22199/S07187475.2010.0003.00002>. Acesso em: 10 de Junho de 2020.

LIMA, R. S. **A História De Uma Crise: Confrontos No Campo Da Psicologia Social.** Anais do XIV Encontro Nacional Da ABRAPSO, 2020. Disponível em: http://www.Abrapso.Org.Br/Siteprincipal/Anexos/Anaisxivena/Conteudo/Html/Sessos/2888_Sessos_Resumo.Htm#:~:Text=Consideraremos%20como%20crise%20o%20momento,E%20in%C3%Adcio%20dos%20anos%2070.&Text=A%20aus%C3%Aancia%20de%20um%20consenso,Para%20pensarmos%20o%20saber%20psicol%C3%B3gico. Acesso em: 10 de Junho de 2020.

MOFFATT, Alfredo. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular.** Tradução de Paulo Esmanhoto. São Paulo: Cortez Editora, 1980.

OLIVEIRA, T. T. S. S., & CALDANA, R. H. L. (2016). **Psicologia e práticas psicossociais: narrativas e concepções de psicólogos de Centros de Atenção Psicossocial.** Estudos Inter. Psicol. Londrina, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072016000200002. Acesso em: 15 de Junho de 2020.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. **(Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços.** *Saúde Soc.* v.19, n.3, p.569-583, São Paulo: 2010.

ROCHA, Rodrigo C. **Dos manicômios a Reforma Psiquiátrica:** uma revisão histórica dos movimentos da saúde mental. Volta Redonda, UFF, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/6924/2/Rodrigo%20Carvalho%20Rocha%20-%20TCC.pdf>. Acesso em: 15 de Junho de 2020.

RODRIGUES, D. S., CARVALHO, M. A. A. S., & XIMENES, V. M. **A comunidade como espaço de produção de saúde mental:** contribuições da Psicologia Comunitária ao processo de desinstitucionalização. Estudos e Pesquis. em Psicologia. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v11n3/artigos/pdf/v11n3a02.pdf>. Acesso em: 17 de Junho de 2020.

SILVA, E. K. B., & ROSA, L. C. S. (2014). **Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado.** Revista Katál. Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011>. Acesso em 10 de Junho de 2020.