



Universidade Federal
de Campina Grande

**Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)
Centro de Ciências Jurídicas e Sociais (CCJS)
Unidade Acadêmica de Direito (UAD)
Curso de Serviço Social**

ANA RAQUEL ANDRADE MATIAS

**APONTAMENTOS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SOUSA-PB:
AVANÇOS E LIMITES DA LEI 10.216/2001 A PARTIR DE REFLEXÕES EM
TORNO DO CAPS AD E DO CAPSi**

SOUSA-PB

2020

ANA RAQUEL ANDRADE MATIAS

**APONTAMENTOS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SOUSA-PB:
AVANÇOS E LIMITES DA LEI 10.216/2001 A PARTIR DE REFLEXÕES EM
TORNO DO CAPS AD E DO CAPSi**

Trabalho de monografia apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como requisito para aprovação.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira

SOUSA-PB

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

M433a Matias, Ana Raquel Andrade.
Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica em Sousa - PB:
avanços e limites da lei 10.216/2001 a partir de reflexões em
torno do CAPS AD e do CAPSi. / Ana Raquel Andrade Matias. -
Sousa: [s.n], 2020.

84fl.

Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) –
Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2020.

Orientadora: Prof.^a Dra. Helmara Giccelli Formiga Wanderley
Junqueira.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Saúde Mental. 3. Centro de Atenção
Psicossocial. I. Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 316.6(043.1)

2020

ANA RAQUEL ANDRADE MATIAS

**APONTAMENTOS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SOUSA-PB:
AVANÇOS E LIMITES DA LEI 10.216/2001 A PARTIR DE REFLEXÕES EM
TORNO DO CAPS AD E DO CAPSi**

Trabalho de monografia apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof^a Dr^a. Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

ORIENTADORA

EXAMINADORA

EXAMINADOR

AGRADECIMENTOS

A vida nos impõem desafios diários que nos fazem mais fortes, mas também nos coloca de joelhos ao chão, e o que seria do espírito humano se nesse ir e vir entre as nossas existências não nos reencontrássemos com os amores que nos reerguem na labuta cotidiana, parceiros de outras épocas que ressurgem a nos estender as mãos, não importa o título que possuem nessa existência, marido (parceiro), filhos, colegas de classe, irmãs e irmãos do caminho, professores, há os professores esses bem se assemelham a anjos guardiões, uma vez que exercem o papel de orientar e preparar para os desafios vindouros.

Começarei agradecendo a Deus, que conhecendo-me tão profundamente me fez despertar nessa existência onde era preciso ser forte, ter convicção de caráter e resistência para permanecer no mundo sem a ele pertencer.

Agradeço ao marido Edgley, um dos pilares de minha existência, que todos os dias me levava e buscava na universidade, que se desdobrava em muitos papéis para que eu não desistisse deste sonho.

Aos meus filhos que são a luz da minha vida, as irmãs do caminho, que são a base espiritual e conforto fraterno dos difíceis e felizes.

Agradeço aos companheiros de turma que a despeito de maiores ou menores afinidades, foram de extrema importância no meu desenvolvimento acadêmico, e que me permitiram conhecer as mais diversas opiniões e mesmo modificar em mim o que era necessário (sem alterar minha essência), a Jedyelen, Aparecida e Rafael, companheiros de trabalhos e seminários, a Hellita anjo amigo, companheira de estágio com quem muito aprendi.

Agradeço a Lidiane, minha supervisora de estágio e a Mayéwe Eliênia, supervisora de campo por quem tenho grande identificação.

Este parágrafo dedico as minhas professoras, que tiveram durante toda a minha graduação tiveram papel decisivo, sinto verdadeira emoção ao citar a professora Cibelly Michalane, a quem dedico grande amor fraterno desde o momento em que a vi, e com o passar do tempo criei tão grande admiração que, nos momentos decisivos me pergunto o que ela faria, e chego mesmo a ouvir sua voz calma a me orientar. A professora Cibelly fará parte das minhas existências com o seu exemplo de força, coragem e sabedoria.

Agradeço com a mesma emoção a minha querida orientadora, que de forma calma e digna teve papel decisivo para que eu pudesse recuperar a confiança em minha própria capacidade, com a sabedoria que apenas os verdadeiros mestres possuem, soube aproveitar o meu potencial, respeitando sempre as minhas muitas limitações, a você professora a minha gratidão!

Para concluir, gostaria de mencionar que certamente não consegui falar o que está em meu coração, pois a emoção me deixa de mãos trêmulas, os olhos cheios de lágrimas e a garganta embargada, não permitindo me continuar. No entanto, tenho a esperança de que, ao longo de nossos dias, eu tenha a oportunidade de retribuir tanto amor e tantos ensinamentos. Gratidão!

RESUMO

O escopo do presente trabalho é entender a política de Saúde Mental a partir das experiências dos profissionais dos CAPSad e CAPSi, na cidade de Sousa, no Alto Sertão paraibano, no contexto de Reforma Psiquiátrica instituída pela Lei 10.216/2001. Nesse sentido, fez-se necessário uma análise de caráter histórico acerca da loucura e das instituições para louco[as] de caráter não psiquiátrico, tais como asilos e cadeias. Também a partir da perspectiva historiográfica objetiva-se entender o movimento de Reforma Psiquiátrica, que teve início nos anos 1970 e que ainda está em curso, pondo a descoberto as fragilidades do modelo terapêutico e das instituições de atenção comunitária em saúde. Trata-se de uma pesquisa com delineamento qualitativo, de caráter documental. Foram utilizadas como fontes leis, resoluções, decretos, obras literárias, artigos de revistas, trabalhos monográficos, dissertações, teses etc., disponíveis em sítios eletrônicos e que tratam do tema objeto dessa investigação. Quanto ao aporte teórico metodológico, os documentos consultados foram analisados à luz do método materialista histórico-dialético de Marx. Os dados deixaram em evidência, por um lado, a importância da criação dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas e infantil na cidade Sousa-PB, como instrumento para minimizar danos e promover a ressocialização de indivíduos estigmatizados e que foram, por muito tempo, negligenciados pelo Estado. Na contramão, a pesquisa revela as fragilidades das políticas de saúde mental no referido município, marcada pela falta de investimentos materiais e em recursos humanos, o que reflete em atendimentos precários e pouco eficientes por parte dos profissionais da saúde mental.

PALAVRAS CHAVES: Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Centros de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The scope of this work is to understand the Mental Health policy from the experiences of the professionals of CAPSad and CAPSi, in the city of Sousa, in the Upper Sertão of Paraíba, in the context of Psychiatric Reform instituted by Law 10.216/2001. In this sense, it was necessary a historical analysis about the madness and institutions for crazy non-psychiatric, such as asylums and jails. Also from the historiographical perspective, the objective is to understand the Psychiatric Reform movement, which began in the 1970s and is still ongoing, highlighting the weaknesses of the therapeutic model and community health care institutions. This is a research with a qualitative design of documentary character. Laws, resolutions, decrees, literary works, magazine articles, monographic works, dissertations, theses, etc., available on electronic sites and dealing with the subject of this investigation were used as sources. Regarding the methodological theoretical contribution, the documents consulted were analyzed in the light of Marx's historical-dialectical materialist method. The data highlighted, on the one hand, the importance of the creation of psychosocial care centers alcohol and drugs and children in the city of Sousa-PB, as an instrument to minimize damage and promote the resocialization of stigmatized individuals who have long been neglected by the State. On the other hand, the research reveals the weaknesses of mental health policies in that municipality, marked by the lack of material investments and human resources, which reflects in poor and inefficient care by mental health professionals.

KEY WORDS: Psychiatric Reform. Mental Health. Psychosocial Care Centers.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CCJS – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRM – Conselho Regional de Medicina

INCAERF – Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

CAPS-AD centro de atenção psicossocial álcool e drogas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
RAÍZE SÓCIO-HISTÓRICA DA CONCEPÇÃO DE LOUCURA	14
1.1 De onde vêm os loucos?	15
1.2 O exórdio da loucura no Brasil	22
1.3 O Processo de Institucionalização da Loucura no Brasil.	28
1.4 O Asilo de Santa Ana na Paraíba: a terrível prisão para loucos	32
1.5 A Instituição de Internamento e os recursos terapêuticos: O Hospital Colônia Juliano Moreira	35
CAPÍTULO II	41
REFORMA PSIQUIÁTRICA: O FIM DA INVISIBILIDADE DA DOENÇA MENTAL	41
2.1 As sendas da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as influências externas	44
2.2 OS hospitais psiquiátricos da Paraíba e o processo de Reforma Psiquiátrica	51
2.3 Atual situação da Rede de Atenção Psicossocial na Paraíba	60
CAPITULO III	63
A SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE SOUSA – PB	63
3.1 Breve Histórico da Cidade de Sousa	65
3.2 Limites e possibilidades do CAPSad em Sousa-PB	67
3.3 Atuação do CAPSi em articulação (desarticulação) com o ensino infantil na cidade de Sousa-PB	72
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	80

INTRODUÇÃO

As mudanças na atenção à saúde mental no Brasil que resultaram na Reforma Psiquiátrica antimanicomial são consequências de lutas de grupos sociais diversos, que tinham em comum a defesa dos direitos humanos das pessoas nomeadas loucos[as] e da ressocialização desses sujeitos a partir da desinstitucionalização ou redução dos leitos psiquiátricos, propostos a partir da Lei 10.216/2001. É preciso sublinhar que a promulgação da referida lei não representa nem o ponto de partida e, tampouco o ponto de chegada/final do processo de Reforma Psiquiátrica. Visto que, de acordo com Amarante, esse processo teve início nos anos 1970, no contexto de Reforma sanitária, a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, inicialmente tem como pauta as reivindicações em relação a situação trabalhista, tais como: aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas aos eletrochoques, humanização dos serviços entre outros. Em 1987, o MTSM lançou o lema "Por uma sociedade sem manicômios", convocando vários segmentos da sociedade para discutir a questão da loucura para participarem do processo de ressocialização dos loucos.

A partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental a luta antimanicomial ganhou força, incentivada pelas transformações que aconteciam em outros países, especialmente a Itália, onde o médico psiquiatra Franco Basaglia esteve na linha de frente da Reforma, inspirando e espalhando o espírito de mudanças dos paradigmas psiquiátricos em muitas partes do mundo. Internamente, vivíamos um processo de redemocratização, o que serviu como pano de fundo para as mudanças políticas e institucionais, em todos os níveis, no país. Tais mudanças de acordo com Luz, citado por Amarante, refletem o desejo de um Estado verdadeiramente democrático.

É nesse contexto de rupturas que as Conferências de Saúde ganham a maior importância dentro do movimento de Luta Antimanicomial Brasileira, nesse sentido destacamos a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em..., o Fórum Internacional de saúde Mental e Ciências Sociais, realizado no

Instituto de Psiquiatria do Rio de Janeiro e o Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde, realizado em Salvador, em 1990 (1995, p. 82).

A criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, em São Paulo, no ano de 1987, marcou o início das transformações no serviço de atendimento psiquiátrico em todo o país. Naquele momento o objetivo do CAPS era, "criar um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à constituição de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária" (apud AMARANTE, 1995, p. 82). A implantação dos CAPS como Política Nacional em Saúde Mental só se concretizou a partir da Lei Paulo Delgado, 10.216/2001.

Na Paraíba as primeiras mudanças começam a ter lugar no ano de 2003, mas será a partir de 2005, com a intervenção federal ao Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, em Campina Grande que o movimento ganha força no Estado, levando a implantação de CAPS em muitas cidades, tal foi o caso de Sousa-PB. No que se refere aos CAPSi e CAPSad, os mesmos foram implantados no ano de 2005 e 2012, respectivamente. A implantação desses Centros representou importante avanço para o atendimento em saúde mental naquela cidade sertaneja, entretanto, muitas foram/são as dificuldades enfrentadas pelos profissionais desses centros, como poderemos ver ao longo do trabalho que passamos agora a descrever:

No primeiro capítulo, intitulado **Raiz Sócio Histórica da Concepção de loucura**, enfatizaremos o contexto histórico de como se deu a gênese do entendimento da loucura e do louco, desejamos conhecer como o louco[a] é aceito ou excluído socialmente nas terras brasileiras. No mesmo capítulo também trataremos do processo de institucionalização da loucura no Brasil e no mundo, além é claro, de colocarmos a descoberto, algumas práticas terapêuticas consideradas desumanas.

O segundo capítulo, **Reforma Psiquiátrica: o fim da invisibilidade da doença mental**, traz o contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira e suas particularidades. Seguindo-se a esta feita, analisaremos como se deu tal processo na Paraíba, tendo como marco as reformas ocorridas na capital do Estado, no Complexo psiquiátrico Juliano Moreira e, especialmente, a partir do fechamento do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, em Campina Grande-PB, o que contribuiu para a expansão da Rede de Atenção Psicossocial na Paraíba.

Finalmente, em nosso terceiro capítulo, **A Saúde Mental na cidade de Sousa – PB: Os CASPad e CAPSi**, analisaremos os avanços e limites da Reforma psiquiátrica em Sousa a partir de um estudo documental, estudos monográficos realizados no âmbito do Curso de Serviço Social da UFCG, com o objetivo de entender as particularidades do atendimento em saúde mental na referida cidade, especialmente em relação aos CAPSad e CAPSi.

CAPITULO 1

RAÍZE SÓCIO-HISTÓRICA DA CONCEPÇÃO DE LOUCURA

Neste capítulo faremos uma análise histórica dos transtornos mentais a partir do século XIV, com o objetivo de compreendermos os fatos que precedem a realidade vigente, ou seja, desejamos conhecer os acontecimentos do passado que determinam a compreensão da loucura como lugar de banimento social, seja pelo senso comum, seja pela comunidade científica. Nesse sentido, as reflexões a seguir se fazem necessárias por acreditarmos que o conhecimento do passado é fundamental para o entendimento do presente.

Por meio da História é possível conhecer as diversas transformações na maneira como a loucura foi entendida e tratada ao longo dos anos, nas diversas comunidades humanas.

Assim, tal como sugere José D'Assunção Barros, acreditamos que a consciência histórica é necessária não apenas aos historiadores em formação, mas também aos próprios leitores de história, é inseparável de uma adequada reflexão sobre o tipo de conhecimento que se produz com a História, sobre as relações possíveis desse conhecimento com alguma base concreta da realidade (BARROS, 2014, p.11).

Neste sentido, com o escopo de dar luz aos fatos, com comprometimento ético-político que direciona a nossa condição de pesquisadores, fez-se um esforço para descortinar essa história, tantas vezes silenciada nas fontes.

1.1 De onde vêm os loucos?

A loucura sempre povoou o imaginário popular, grande número de especulações giravam em torno das mais diversas expressões de adoecimento psíquico. Ao menor indício de comportamento considerado como inadequado ocorria grande empenho por parte dos familiares do tal sujeito, possivelmente

louco[a], a fim de desvendarem o motivo do acontecimento, afinal que mal seria aquele? A loucura seria culpa do próprio indivíduo? Tratava-se de castigo/ira divina, por pecado de algum parente ou do próprio indivíduo? Essas indagações se davam pelo desconhecimento científico das doenças mentais, e mesmo com o avanço da medicina, as crenças populares continuaram arraigadas aos transtornos da mente e chegavam a determinar as medidas adotadas para o tratamento da pessoa acometida por tal mal, mesmo sem nenhum diagnóstico efetivo.

Visando responder a algumas dessas questões, recorreremos a História a fim de encontrar elementos para identificarmos os motivos de tanto medo e as origens de crenças estigmatizantes diante do adoecimento mental. Nesse sentido, de acordo com o historiador Michel Foucault, antes que qualquer enfermidade conquistasse o interesse social e/ou o campo da medicina, foi a lepra que deteve todas as atenções, principalmente, nas instituições filantrópicas de cunho religioso.

Segundo o autor, "a partir da alta idade média, e até o final das cruzadas, os leprosários tinham multiplicado por toda a superfície da Europa" (1972, p,07.). Tais instituições eram mantidas através de doações, principalmente de monarcas, que construíam os institutos e destinavam recursos para sua manutenção, com o claro objetivo de segregar e controlar os portadores dessa infecção. No entanto, a lepra foi desaparecendo gradativamente e os leprosários foram perdendo sua utilidade precípua, passando assim a receber os infectados por doenças venéreas, que se multiplicavam rapidamente, contudo, de acordo com Foucault,

Não são as doenças venéreas que assegurarão no mundo clássico, o papel que cabia à lepra no interior da cultura medieval. Apesar dessas primeiras medidas de exclusão elas logo assumem seu lugar entre as outras doenças [...]. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará em se apropriar. Esse fenômeno é a loucura. Mas será necessário um longo período de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantalho, que sucede a lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto, lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, antes que se

ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença (FOUCAULT, 1972, p.11- 12).

No decorrer do período conhecido como idade moderna, durante a Renascença, que data do século XIV ao XVII, a loucura ocupa lugar central no imaginário popular. Naquele contexto, não havia explicação científica para a loucura, não se sabia de onde vinham aqueles seres, ou o que representavam, se seriam portadores da verdade, ou representantes insanos dos devaneios humanos. Certo é que os loucos[as] eram levados de uma região para outra em embarcações conhecidas com "Naus dos Loucos", o que foi retratado em muitas obras de arte, reforçando assim o fascínio daquele período pela multidão alucinada que coabitavam as cidades vindos de outros mundos desconhecidos (FOUCAULT, 1972).

No entanto, o período da renascença marca também o momento de transcendência em que o homem sai do obscurantismo e acende as luzes do conhecimento. Naquele contexto, a ciência, a medicina, e as artes em geral pululam, trazendo assim o ser humano para o centro das discussões, e promove uma ampla reformulação no modo como os doentes mentais eram compreendidos pelas diversas sociedades.

Tratados como doentes, os loucos[as] compartilhavam da exclusão, do abandono, e do mesmo banimento social experimentado pelos leprosos, herdando, inclusive, os mesmos muros que antes os abrigavam. Os leprosários abandonados, serviriam de contenção para novos indesejados sociais. Inclusive, entre os loucos estavam também às camadas mais pobres da população: mendigos, prostitutas, órfãos, "vagabundos", entre outros.

A partir da idade moderna, a ascensão social e econômica provocada pelo mercantilismo, impulsionado pelas grandes navegações, fez surgir, em muitos países europeus, a exemplo de Espanha, França e Itália também necessidade de controle da pobreza, entendida como flagelo, de responsabilidade pessoal, ou mesmo castigo divino. Nesse sentido, é importante observar que os leprosários ainda permaneciam no mesmo formato caritativo e já não atendiam aos anseios da sociedade naquele momento, pois não se tolerava mais a grande quantidade de pedintes espalhados pelas ruas e, tampouco, desejava-se manter aquelas instituições onerosas e inúteis,

conforme se depreende das leituras de Foucault (1972). Os apelos populares foram respondidos de forma brutal pelos monarcas, que assumiram as instituições de cunho filantrópico e usurparam a liberdade de centenas de miseráveis, internando-os mesmos contra suas vontades.

A principal instituição responsável pelo internamento tanto dos loucos [as] quanto dos sujeitos tidos como desajustados, ou seja, daqueles que comportavam-se de maneira incomoda para os padrões exigidos à época, foi o Hospital Geral da França, fundado no ano de 1656 pelo Rei Luiz XIV, que por sua vez, buscava o ordenamento social tanto por meio de práticas de cunho caritativo, quanto utilizava-se de forças repressivas (polícia) para coagir qualquer ato de mendicância. A criação do Hospital Geral representou o ápice do movimento que Foucault chamou de grande enclausuramento¹.

Segundo o francês,

No fundo visava-se, por via do enclausuramento, corrigir os indivíduos considerados inúteis, metamorfoseando-se em algo de útil/productivo para a sociedade, [é a primeira vez [em França MM] que se substituem as medidas de exclusão puramente negativas por uma medida de detenção; o desempregado não é mais escoraçado ou punido; toma-se conta dele, às custas da nação mas também de sua liberdade individual] (Foucault, 1972, 65)

O Hospital Geral constituía-se por um conglomerado de construções, onde se distribuía todos os tipos de miseráveis, seguindo uma ordem de classificação. Uma vez internados eram distribuídos para as edificações adequadas ao perfil em que se enquadravam. A partir da admissão, não voluntária, nessa instituição os desvalidos perdiam a liberdade, passavam a seguir uma dura rotina de penoso labor e alimentação insuficiente. A distribuição dos internos era feita da seguinte maneira:

Maison de la Pitié, para além de enquadrar a administração do hospital, funcionava igualmente como armazém. Era aqui que os futuros «hóspedes» eram recebidos de modo a ser feita a

¹ O Grande enclausuramento teve início no Norte Europeu, expandindo-se por Holanda e Bélgica entre os séculos XVI e XVII. Esse movimento tinha como principal objetivo, corrigir a conduta dos homens e mulheres indesejados por meio do internamento, do trabalho pesado e através de ensino religioso (FOUCAULT, 1972).

«triagem» que os distribuiria pelas restantes dependências; nesta instituição ficavam as crianças dos 4 aos 12 anos.

Bicêtre – pobres do sexo masculino: velhos, crianças, paráliticos, escrofulosos, loucos epiléticos, presos por ordem régia.

Salpêtrière – essencialmente mulheres: crianças, velhas, fracas, cegas, loucas, paráliticas, presas condenadas, prostitutas, grávidas.

Sainte-Pélagie – mulheres presas por deboche e raparigas arrependidas.

Hôpital du Saint-Espirit – crianças dos dois sexos e órfãos.

Scipion – armazém de alimento (MENEZES, 2014, p. 302).

Os fatos que se seguem, ao longo dos anos, em todas as sociedades, mostram que as medidas de enclausuramento, como a criação de hospitais gerais e construção de prisões, não foram suficientes para extinguir os indigentes das ruas, nem mesmo garantiu que os mesmos deixassem de perambular entre as cidades. O que se observou na literatura estudada foi que “pouco a pouco os hospitais gerais foram-se transformando em simples asilo” (MENEZES, 2014).

Objetivando aproveitar a força de trabalho dos sujeitos considerados úteis e acabar com ócio improdutivo, por ordem dos gestores territoriais, que desejavam cortar gastos, tais hospitais começaram a adotar medidas restritivas para o ingresso de novos internos, passando a aceitar apenas os “pobres inválidos” (crianças, idosos, epiléticos, cegos, doentes venéreos e os alienados), aqueles que eram considerados aptos ao trabalho, como os jovens a partir dos 16 anos, foram banidos dessas instituições ou forçados a trabalhar, principalmente nas galeras, barcos de guerra em que as chances de sobrevivência eram muito pequenas (MENEZES, 2014).

No século XVIII ocorreu um dos eventos de maior importância para a humanidade. No dia 7 de Junho de 1789, eclodiu a Revolução Francesa, cujos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade ressoaram por todo o mundo. Foi nesse momento que se observou uma mudança no tratamento dos loucos[as], que passaram à condição de doentes/enfermos da mente, graças à intervenção do médico Philippe Pinel, que “assumiu a direção da unidade de Bicêtre no ano de 1793” (AMARANTE,2007). Foi Pinel quem apresentou o método do isolamento clínico como um fator primordial para o tratamento dos “alienados[as]”. Ele acreditava que, dessa forma, as chances de melhora, ou

mesmo de cura para o enfermo da mente seriam maiores, uma vez que o ambiente poderia ser um grande influenciador dos transtornos mentais, de tal maneira acreditava que modificar a ambiência do alienado[a] poderia trazer novas perspectivas ao doente ressignificando o entendimento do mesmo sobre a realidade.

O primeiro, e mais importante, passo para o tratamento, de acordo com Pinel, seria o isolamento do mundo exterior. O isolamento – entendia-se a institucionalização/hospitalização integral – seria assim um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente. Afastava-se pois, o alienado das interferências que pudessem prejudicar tanto a observação apurada, para a consolidação do diagnóstico mais preciso e correto, quanto o próprio tratamento moral que, como se poderia supor, requereria ordem e disciplina para que a mente desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos (AMARANTE, 2007, p. 31).

Podemos dizer que a introdução do método pineliano diz muito sobre a forma como os doentes mentais são tratados ainda na atualidade. Embora separados dos demais companheiros de cárcere (mendigos, órfãos, “vagabundos”, prostitutas, entre outros), os “loucos[as]” continuam a sofrer com o aprisionamento de suas vidas e de suas expressões. É importante também frisarmos que a retirada desses indivíduos do convívio social e familiar, ou seja, seu encarceramento, possibilitava, segundo a ciência médica da época, a observação de seus transtornos em “estado puro” permitindo assim a catalogação de uma série de características pertinentes aos vários tipos de transtornos provocados pelo adoecimento mental (AMARANTE, 2007).

Ao longo do tempo, as novas práticas médicas implementadas por Pinel, nas instituições hospitalares provocaram grandes mudanças no tratamento das enfermidades mentais e dos doentes mentais. Foi a pesquisa conduzida por Pinel que se preocupou em delimitar o significado da “loucura”, no entanto, o termo utilizado na época era “alienado”, que para o médico significava:

um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade. [...] Alienado, de alienare e alienatio significa também tornar-se outro. Um outro da razão? Um outro do humano? Um estranho irracional? Na medida em que

alguém nesta condição de alteridade poderia representar um sério perigo a sociedade, por perder o juízo, ou a capacidade de discernimento, entre o erro e a realidade, o conceito de alienação mental nasce associado à ideia de "periculosidade" (AMARANTE, 2007, p. 31).

A ideia de periculosidade permanece arraigada a figura do "louco[a]" ainda nos dias atuais, resistindo ao tempo e recrudescendo o preconceito em torno dessa população. Não é incomum encontrarmos ainda hoje, no interior de muitas residências, pequenos quartos com janelas e portas engradadas, destinados a um membro da família que, por motivos adversos, perdeu a razão, ou a adquiriu ainda no ventre materno, vindo a ser popularmente nomeado como louco[a]. Tal situação muitas vezes se explica para além dos fatores emocionais, tais como: constrangimentos, preconceitos etc. Também os fatores financeiros, a dificuldade de acesso a um tratamento de qualidade, a um diagnóstico preciso e as medicações adequadas, faltas essas que podem propiciar episódios de crises. Em face disso, o aprisionamento ou clausura continua a ser utilizado como meio de controle e correção moral, sendo considerado uma forma de educar (castigar) o "louco[a]" pelo "mal comportamento". Essas medidas são adotadas principalmente fora do espaço hospitalar, pelo senso comum².

O pensamento pineliano atingiu o imaginário social ou as práticas médicas, dando início a Psiquiatria. Por séculos a institucionalização dos "alienados" foi a principal medida para o estudo, análise e catalogação das diversas formas de transtornos mentais. A educação moral, defendida por Pinel, era considerada primordial no tratamento e cura da doença mental, assim como o trabalho, denominado por Pinel como "trabalho terapêutico", dando a entender que a falta de ocupação poderia ser um dos fatores responsáveis pelos descontroles emocionais, o labor seria nesse caso um meio de ocupar o pensamento e educar as emoções (AMARANTE, 2007).

A partir de Pinel o tratamento de saúde dispensado aos "alienados" assumira características muito peculiares, além da clausura, da terapêutica moral, do trabalho não remunerado, ainda podemos acrescentar a falta de

² Trata-se do conhecimento adquirido através do conhecimento popular, que também possui importante papel no desenvolvimento de pesquisa científica.

autonomia dispensada a esses sujeitos, uma vez que nem a institucionalização, nem os procedimentos adotados em seu tratamento, eram escolha dos usuários, os mesmos não eram informados sobre nenhuma decisão adotada sobre suas vidas, esses indivíduos foram desprovidos de qualquer laço com a sua cidadania, uma vez que:

Se o alienado era considerado um despossuído da razão plena – e a razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferencia-la das demais espécies vivas na natureza – existiria, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido um cidadão. Para Leuret, discípulo de Pinel, a alienação mental produzia a perda do livre-arbítrio e, conseqüentemente, da liberdade (como livre-arbítrio) é necessário recuperar a razão! (AMARANTE, 2007, p. 35).

Portanto, a falta de razão dos alienados permitia que fosse feito deles o que os alienistas entendessem como necessário. Assim, uma vez desprovidos da liberdade e da cidadania tais sujeitos estavam também desapropriados dos direitos sobre si mesmos.

1.2 O exórdio da loucura no Brasil

Por séculos os loucos[as] andaram livremente nas terras tupiniquins, principalmente aqueles oriundos de famílias pobres que tinham o comportamento pacato. Esses homens e mulheres sobreviviam basicamente da caridade das populações das cidades e vilas brasileiras, no entanto, a transferência da família real de Portugal para o Brasil no século XIX revelou novas necessidades econômicas e de desenvolvimento social.

Com a vinda para o Brasil da corte de D. João VI houve um rápido crescimento de população na cidade do Rio de Janeiro. O rápido desenvolvimento do meio urbano, certo gosto pelo luxo, o aumento da luta pela vida trouxe também um relativo acréscimo no número de casos de alienação mental. Cresceu o número de tais infelizes nas prisões. Os mais desgraçados eram levados as horrorosas enfermarias da Santa Casa da Misericórdia. (MOREIRA, 1905. p, 730).

A corte portuguesa trouxe consigo a suposta civilização, a educação e o refinamento social, europeu, entretanto, a maioria das pessoas que deixou o “velho mundo” para residir no Brás era constituída basicamente de ex-prisioneiros e prisioneiros. Nesse sentido, a constituição do povo brasileiro era formada basicamente por três elementos, segundo o psiquiatra Juliano Moreira (1905) tratava-se de “grande massa de gente das cadeias (degradados), africanos embrutecidos, e índios”, composição essa que marcará fortemente os descendentes fruto desse caldeamento de raças como herdeiros de moléstias morais, do corpo e da mente. Para citar as palavras do psiquiatra:

É real que a grande massa de gente das cadeias para cá enviada, muito havia de concorrer para a larga sucessão de epiléticos, histéricos e outros degenerados com que progressivamente se foi adensando o vasto caldo de cultura da criminalidade nacional (MOREIRA, 1905. p, 729).

O século XIX foi marcado também pelo modo de produção escravo. A produção agrícola e a riqueza natural extraída, era remetida quase que integralmente aos centros europeus, não havia trabalho para a população mestiça pobre, que vagueava pelas ruas a esmolar, junto aos loucos[as] e bêbados, esses indivíduos provocavam reações por parte da coletividade de comerciantes que coabitavam as cidades, exigindo assim que o governo vigente retirasse das ruas todos os seres que não se encontravam em coesão com o desejo de desenvolvimento das cidades e que ameaçassem perturbar a ordem (NÓBREGA, 2001). Dessa forma:

O doente mental, que pôde desfrutar, durante longo tempo de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade, teve essa liberdade cerceada e seu sequestro exigido, levado de roldão na repressão a indivíduos ou grupos de indivíduos que, por não poderem se adaptar a uma ordem social, se constituíram em ameaça a esta mesma ordem (RESENDE, 2001, p. 29).

Esse “novo olhar” sobre a loucura vem acompanhado do desenvolvimento da medicina em nosso país que irá adotar o conhecimento produzido na Europa como principal fonte. Esse entendimento recrudesceu o preconceito racial em nosso solo, a partir de teorias como a frenologia

difundida por Franz Gall e a antropologia de Andrés Ratuís que, mensuravam, naquele contexto, a capacidade intelectual humana pela dimensão cerebral, além da antropologia criminal amplamente defendida por Cesare Lombroso, que considerava a hereditariedade e as características físicas como um fator determinante da criminalidade (SCHUARCZ,2002). A aristocracia europeia que residia no Brasil considerava nossa miscigenação como uma demonstração de inferioridade racial e um fator decisivo para a criminalidade e loucura, a classe dominante de nossa sociedade também defendia os princípios da eugenia, ciência que afirmava a superioridade da raça branca em detrimento dos demais povos, foi essa ciência que dominou as práticas psiquiátricas no Brasil por longas décadas (SCHUARCZ,2002).

Adotando uma espécie de "imperialismo interno", o país passava de objeto a sujeito das explicações, ao mesmo tempo em que se faziam das diferenças sociais variações raciais. Os mesmos modelos que explicavam o atraso brasileiro em relação ao mundo acidental passavam a justificar novas formas de inferioridade. Negros africanos, trabalhadores, escravos e ex-escravos – "classes perigosas" a partir de então – nas palavras de Silvio Romero transformavam-se em "objetos de ciência" (prefácio a Rodrigues, 1933/88). Era a partir da ciência que se reconheciam as diferenças e se determinavam as inferioridades (SCHUWARCZ, 2002, p. 28).

O Brasil adotou a ciência para legitimar a barbárie cometida contra seu próprio povo, explicar as desigualdades sociais, provocadas pela extrema exploração, e as doenças em suas mais variadas expressões; pela miscigenação, retira dos governantes da época a responsabilidade de promover o desenvolvimento social, justificando assim a total falta de investimento no saneamento, na educação e na prevenção de doenças, que apesar das limitações poderia poupar muitas vidas. No entanto, o que se viu foram medidas de enclausuramento, sem nenhum critério, para os sujeitos considerados indesejados, tais como: loucos, mendigos, bêbados, prostitutas e crianças órfãs, estes últimos eram recolhidos às casas de misericórdias ou em orfanatos dirigidos pelos provedores daquelas instituições, os demais indesejados eram, em sua maioria, jogados nas cadeias ou porões de hospitais (de modo geral homens em estado de agitação). (SCHUWARCZ,2002).

Apesar do desenvolvimento observado na cidade do Rio de Janeiro a partir da chegada da família real e do progressivo aperfeiçoamento da ciência no contexto do início do século XIX, a doença mental permanecerá invisível por muitos anos, escamoteada pelos conceitos formulados sobre a baixa capacidade intelectual e moral de nossas origens e das quais somos herdeiros.

Enquanto a capital do Brasil, o Rio de Janeiro, buscava limpar suas ruas de qualquer "demérito" ou perturbação que a presença dos loucos[as] pudesse causar em nossa longínqua e árida Província da Parahyba do Norte a realidade dos alienados[as] não era diferente, como lá, aqui a existência de loucos foi negada e ignorada por séculos, tais sujeitos foram misturados a uma gama de toda sorte de necessitados, a loucura foi abafada entre os mais diversos flagelos humanos, e assim tornou-se invisível.

Finalmente, cumpre notar que durante boa parte do século XIX, na cidade de Parahyba, quiçá na Província, de certo, designava-se como loucos e/ou loucas aqueles sujeitos que ou apresentavam traços evidentes de "desarranjos mentais", ou apresentavam comportamento incompatível com as normas socialmente estabelecidas como padrões de normalidade. Apesar disso, de acordo com os documentos analisados, estes personagens não foram dignos de nota, observando-se um licenciamento sobre eles, o que tornou suas existências quase imperceptíveis ao olhar desatento (JUNQUEIRA, 2016, p.103).

A invisibilidade da loucura continha em si um objetivo, o da desresponsabilização dos órgãos públicos e das instituições que prestavam auxílio (caridade) aos mais pobres. Uma vez descaracterizada, a loucura foi revertida em indignação e se descartava a possibilidade de internamento, visto que o enclausuramento exigiria a tutela por tempo indeterminado, principalmente da Santa Casa de Misericórdia, o único abrigo para tratamento e amparo dos vulneráveis à época (século XIX).

Segundo Junqueira "somente em 1830, por meio da postura Municipal Nº 10, foi que se ouviu o primeiro grito das experiências da loucura nesta Província". O que só foi possível porque o senhor Francisco D'Assis Pereira Rocha, provedor da Santa Casa de Misericórdia, se viu obrigado a acolher os loucos[as] que vagavam nas ruas da capital paraibana. Com tal atitude a Santa

Casa de Misericórdia da Paraíba se incumbiria da manutenção dos mesmos em regime de internamento, uma despesa que os administradores daquela instituição consideravam inútil.

O provedor da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba, o Sr. Francisco d'Assis Pereira Rocha, tentou, num movimento muito semelhante em seus fins, àquele representado pela experiência da Nau dos Loucos, qual seja: livrar não só a Província, mas principalmente aquela Casa de Caridade do "terível fardo", representado pela responsabilidade de recolher e cuidar dos alienados[as]. Indignado, o Provedor Pereira Rocha reclamava da proibição de enviar para o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, os alienados que viviam divagando pelas ruas de Parahyba. Aliás, na ocasião, o dirigente da Santa Casa de Misericórdia manifestava seu descontentamento em relação à obrigação arrogada pelo Ofício-Circular do Ministério dos Negócios do Império, de 04 de setembro de 1854 (JUNQUEIRA, 2016. p,104).

Entre outras obrigações o Ofício Circular de 1854 determinava que não fossem mais enviados loucos/as para o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, sem prévia autorização, esta medida pode ser entendida como uma forma de triagem de maneira que só fossem remanejados para o referido hospício, os insanos que tivessem família ou alguém responsável por arcar com as despesas que aquele indivíduo representava, descartando assim, qualquer possibilidade de tratamento terapêutico a dezenas de loucos/as oriundos das camadas mais pobres. Naquele contexto, o Rio de Janeiro já possuía seu próprio contingente de insanos nas celas abarrotadas de seu hospício e não convinha receber os loucos/as de outras paragens.

Apesar do ofício expedido pelo Imperador que incumbia as Santas Casas de Misericórdia de todo o Brasil os cuidados com os insanos[as], o que se observou foi um processo de recusa da instituição em recolher os loucos[as], alegando sempre a inutilidade de tratamento, e o dispêndio pecuniário, sendo assim, era preferível que os loucos[as] permanecessem nas ruas se tivessem comportamento pacífico, ou na cadeia pública em momentos de agressividade, juntos a criminosos ou misturados aos mais variados tipos de doentes (JUNQUEIRA,2016). Enfim, os sujeitos loucos eram desprezados e expropriados de qualquer relação com o sentimento de pertença a humanidade.

Segundo Junqueira □ somente em 1858 foi que a loucura passou a se constituir enquanto quest o nesta província [da Paraíba]” (2016, p 104.) de acordo com o que já citamos anteriormente qualquer dispêndio financeiro com os loucos[as] era evitado e mesmo as tentativas de alocá-los em ambiente adequado eram invalidadas por necessidades outras.

Segundo consta, no pavimento inferior do Hospital da Santa Casa, foram edificadas saletas, arejadas com grades de ferros nas janelas, destinadas aos alienados [as], que, logo que concluída, teve outro destino, dado ao fato de ter aparecido demandas consideradas mais “uteis” 319. Os loucos e/ou loucas permaneceram confinados no pavimento térreo, nas duas celas sujas e escuras nos fundos do Hospital (3), junto à cozinha onde tantas vezes estiveram de mistura com os presos, “e por baixo do salão, em que se achavam as enfermas, de sorte que, quando se achavam os loucos e/ou loucas] nos intervalos de furor não podiam] as enfermas tranquilizarem-se um instante” (JUNQUEIRA, 2016, p, 117).

Apesar de alegar o desperdício de dinheiro com os loucos[as], uma vez que esses não eram considerados passíveis de cura, além, é claro, de não podermos deixar de citar o preconceito e estigmas próprios da época e atribuídos aos doentes da mente, a Santa Casa de Misericórdia da Paraíba também argumentava dispor de poucos recursos financeiros para o cuidado daqueles sujeitos, o que pode ser facilmente contestado a partir de uma breve análise de seus bens em que constam entre outros: “7 prédios alugados, chãos de terra, além de uma subvenção no valor anual de 10.000.000 reis, concedida pela Assembleia Provincial” (JUNQUEIRA, 2016), ainda podemos contabilizar as variadas doações de particulares, ficando assim comprovado que os argumentos da Santa Casa eram improcedentes. O fato é que, os cuidados com os loucos/as não eram de interesse dos administradores da Santa Casa, por isso mesmo que é dela que parte a luta pela construção de um hospício, o que objetivava livrar a instituição da incumbência de abrigar e salvaguardar os loucos[as].

Com o passar dos anos poucas são as mudanças observadas na Paraíba em relação a guarda e cuidado dos seus loucos[as], o que seguiu foram tentativas de melhoria das cidades, sem nenhuma cortesia para com os nossos personagens principais, o empenho para criação de um asilo para os

loucos[as] permaneceu misturado aos interesses dos dirigentes da Santa Casa, tendo em vista que esta entidade também tinha o objetivo de cuidar de outros necessitados, o que poderia representar vantagens para a instituição, dadas as doações feitas para órfãos, mendigos, aleijados etc.

No entanto a importância de se criar um asilo ganhou ênfase a partir do ano de 1877, quando a região Nordeste do Brasil foi assolada por uma grande seca, fenômeno climático que provocou um verdadeiro êxodo de retirantes. De acordo com a literatura existente sobre o tema, de todas as partes surgiam, pelas estradas poeirentas, seres maltrapilhos, de corpos caquéticos, quase mortos de fome e sede, e como não bastasse todos os flagelos provocados pela seca ainda vieram à tona a disseminação de diversas doenças contagiosas e mortais, como a varíola. A cidade de Paraíba ficou repleta de retirantes que doentes e sem condições de seguir viagem buscavam o auxílio da Santa Casa, que sem condições de abrigar a todos e com total desinteresse pelos alienados logo os removeu de suas enfermarias, exilando-os junto aos variolosos, para a enfermaria, no sítio da Cruz do Peixe. Ali as condições eram desumanas e mais agravava a situação daquelas pessoas do que os ajudava em suas aflições.

Com o fim da seca e o controle da varíola muito se discutiu sobre o destino do Hospital da Cruz do Peixe, que em 31 de Maio de 1891 (JUNQUEIRA, 2016), veio a se tornar um asilo para alienados/as. Não nos enganemos o trato para com os louco[as] em nada mudaria, seria apenas uma transferência de local, os maus tratos, a insalubridade e a descaracterização enquanto seres humanos permaneceu.

De qualquer forma, importa dizer que, por não ter sido planejada para o tratamento ou cura de alienados [as], com a transferência dos loucos e/ou loucas, existentes nas instituições totalitárias de Parahyba para a Cruz do Peixe, transferiu-se igualmente o regime de prisão. A propósito, considerando-se que aqueles alienados[as] eram remetidos para o Hospital da Santa Casa pelo Chefe de polícia, entende-se que, com a inauguração do hospício, também a Cadeia Pública de Parahyba se veria livre daqueles inc modos sujeitos. Não foi o que aconteceu. Por mais 50 anos, foi comum encontrar nas células daquela instituição alienados [as] juntos a criminosos e outros desviantes, como se verá adiante. a que estiveram submetidos tais homens e mulheres naqueles espaços. Como se v , naquele momento, os insanos [as] passaram a contar com um tecto e não um hospital, um

verdadeiro depósito humano, onde se recolhiam (JUNQUEIRA, 2016. p, 297).

Como podemos ler na citação acima, mesmo após a criação de um asilo para os loucos/as na Capital paraibana, poucas foram as mudanças que se observam naquele período, quais sejam: além da localização geográfica onde ficavam abrigados os homens e mulheres nomeados como loucos[as], distante do centro da Cidade, portanto, longe dos olhares curiosos e preconceituosos da população; a separação dos alienados em relação a outros sujeitos indesejáveis à exemplo de doentes de moléstias contagiosas e criminosos.

1.3 O Processo de Institucionalização da Loucura no Brasil

O processo de institucionalização da loucura no Brasil ocorreu de forma lenta, podendo ser dividido em dois momentos, quais sejam: 1) a institucionalização em asilos de caráter não médico, como as Santas Casas; 2) a criação de hospitais psiquiátricos a partir de 1903, com base na Lei 1132.

Um dos primeiros indícios de organização sucedeu no Rio de Janeiro, após uma série de protestos de médicos que denunciavam maus tratos e reclamavam melhorias no tratamento dos insano[as], maior nível de higiene e limpeza, além de reivindicar locais adequados para o abrigo desses indivíduos que até então estavam acaudilhados no Hospital da Misericórdia, ou expostos aos infortúnios das ruas.

O fato é que ambas as situações provocavam indignação aos médicos dedicados ao estudo da alienação mental, Moreira (1905) cita o Dr. Sigaud que em 1835 «assinalava os inconvenientes do livre trânsito pelas cidades de alienados»; o Dr. Antônio Luiz da Silva Peixoto, que no ano de 1837 «expunha o estado precário da assistência aos loucos, protestava contra o uso do tronco e pedia providências urgentes». Também Dr. Luiz De Simoni em 1839, «publicou sua memória sobre a importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados». O compilado de informações apresentado por esses terapeutas nos esclarece o formato arcaico do tratamento dispensado aos doentes mentais em nosso país no contexto do

século XIX, práticas que se perpetuaram por todo o século XX e ainda resistem em alguns pontos do Brasil.

Sobre as instituições asilares no século XIX Moreira nos explana ainda que:

Era nesse tempo a parte reservada aos alienados, no Hospital da Misericórdia, um local estreito situado sob uma sala destinada às aulas da faculdade. Os doentes lá estavam acumulados em 12 pequenas células. O corredor do local recebia ar pelas janelas abertas para o jardim e para o pátio interno do Hospital, lugares de passagem para o serviço do mesmo expostos, por conseguinte os doentes a curiosidade dos que iam e vinham e, por vezes, às suas provocações. As células sem janelas tinham dois leitos de madeira cada uma. O corredor com oito palmos de largo sobre vinte e dois de comprido era o único passeio para os doentes. Lá havia o tronco de madeira onde, durante o dia, em uma casa religiosa e de caridade (!), prendiam os escravos do hospital que tinham de ser supliciados a chicote. Durante a noite, os guardas sempre se utilizavam de tão aviltante meio de contenção para imobilizar os doentes em acessos de delírio, por força furioso, e aos quais também fustigavam com a pretensão ignara de acalmá-los. Se eram assim as coisas na Corte do Império, excusado é afirmar que não eram melhores no resto do país (MOREIRA, 1905. p, 731).

Em 1841 José Clemente remete ao imperador Cândido José de Araújo Vianna um ofício no qual explicitava a urgência e a necessidade em se construir um hospital próprio para socorrer os alienados, e propôs que o novo hospital continuasse ligado administrativamente ao Hospital da Misericórdia e que fosse nomeado com o nome imponente de Hospício de Pedro II, a partir da resposta positiva de "S M o Imperador". O primeiro passo adotado com a o aos alienados foi a remoção dos doentes mentais que se encontravam no Hospital da Misericórdia para uma residência obtida com valores doados.

O Hospício de Pedro II, abriu suas portas em 08 de dezembro de 1852. Segundo Moreira contava com a lotação de 144 alienados, e embasava-se teoricamente pela Lei francesa de 1838³. A suntuosa edificação passou a receber alienados de todas as partes do país, principalmente aqueles oriundos

³ A Lei Francesa de 1838 trata, segundo Teixeira Brandão, da imposição de deveres às autoridades e traçou regras que devem ser seguidas para a sequestração de alienados, e no intuito de impedir as violências ou o abandono deles. Determinou que, mesmo persistindo no seio das famílias, ficassem sob a salva guarda e fiscalização da autoridade pública. (www.polbr.med.br>ano02>uol0602).

de família abastada, ou que ingressavam a pedido das autoridades públicas, essa seleção se dava com claro objetivo, os loucos[as] integrantes de famílias de classe alta tinha sua estadia custeada, sem ônus aos cofres públicos, enquanto que, aqueles que ingressavam no hospício por determinação judicial, eram em geral loucos[as] furiosos, sua retirada das ruas cumpria o fator de manutenção da ordem social. Apresentaremos abaixo uma imagem do Hospício Pedro II:



IMAGEM 01- Hospício Pedro II (1859)

Fonte- FROND, Victor (FCC, UFRJ)

Considerando que o crescimento espacial das cidades, assim como o aumento significativo da população fez crescer a quantidade de alienados no Rio de Janeiro, no ano de 1862 apenas uma década após sua inauguração, o importante hospital de alienados já se encontrava com sua lotação máxima, sua administração recusava-se a receber novos internos utilizando como respaldo o Ofício Circular de 1858 (JUNQUEIRA, 2016).

Nesse sentido, se observou a □manuten o dos doentes mentais, misturados aos mendigos, criminosos e doentes de moléstias contagiosas, amontoados nas casas de mendicidade, nas cadeias e nos hospitais gerais□ (MOREIRA,1905). Necessário explicitar a função social dos hospícios, que para além de abrigo seguro para os insanos, também contribuiria para a limpeza das ruas livrando-as assim de qualquer perturbação, podendo se dizer

que aquele tipo de instituído promovia uma espécie de "eugenia social"⁴, uma vez que tudo que fosse feio ou incômodo deveria ser removido das ruas, tornando o passeio público mais agradável para os transeuntes da época, assim, além de satisfazer o desejo da classe dominante o hospício também cumpria a função de manutenção da ordem e da paz social. Em face disso, como já observado antes, não apenas os alienados eram retirados das ruas, mas todos os homens e mulheres considerados destoantes à ordem social, tais como: prostitutas, mendigos, bêbados, entre outros tipos indesejados (JUNQUEIRA, 2016).

Gradativamente foram edificados hospícios em várias outras cidades, espalhando-se por quase todas as regiões do país, o psiquiatra Juliano Moreira (1905), nos presta as seguintes informações: em Recife foi criado o Hospício de Alienados da Tamarineira entre 1874 e 1883, construíram-se ainda o Asilo de Alienados no Pará em 1873, o Asilo de São João de Deus na Bahia no ano de 1858, o Rio Grande do Sul teve seu Hospício inaugurado em 1884, no Amazonas o Hospício Eduardo Ribeiro abriu suas portas em 1894, o Ceará iniciou as atividades do Asilo de Alienados de São Vicente de Paula em 1886, na Paraíba apenas em 1890 estabeleceu-se o Asilo do Hospital Santa Ana (substituído em 1928 pelo Hospital Colônia Juliano Moreira), em Alagoas foi criado o Asilo de Santa Leopoldina no ano de 1888, no Estado do Paraná inaugura-se o Hospício da Luz em 1903 (apud SOARES, 2006, p 53).

Ao assumir a direção do Hospício Nacional em 1903, Juliano Moreira encontra esse importante instrumento para o tratamento dos alienados em estado de miséria e desorganização, é este psiquiatra que vai reivindicar importantes reformas no Hospício, como a ampliação do espaço físico, a implementação de novos serviços e a aprovação de uma lei que protegesse os doentes mentais em todo território nacional. Assim, ainda no ano de 1903 a Câmara dos Deputados aprovou a lei nº 1132, de 22 de dezembro de 1903.

Com a eleição de Teixeira Brandão a deputado em 1903, ocorreu a aprovação da tão almejada Lei Federal dos Alienados. O Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903,

⁴ O termo "eugenia social" foi criado Francis Galton, no ano de 1883, o mesmo acreditava que poderia utilizar a teoria da seleção natural de Darwin, para comprovar a superioridade da raça branca. (SCHUWRCZ, 2002). No Brasil destacam-se os estudos de Renato Kehl (JUNQUEIRA, 2016).

buscou reorganizar a Assistência a Alienados. A lei determinava que: o hospício seria o único lugar apto para receber os alienados; a internação estaria submetida ao parecer médico; seria estabelecida a guarda dos bens do alienado; deveria ter uma declaração dos loucos que se tratam em domicílio; o psiquiatra passaria a ter uma posição central no hospício; a fundação de estabelecimentos estaria subordinada à autorização do Ministério do Interior ou dos presidentes e governadores; haveria uma comissão de inspeção dos estabelecimentos de alienados (MOREIRA apud SOARES, 1904-1905).

Todos os hospícios existentes e aqueles que seriam criados a partir daquela data, de uma maneira geral, deveriam seguir as mesmas regras e objetivos, salvo as particularidades regionais, e de acordo com a capacidade financeira de cada Estado.

A seguir trataremos de conhecer as peculiaridades do Asilo de Santa Ana, criado em 1890 para acolher os alienados do Estado da Paraíba.

1.4 O Asilo de Santa Ana na Paraíba: a terrível prisão para loucos

A despeito o Asilo de Santa Ana na Paraíba, o mesmo foi criado no alvorecer da República, em 1890, como solução encontrada pelo governo do Estado para acabar com as práticas de divagação da loucura pelas ruas das cidades e com o mal hábito de depositar loucos nas cadeias e nos porões dos hospitais paraibanos, conforme observou a historiadora Helmara Junqueira.

A mesma historiadora ao descrever o asilo faz notar que se tratava de um edifício improvisado, onde as normas de higiene e segurança dos alienados fugia a todas as recomendações da psiquiatria, diferenciando-se das cadeias e hospitais gerais apenas por ser uma instituição para a segregação de alienados, mantendo-os longe dos criminosos comuns e dos doentes de doenças contagiosas (JUNQUEIRA, 2016). Dito isto, cabe acrescentar que, naquele contexto do século XIX, não havia na Paraíba tratamento psiquiátrico para os alienados, inclusive, segundo Junqueira (2016), o primeiro psiquiatra paraibano, o doutor Octávio Ferreira Soares, formou-se somente em 1910, quando passou a atuar no asilo de Santa Ana, lutando para implementar mudanças na terapêutica empregada naquela instituição, visto que, o

tratamento dispensado aos loucos[as] mais se assemelhava a castigos físicos e emocionais, do que a uma terapêutica. A metodologia empregada não possuía embasamento científico, ao contrário estava revestida de preconceito. Acreditamos que a chegada de um psiquiatra à Paraíba trouxe a luz, o conhecimento sobre a doença mental e, principalmente, tirou do silêncio os sujeitos nomeados como loucos e loucas, uma vez que surgiram muitos debates entre os médicos paraibanos e na imprensa local acerca do tipo de assistência oferecida pela irmandade da Misericórdia no Asilo de Santa Ana.

Nos anos de 1910, os jornais começaram a trazer, com maior frequência, notícias sobre casos de doenças mentais experimentadas não só no Brasil, como na Europa. Monomanias, loucura coletiva e degeneração são alguns dos temas mais tratados nos jornais consultados, o que de alguma maneira influenciava nas campanhas pro-Hospital Psiquiátrico. [...], somente em 1922, durante o governo presidencial do parahybano Epiácio Pessoa, começou a materializar-se, vindo a culminar com a construção do Hospital Colônia Juliano Moreira, inaugurado em 1928, marcando o início da medicalização da loucura na Parahyba (JUNQUEIRA, 2016, p .307).

Mediante as informações colhidas na tese de Junqueira (2016), podemos desenhar um panorama da situação vivenciada por alienados, segundo as descrições do Dr. Octávio Soares. O psiquiatra deparou-se com os loucos[as] nus, confinados em pequenas celas, qualquer menção a higiene pode ser desconsiderada, alimentação e água eram insuficientemente distribuídas por ínfimas passagens construídas especificamente para este fim. Como se fosse pequeno o quadro de horrores, ainda havia uma enfermaria de variolosos bem ao lado das celas onde ficavam os loucos[as]. Nas enfermarias de variolosos também permaneciam os louco[as] calmo/as que ajudavam no tratamento daqueles enfermos. O local onde se encontrava o asylo de Santa Ana continha um cemitério, onde a turba de desvalidos era sepultada aos montes, afinal "aquela gente não dava lucro". Diante do quadro descrito é possível imaginar os desafios que o Dr. Octávio enfrentou.

Claro, apesar das críticas do Dr. Otávio, temos consciência que, no contexto dos anos 1910, em termos de saúde mental os conhecimentos eram

ainda muito limitados, propagando-se o modelo pineliano de isolamento social, por meio da hospitalização dos alienados.

Muitos estudos e pesquisas efetuados no presente tem embasamento no conhecimento produzido ao longo da nossa história, e que está longe de se tornar obsoleto, foi esse conhecimento rigoroso produzido pela ciência que permitiu a instrumentalização da luta por melhores condições para os insanos asilados no Hospício de Santa Ana.

Pelo exposto, entende-se que demoraria mais de um século, desde o aparecimento do primeiro psiquiatra paraibano para observamos algumas melhorias ocorridas no tratamento dos alienado[as] no Estado da Paraíba, reforçando assim a pouca relevância que o Estado concedia/concede aos doentes da mente. Apesar disso, não se pode ignorar que a edificação nos anos 1920 de uma instituição psiquiátrica na Capital paraibana representava uma grande mudança na concepção da loucura para as populações nortistas, qual seja: os loucos e loucas antes considerados incuráveis passaram a condição de doentes da mente, podendo ser tratado, melhorado e, talvez, curado da enfermidade que atingia sua mente (JUNQUEIRA, 2016).

Abordaremos as principais características das instituições psiquiátricas a partir do próximo tópico, em que pretendemos explorar internamente esses espaços de ciência, mas também de clausura e solidão.

1.5 A Instituição de Internamento e os recursos terapêuticos: O Hospital Colônia Juliano Moreira

Começaremos nossa explanação tratando da localização dos hospícios que se assentavam, mormente em regiões afastadas dos aglomerados urbanos, escolha essa empregada para garantir o silêncio e tranquilidade dos internos, mas também de restringir ou dificultar que pessoas, familiares ou curiosos, tivessem acesso àquelas instituições, o que demarca a forte influência francesa do isolamento como principal meio de tratamento, embasado pela teoria pineliana, de que o ambiente em que o doente mental vive pode ser a principal causa de seus padecimentos. Assim, como citado

antes, uma vez isolado o alienado perderia contato com a origem de sua moléstia possibilitando assim sua cura.

Também na Paraíba foram utilizadas as técnicas pineliana, no entanto, segundo o que pudemos apreender a partir da tese de Junqueira, essa metodologia foi enviesada de acordo com o entendimento dos administradores do Hospital Colônia Juliano Moreira, inaugurado em 1928. O edifício construído principalmente com o objetivo de oferecer tratamento adequado aos loucos[as] e possibilitando a cura, empregava métodos defendidos por Pinel sobre o isolamento social, o que justificava o aprisionamento do[as] insano[as].

O isolamento seria indicado para um tipo específico de louco: aquele oriundo de uma família pobre e com o hábito de vagar pelas ruas. Os ricos poderiam ser mantidos em casa, ainda que lá houvesse limitações para o seu tratamento. [...] a teoria estaria pautada no princípio de que a riqueza poderia oferecer garantias quanto à segurança e ao tratamento (SOARES, 2006, p. 53).

Uma importante ferramenta para o preenchimento do tempo e para evitar a ociosidade dos alienados foi a instituição de oficinas de trabalho, também conhecidas como "ergoterapia", que visavam garantir a ordem e o tratamento moral dos sujeitos nomeados como alienados e, como já mencionamos, também serviam para o custeio do próprio asilo, proporcionando ao governo economias. Essas atividades reproduziam o modelo tradicional de trabalho, qual seja: aos mais pobres trabalhos pesados como limpeza e lavoura, enquanto os mais ricos se entretinham com atividades didáticas e recreativas.

A indicação de trabalhos no interior do hospício obedeceria à diferenciação econômica: aos pobres caberiam os trabalhos em oficinas, jardins e serviços do hospício. Os trabalhos dos ricos seriam as diversões: jogos e biblioteca. Sob argumentação de que o hospício espelha a sociedade, estes critérios deveriam ser cumpridos. Sob a justificativa de o asilo ser espaço de reeducação e disciplina, o trabalho localizar-se-ia como possibilidade de manutenção da ordem e da preservação dos bons costumes (SOARES, 2006, p. 54)

Também se observou na Paraíba a utilização de terapia por meio do trabalho que foi empregada para que o Estado diminuísse seus gastos pecuniários com o Hospital (JUNQUEIRA, 2016). Nesse sentido os doentes mentais internados no Hospital Colônia Juliano Moreira tornaram-se responsáveis por lavar, as roupas, ajudar na cozinha e na lavoura, o que nos mostra claramente que apesar de classificados como: idiotas, dementes, lunáticos, esquizofrênicos, monomaníacos, entre outros, havia nesses sujeitos a possibilidade de convívio, além da capacidade de raciocínio, mesmo que limitada, uma vez que os mesmos executavam atividades que exigiam eficiência, equilíbrio e força, o que possibilita afirmarmos que, em alguns casos, os loucos[as] eram sim capazes de tomar decisões, não sendo, portanto, completamente incapazes.

Outra emblemática peculiaridade era a divisão dos espaços asilares por gênero, idade e classe social. Os mais abastados tinham privilégios como quartos individuais, prerrogativa essa da qual os indigentes jamais poderiam dispor, além disso, também eram separados de acordo com o comportamento calmo ou agitados e por outras patologias que não se relacionavam a doença mental, tais como: a tuberculose, a varíola e a malária (JUNQUEIRA, 2016).

O Hospital Juliano Moreira foi reclamado com ares de grande benefício aos doentes mentais da Paraíba, disfarçando assim a real intenção de exclusão e afastamento social daqueles sujeitos, considerados desagradáveis aos olhos dos homens e mulheres considerados normais. Nesse sentido, a edificação do Hospital Colônia Juliano Moreira, afastado da cidade cumpria bem a função de demover aqueles seres constrangedores das vistas da população dita normal.

Quando foi inaugurado em 23 de Julho de 1928, o Hospital Juliano Moreira empregava além da ergoterapia, já mencionada, a quimioterapia, e a fisioterapia.

A seguir a partir dos apontamentos de Junqueira explicamos o que era quimioterapia imposta aos louco/as, dizemos imposta porque os alienados não eram informados sobre o tratamento ministrado em seus corpos, tão pouco tinha a opção de aceitar ou não a terapêutica.

No Hospital-Colônia Juliano Moreira, eram ministrados aos pacientes, para o tratamento da doença mental, tonificantes, dentre os quais, destacava-se o ferro, a quinina, o arsênico, a cafeína, cujo uso era recomendado para recuperar as condições gerais do organismo [...] e tratar sintomas específicos da alienação. Para diminuir a irritabilidade e sedar, deveriam ser usados, dentre outros, os brometos, a morfina, o ópio via-oral puro (em pó) ou diluído como extrato aquoso para injeção subcutânea, o cloral, a hiosciamina, a cannabis índica. Como estimulante neural, possivelmente, era empregado o uso da estriquinina, cujo efeito age sobre o sistema nervoso central e periférico. Acredita-se que também medicamentos e vacinas, para combater ou prevenir doenças intercorrentes, endêmicas e/ou contagiosas, tais como gripe, verminose, impaludismo, varíola, sífilis, boubá, leishmaniose, febre amarela, lepra, tracoma, filariose, tuberculose, dentre outras, eram largamente utilizados pelos médicos daquele estabelecimento também procedimento para análises laboratoriais, a exemplo da □pun o lombar□, que visava o diagnóstico para os casos de tabis dorsalis, demência parálitica, sífilis cerebral e meningites, eram realizados ali, conforme deixou em evidência o Dr. Newton Lacerda (JUNQUEIRA, 2016. p, 403).

O uso de determinadas substâncias causa perplexidade aos olhos mais desatentos, ainda que seus efeitos colaterais fossem pouco ou totalmente desconhecidos à época, tal é o caso do emprego do suplemento de ferro, cujo uso em excesso pode comprometer os órgãos endócrinos, além do risco de envenenamento por ferro⁵. Também podemos citar o arsênico⁶ elemento popularmente conhecido por sua letalidade, que provoca diarreia, náuseas e vômitos entre outros sintomas.

Falar um pouco a respeito desta terapêutica medicamentosa se faz essencial para refletirmos sobre o tratamento que os loucos recebiam (sem chance de defesa) em nome da ciência e da busca por uma suposta cura, e que estava para além do aparente, como na violência física ou nas acomodações imundas, ou até mesmo na tênue e insuficiente alimentação, enfim, seus organismos eram violados, podendo sofrer sequelas irreversíveis e dolorosas. Entende-se, portanto, que aos doentes mentais só sobrava os gritos abafados, quase silenciados pelos choques elétricos e/ou insulínicos ou por

⁵ O'MALLEY, Gerald F.; O'MALLEY, Rika . Envenenamento por Ferro. **Manual MSD**: versão profissional. Disponível em: www.msmanuals.com. Acesso em: 23/11/2020.

⁶ NETO, Rodrigo Antônio Brandão. Intoxicação por Arsênico. **Medicina net**. <https://www.medicinanet.com.br> acesso 10/08/2020

mutilações como a lobotomia, o que expressa os horrores físicos e mentais que viviam⁷. Diante de tantas torturas seus bramidos eram silenciados pelas longas distâncias das cidades, pelos muros altos, pelo abandono familiar e pelo preconceito vigente à época e que perdura ainda nos dias atuais.

Também fazia parte do tratamento dos loucos/as, segundo Junqueira (2016), a fisioterapia que se restringia a hidroterapia e a balneoterapia. Havia também os banhos de imersão, no entanto, a terapêutica mais empregada, entre os anos 1930 e 1960, no Hospital Colônia Juliano Moreira foi a malárioterapia, largamente empregada pelo médico souseiro, Carlos Pires, que seguia as recomendações de seu irmão Waldomiro Pires, também nascido na cidade de Sousa-PB, considerado o maior defensor dessa prática no Brasil.

O Dr. Carlos Pires tinha inaugurado no Juliano Moreira para o tratamento da neuro-syphilis, animado pelos trabalhos de seu irmão Waldemiro Pires, o emprego da malárioterapia [...] que consistia em combater uma afecção sífilítica do sistema nervoso, por outra infecção. [...] no método empregado por Waldomiro, a transmissão era feita por sangue de paciente infectado, na medida de 1cc (centímetro cúbico) através ou de escarificação ou injeções que tentavam imitar a picada do mosquito [...] os sintomas da incubação duravam de 8 a 20 dias, podiam ser percebidos já nos primeiros dias quando se registravam elevação na temperatura. Passando esse período, iniciava-se a fase febril, que atingia 39° e com duração de um a quatro dias. Depois disso, apareciam os calafrios, seguidos de picos de febre, que podiam chegar a 42°, e explosão sudoral [...] Finalmente, a malária inoculada promoveria a exaltação de todas as funções orgânicas, inclusive acreditavam os psiquiatras, naquele momento, que ela curava a paralisia geral. Em contra partida, essa prática poderia acarretar na instalação de um quadro maligno da malária altamente letal (JUNQUEIRA, 2016. p, 415).

Aos olhos dos homens e mulheres de hoje, a malárioterapia foi, ao lado dos choques elétricos e insulínicos, um dos tratamentos mais cruéis aos quais os/as loucos[as] foram submetidos.

Além dos tratamentos de quimioterapia, fisioterapia e do próprio emprego da malária, também fazia parte da terapêutica asilar o tratamento moral, representado por rigorosa disciplina, nesse sentido, os alienados

⁷ Sobre isso ver: ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editora, 2013.

precisavam seguir regras, muito embora nos pareça sem lógica exigir que pessoas consideradas destituídas de razão repitam atividades que os eduquem. Fato é que os doentes mentais eram vigiados diuturnamente, e poderiam sofrer castigos severos caso descumprissem alguma exigência dos responsáveis pela manutenção.

É importante observar que a terapêutica aplicada no Hospício paraibano a partir de 1928 e por quase 80 anos, apesar de possuir validade científica, ainda era experimental, portanto, os[as] louco[as], como outros doentes, sofriam as consequências das tentativas e erro dos tratamentos farmacológicos, o que apesar de considerarmos flagelante para a vida dos insanos representa a cultura de uma época, nesse sentido, não cabe a nós julgarmos aquelas práticas a partir das lentes dos homens e mulheres do século XXI, munidos de ferramentas diferentes daquelas utilizadas por sujeitos de um outra conjuntura.

Quanto a administração e distribuição dos serviços nos asilos e hospícios, sabe-se que também obedecia a uma rígida hierarquia, a princípio, os hospícios ficaram à cargo dos Provedores das Santas Casas, tais eram os casos dos Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro e do Asilo de Santa Ana, na Paraíba, por exemplo. Nesses casos, os enfermeiros e assistentes obedeciam às irmãs de caridade e/ou aos provedores da Santa Casa⁸. Acreditava-se que, uma vez a direção dos Asilos e Hospícios fosse entregue a médicos e/ou psiquiatras, sem a interferência das irmãs de caridade e/ou dos provedores das Santas Casas, os alienistas poderiam pôr em prática sua terapêutica de forma eficiente, o que não se efetivou, como se observou nesse mesmo estudo.

As críticas que o hospício sofreu descortinaram o fracasso da psiquiatria como instância terapêutica. Apesar de ter se apresentado como instrumento terapêutico central da psiquiatria do século XIX, onde se propunha a medicalização da loucura, o asilo revelava seu lado nebuloso: só se entrava nele para não mais sair, ou para depois voltar, o que desnudava sua insuficiência assistencial. No âmbito da imprensa e da opinião pública, as denúncias relativas à ineficiência do estabelecimento manicomial ressaltavam a sua inoperância na produção da cura dos que se encontravam

⁸ A administração leiga dos hospícios manteve-se até a implantação da República ou até que fossem edificados hospitais psiquiátricos, que foram entregues à administração de médicos, tal foi o caso do Hospital Colônia Juliano Moreira, na Paraíba, inaugurado em 1928.

sobre sua responsabilidade, paralelamente ao aumento continuado da população de doentes mentais (SOARES, 2006, p. 57).

Apesar do fracasso do modelo hospitalocêntrico, um avanço a ser considerado a partir da reforma imposta pela lei 1132, de 22 de Dezembro de 1903 é que com a medicalização dos hospícios, se fez necessária a contratação de enfermeiras, implementando-se assim o pluralismo de ideias e a laicidade nas ações clínicas terapêuticas, no entanto, a psiquiatria brasileira caminhava a passos lentos e em sua atuação ainda utilizava-se principalmente de práticas empíricas. Ao longo dos mais de 100 anos de vigência do modelo hospitalocêntrico (1903-2001), o hospício enquanto instituição de assistência aos doentes mentais não cumpria seu objetivo de cura da alienação mental e transformava-se cada vez mais em mero "depósito de gente", contribuindo, muitas vezes, para disseminação de doenças infectocontagiosas e/ou endêmicas (JUNQUEIRA, 2016).

É importante observar que as orientações da lei 1.132 de 1903, que tratava da Assistência aos Alienados no Brasil não foi capaz de solucionar os problemas enfrentados pelos asilos de loucos e loucas espalhados pelo Brasil. Na cidade de Parahyba o Hospital Colônia Juliano Moreira, mesmo tendo sido inaugurado 25 anos depois promulgada aquela lei, reflete o descaso do Estado com essa instituição de saúde. No âmbito cultural, se observa que o preconceito, os maus tratos e a ideia de eugenia permaneceram fortemente arraigados ao tratamento da loucura pelo senso comum. Será somente a partir do final dos anos 1970, no contexto do movimento sanitário que o modelo hospitalocêntrico, defendido pela lei de 1903 será contestado, demorando-se quatro décadas até a implementação de mudanças de cunho terapêutico, social e institucional. Importante notar que esses movimentos remodelaram o sistema de saúde e atenção psicossocial no Brasil, mas deixam grandes lacunas que precisam ser revistas para o bem dos doentes mentais e da sociedade como um todo. É sobre essas reformas que nos dedicaremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO II

REFORMA PSIQUIÁTRICA: O FIM DA INVISIBILIDADE DA DOENÇA MENTAL

No transcorrer deste capítulo iremos nos referir à eclosão e expansão do Movimento da Reforma Psiquiátrica (RP), de caráter não manicomial, que está diretamente associada a Reforma Sanitária, que teve início nos anos 1970, influenciada pelas reformas na saúde acontecidas na Itália. Esses movimentos eram constituídos por um grupo coeso e diversificado de cidadãos que lutaram, trabalharam e doaram seus conhecimentos, em prol do objetivo de alcançar não apenas o direito a saúde para todos, trabalhadores/as ou não trabalhadores/as, mas também de promover a humanização do atendimento em saúde para toda sociedade.

De acordo com Carlos Henrique Assunção Paiva e Luiz Antônio Teixeira, no campo da saúde dois importantes movimentos sociais influenciaram os movimentos reformistas em saúde no contexto dos anos 1970, foram eles: O movimento popular pela saúde e o movimento dos médicos.

O primeiro surgiu a partir de grupos apoiados pela Igreja católica e pela militância de esquerda em bairros pobres de periferias das grandes cidades e tinha como uma de suas principais bandeiras a melhoria das condições de saúde dessas regiões. Na década de 1980, esses grupos alcançaram expressão nacional a partir dos encontros nacionais de medicina comunitária e, em pouco tempo, mudaram seu eixo de atenção das ações comunitárias de base local para a demanda por controle social dos serviços de saúde, melhoria da qualidade da medicina previdenciária e desenvolvimento de ações preventivas, além da melhoria das condições de vida que possibilitassem a conquista da saúde. Já o movimento dos médicos surgiu a partir de críticas ao sistema de saúde vigente e lutas da categoria por direitos trabalhistas. Lideradas por associações e sindicatos médicos, as greves e outras mobilizações reivindicavam melhores condições de trabalho e mudanças no sistema de saúde, caracterizando-se também como resistência ao processo de mudanças da medicina que transformava os médicos – típicos profissionais liberais – em

trabalhadores assalariados e ainda como uma forma de luta pela democratização da sociedade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.23).

Na década de 1980, especialmente após o fim da ditadura, observa-se grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde, que teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Durante a Conferência, realizada em 1986, foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.25).

De acordo com Lúcia Regina Florentino Souto (Médica Sanitarista e pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e diversidade Cultural da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz) e Helena Barros de Oliveira (atual chefe do Departamento de Direitos Humanos e Saúde Fundação Oswaldo Cruz), a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Março de 1986, caracterizou-se como um amplo processo de mobilização e construção coletiva do direito à saúde abrindo um leque de discussões em saúde, tais como: Conferências Nacionais da Saúde da Mulher (10-13/10/1986), Saúde da População Indígena (26-24/11/1986), Saúde do Trabalhador (1-5/12/1986) Saúde Mental (25-28/06/1987). Tais conferências aconteceram tanto no âmbito nacional como nas esferas Estaduais, tratando-se, segundo as autoras, de uma verdadeira Constituinte Popular da Saúde (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Inclusive, de acordo com Paim, entre os principais temas da Conferência estavam o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 25). Essas propostas de transformações no sistema de saúde, culminaram com a criação do SUS no final dos anos 1980, quando da promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabelece em seu Artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução

do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O Artigo 198 da Constituição, por sua vez afiança:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988).

Apesar dos impactos positivos da criação do SUS, segundo Carlos Henrique Assunção Paiva e Luiz Antônio Teixeira, os avanços em saúde propostos no contexto da Reforma Sanitária e ratificados com a criação do SUS não conseguiram empreender as reformas desejadas, o que teve como principais entraves as divergências de interesses dos grupos políticos que se sucederam no poder, as dificuldades econômicas e as disparidades regionais de um país com a extensão geográfica do Brasil (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Apesar disso, tal como observa Paim, se o movimento sanitário não foi capaz de garantir que o sistema de saúde alcançasse todos os brasileiros, ele contribuiu para a difusão da noção do direito à saúde, como parte da cidadania e para a reforma democrática do Estado (apud. PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 25). Considerando essa conjuntura e em conformidade com Paim, pode-se dizer que a reforma proposta pelo movimento sanitário não está ainda concluída, caracterizando por um processo permanente de construção (apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 25)

De todo modo, a Reforma Sanitária embasou e possibilitou que a Reforma Psiquiátrica tomasse forma e robustez para, tornar público os tratamentos e sofrimentos a que foram expostos os "doentes mentais", silenciados pelos altos muros dos hospícios.

Foi o movimento da Reforma Psiquiátrica que pôs a descoberto os campos de concentração existentes no Brasil, as entranhas dos hospitais psiquiátricos, o que deixou nossa nação perplexa. Chegou o momento de, enfim, dar voz e visibilidade aos homens e mulheres nomeados pelo senso comum como loucos[as].

Em nossas próximas linhas destacaremos a trajetória da Reforma Psiquiátrica, os avanços rumo ao serviço de saúde mental digno e de qualidade. Também abordaremos os desafios dessa empreitada para os trabalhadores da saúde mental, seus usuários e familiares.

A Reforma Psiquiátrica ocorrida no Brasil a partir dos anos 1970, visou antes de tudo desmontar o modelo hospitalocêntrico instituído oficialmente no país pela Lei 1.132/1903, e que disseminou em todo território nacional a criação de manicômios nos padrões pinelianos.

De acordo com os defensores da Reforma Psiquiátrica não-hospitalocêntrica, a assistência aos loucos[as] prestada nos manicômios existentes no Brasil reproduzia um modelo desumano de tratamento. O padrão hospitalocêntrico foi comparado aos campos de concentração nazistas, os hospícios converteram-se em espaços de aprisionamento, violência (para além de agressões físicas), fome e abandono. Nesses espaços, a cura deixou de ser o objetivo principal, os hospitais de loucos[as] metamorfosearam-se em "depósito de gente" (ARBEX, 2013).

É consenso de muitos autores, das mais diversas áreas do conhecimento, que o movimento pela Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária surgiram à mesma época, cada uma marcando de modo definitivo os rumos da assistência à saúde da população de nosso país. Segundo o Ministério da Saúde em relatório apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental no ano de 2005, "embora contemporânea da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar" (BRASIL, 2005). Tal violência foi combatida e denunciada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), principal eixo de ação, luta e reivindicação que fomentou todas as transformações instaladas em nossa contemporaneidade. Quando abordamos o tema desta forma nos parece que estamos tratando de acontecimentos

ocorridos há vários séculos, dada a brutalidade e inclemência com que os hospitais psiquiátricos tratavam seus internos[as] (vítimas), no entanto, estamos nos referindo à fatos ocorridos até o tempo presente.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, utilizou para denunciar as irregularidades das instituições psiquiátricas e de suas terapêuticas o mesmo recurso de que os loucos[as] faziam uso, para denunciar os maus tratos a que eram submetidos nos asilos, qual seja: o barulho, grito incontido. A diferença é que o barulho que médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e trabalhadores em geral empregaram como recurso, para abrir os portões dos hospícios, era organizado e usavam ferramentas como: estudos científicos, a máquina do Estado e a imprensa. Com tais ferramentas os profissionais de saúde mostraram à população brasileira a insanidade dos homens e mulheres considerados normais e que em nome da ciência, mantiveram e insistem em manter pessoas em regime de prisão perpétua, uma vez internado em um hospício, na maioria das vezes, só se sai de lá morto. Assim, abandonados em células pequenas e frias, mal alimentados, submetidos a tratamentos com choques elétricos e químicos e, como vimos anteriormente, fazendo uso de substâncias que poderiam trazer sérios prejuízos a saúde física e até mesmo levar à morte, muitos homens e mulheres nomeados como doentes mentais pelo saber médico foram silenciados... esquecidos.

É da Itália que vem o principal modelo inspirador da reforma psiquiátrica no Brasil, por meio da influência do médico e psiquiatra italiano Franco Basaglia. De acordo com Paulo Amarante (1996), Basaglia assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, no norte da Itália em 1961, quando deparou-se com uma realidade manicomial diferente daquela que imaginava existir quando trabalhava na universidade. Segundo Giuseppe Dell'Acqua citado:

A primeira vez que entrou neste hospital, e era ele mesmo a contar isso, viu os internos fechados à chave dentro dos pavilhões e nas celas de isolamento, e recordou-se de quando estava na prisão. Então pensou que deveria usar todo o seu poder de diretor para melhorar as condições de vida destas pessoas (apud AMARANTE, 1996, p.65).

Inconformado com o que viu, Basaglia passou a defender a reforma psiquiátrica, de caráter desinstitucionalizante na Itália. A proposta de transformação psiquiátrica do médico italiano foi influenciada por outros movimentos reformistas europeus, disse:

Estas experiências, que sob uma base de paridade de direitos assistenciais de todos os cidadãos, partem de uma primeira liberalização dos hospitais psiquiátricos até a constituição dos hospitais abertos, têm demonstrado, no passar de poucos anos, resultados tais que estimularam o início de 'nossa aventura em psiquiatria' (apud AMARANTE, 1996, p. 67).

Em visitas ao Brasil o psiquiatra italiano poder ver de perto a situação em que se encontravam os alienados nos hospícios do país. Inclusive, sua vinda acontece como elemento para apressar as reformas propostas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80. No Rio de Janeiro passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil (BRASIL, 2005).

Além do lema "por uma sociedade sem manicômios", os novos princípios implementados e reafirmados através da Reforma Psiquiátrica e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental contribuíram para desnudar o quão implacável e hediondo era o acolhimento oferecidos pelos hospícios, até então considerado o único lugar de tratamento dispensado àqueles considerados insanos, fosse por doença mental, fosse por comportamento social "inadequado". A proposta de Reforma Psiquiátrica também objetivava desconstruir estigmas, atribuídos culturalmente, em torno da figura do louco[a] ao longo dos séculos, e passa a abordar uma nova linguagem para definir esse novo olhar, e termos como, "sofrimento mental, privação psicológica e

distúrbios mentais começam a compor as estratégias de inclusão dos loucos/as na comunidade (BRITO, 2011. p,72).

Antes de apresentarmos as situações vistas pelos representantes da Reforma Psiquiátrica nos principais hospícios do Brasil, vamos conhecer as leis que tornaram possível a ressocialização das vidas aprisionadas por longos períodos em hospícios, a partir da convivência em comunidade para pessoa com distúrbios mentais.

De acordo com o relatório do Ministério da Saúde de 2005, uma série de situações foram favoráveis à efetivação da Reforma Psiquiátrica: o primeiro fato foi a implementação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país no ano de 1987, na cidade de São Paulo, seguido pela intervenção no Hospital Psiquiátrico na cidade de Santos-SP, a Casa de Saúde Anchieta, no ano de 1989, considerado um espaço de maus-tratos e mortes de pacientes, o que possibilitou ampla visibilidade do real significado da Reforma Psiquiátrica, resultando na instalação do Núcleo de Atenção Psicossocial-NAPS (BRASIL, 2005).

Não podemos deixar de citar o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, também de 1989. O referido projeto de lei propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005). Também a promulgação da Constituição Federal - conhecida como Constituição cidadã, em virtude de sua concepção ter sido amplamente popular ocorrida um ano antes, em 1988, possibilitando o máximo exercício da cidadania do povo brasileiro e reforçando a potência dos movimentos populares que derrubaram a Ditadura Militar. Finalmente, em harmonia com as perspectivas do projeto do Deputado Paulo Delgado foi aprovada em 2001, a Lei 10.216/2001 ou Lei da Reforma Psiquiátrica.

A promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos

são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

A Lei 10.216/2001 passa a regulamentar os direitos dos usuários em Saúde Mental, efetivando uma série de garantias e liberdades antes negadas à pessoa com transtorno mental, como veremos na citação abaixo.

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

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2005).

É de suma importância frisar as garantias citadas na lei, uma vez que elas demonstram o inverso das infortunas impostas às pessoas em sofrimento mental até a intervenção da Reforma Psiquiátrica de caráter antimanicomial. Outros benefícios também passaram a ser oferecidos para melhor viabilidade e implementação do novo modelo de assistência psiquiátrica, tais como a implantação de Centros de Atenção Psicossocial em todo o território nacional, a criação das Residências terapêuticas e o Programa de volta para Casa.

Os Centros de Atenção Psicossocial são criados a partir da Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Art. 5º da referida Portaria, o CAPS é um dos componentes característicos da Rede de Atenção Psicossocial, constituído em conformidade com o caput II, que estabelece: a

atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades (BRASIL, 2011).

A mesma Portaria define ainda:

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

A desospitalização, representada no Brasil pela substituição dos leitos psiquiátricos pelo atendimento nos CAPS, fundamenta-se nas medidas implementadas nos Estados Unidos, pelo Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, nos anos 1960. Os princípios do movimento de desinstitucionalização norte americano objetivavam:

1. A prevenção de internações inadequadas em instituições psiquiátricas, procurando alternativas comunitárias para o seu tratamento;
2. Retorno para a comunidade de todos os pacientes institucionalizados que tiveram preparo adequado para tal mudança;
3. O estabelecimento e a manutenção de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não-institucionalizadas que estejam recebendo serviço de saúde mental na comunidade (AMARANTE, 1996, p. 15).

Com base no que foi exposto, entende-se que entre os dispositivos de ressocialização dos doentes mentais, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, visto que tais centros, por se tratarem de serviços comunitários, abertos, contribuem para a gradativa diminuição dos leitos psiquiátricos.

Nesse sentido, de acordo com Sergio Luis Ribeiro,

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário (RIBEIRO, 2004, p.96).

Acerca das Residências terapêuticas o Ministério da Saúde afirma que elas foram criadas para acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos, oriundos de longas internações e com vínculos familiares completamente rompidos. O objetivo determinante para a criação dessas residências é de devolver a liberdade de convívio comunitário, além do desenvolvimento e aperfeiçoamento da autonomia do usuário. Ainda em conformidade com o Ministério da Saúde, cada Residência Terapêutica deve ser única, devendo respeitar as necessidades, gostos, e dinâmica de seus moradores, as mesas devem acolher no máximo 08 (oito) moradores e devem contar com um cuidador. Também é preciso que a residência esteja referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial, seguindo a estratégia de regionalização.

O Programa de Volta para Casa, por sua vez, trata-se de um incentivo pecuniário concedido à pessoa em sofrimento mental. No momento de sua implementação o valor disponibilizado era de 240,00 R\$ (duzentos e quarenta reais). Em uma consulta feita ao site do Ministério Saúde, verificamos que o valor atual do mesmo benefício é de 412,00 R\$ (quatrocentos e doze reais), permanecendo com o mesmo período de um ano de concessão, podendo ser renovado, mediante comprovação de carência (BRASIL, 2005).

Estes programas estão associados à implantação dos CAPS, que se distribuem de acordo com a necessidade de cada região, e se organizam para o atendimento estratégico das especificidades do público a ser atendido. É

importante notar que existem várias modalidades de CAPS no Brasil. Vejamos: O CAPS I, é de menor porte. A equipe multiprofissional deve ter no mínimo 9 (nove) profissionais, e atende a adultos com transtornos mentais severos e persistentes, além de alteração mental decorrentes do uso de álcool e outras drogas, funciona em todos os dias úteis; o CAPS II é de médio porte, sua equipe é composta por, no mínimo, 12 (doze) profissionais e atende usuários adultos com transtorno mental severo e persistente; o CAPS III além de possuir o maior porte, é também o que recebe o maior nível de complexidade de atendimento, realiza atendimento noturno e internações de até 7 (sete) dias. A equipe mínima é formada por 16 (dezesesseis) profissionais, que atuam em diversas especialidades; o CAPS i, é específico para o público infanto-juvenil, possui no mínimo 11 (onze) profissionais; finalmente, temos o CAPS ad que atende os usuários que "fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas", a equipe mínima é integrada por 11 (onze) profissionais (BRASIL, 2011).

Após essa rápida abordagem do caminho percorrido pela Reforma Psiquiátrica no Brasil convido o leitor a fazer uma imersão ao mundo do lado de dentro dos hospícios, por meio de fatos e da história relatada em livros, dissertações e outros documentos que revelam o lado sombrio de uma instituição que, em sua origem, parecia ser a promessa de cura para todos os males do espírito, mas que se transformou em espaço de dor e sofrimento para quem "por infelicidade" adentrasse seus muros como enfermo da mente.

2.2 OS hospitais psiquiátricos da Paraíba e o processo de Reforma Psiquiátrica

No bojo do movimento de Reforma Psiquiátrica, como um mecanismo de legitimação para o fechamento de leitos hospitalares e para a ressocialização de homens e mulheres com longo histórico de internação, a biografia dos hospitais psiquiátricos no Brasil parece ter sido revelada sem filtro e sem edição. A verdade contida por traz dos muros altos das instituições para "loucos", quando veio à tona abalou moralmente os defensores do modelo hospitalocêntrico de atenção em saúde mental.

Em face das denúncias aos Direitos Humanos, alguns segmentos sociais que, durante um século ou mais, mantiveram-se indiferentes às práticas que

ocorriam no interior dos hospícios, passaram a apoiar o movimento reformista, uma vez que, os fatos revelados não podiam ser negados, dado o vazamento de informações e documentos publicados em documentários jornalísticos que contaram, inclusive, com a participação do médico italiano Franco Basaglia.

É certo que, nem todas as práticas consideradas desumanas ocorridas no interior das instituições psiquiátricas brasileiras eram completamente desconhecidas, no entanto, o que podemos notar analisando a literatura sobre o tema é que havia uma espécie de silêncio pactuado pela sociedade, que buscou durante décadas livrar-se dos inconvenientes provocados por aqueles sujeitos. Por anos pareceu mais fácil ocultá-los e trancafiá-los nas celas sepulcrais dos hospícios, atendendo aos padrões sociais impostos, do que reconhecer tais sujeitos como cidadãos de direito e garantir-lhes atendimento humano e condizente com suas necessidades.

As denúncias de violências sofridas pelos homens e mulheres que estiveram internados nos Hospitais psiquiátricos brasileiros, reveladas graças ao movimento que culminou com a Reforma Psiquiátrica, acordou a nação brasileira para a causa dos doentes mentais, e já não sendo possível voltar atrás.

Buscando conhecer o processo de Reforma Psiquiátrica na Paraíba, entende-se que seu marco foi a criação do Hospital-Dia, regulamentado pela Portaria Nº 224/92, nas dependências do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (GOMES, 2013), em João Pessoa. A criação de um hospital-dia dentro do "Juliano Moreira" acontecia na contramão do movimento reformista que estava em curso (GOMES, 2013, p.140). Ora, como pensar na desospitalização e ressocialização de pessoas longamente internadas, mantendo-as no espaço que lhes provocou sofrimento e dor e onde era possível ver tantas outras vidas ainda aprisionadas.

Em 2003, outro serviço substitutivo foi inaugurado no Complexo Psiquiátrico foi o Centro de Atenção Psicossocial Gutemberg Botelho, o que revela que a Rede de Serviços Substitutivos ao hospital psiquiátrico, implantada em João Pessoa, tinha caráter conservador distanciando-se do modelo proposto pela lei 10.216/2001 (GOMES, 2013, p.140).

De acordo com Anna Luiza Castro Gomes (Enfermeira, especialista em saúde pública), durante a gestão do prefeito Ricardo Coutinho observou-se a

ampliação da Rede de Saúde Mental de João Pessoa com criação de outros dispositivos substitutivos como: Residência Terapêutica em 2007, CAPSi e PASM em 2008, um CAPS II, um CAPSad e uma equipe de Consultório na Rua, em 2010 (GOMES, 2013, p.140).

De acordo com Ana Luiza Castro Gomes, apesar da expansão da rede de serviços substitutivos, gradativamente o ativismo antimanicomial começou a enfraquecer, dividindo não só a opinião dos profissionais em saúde que passaram a se acomodar em relação as lutas antimanicomiais, como por parte dos familiares que se dividiram entre apoiadores da reforma e defensores da manutenção do modelo asilar(2013).

Nesse sentido, o Juliano Moreira resistiu à Reforma psiquiátrica comportando, nos limites dos seus muros, práticas consideradas, por vezes, arcaicas e desumanas, apesar de existirem ainda ecos do movimento que reclamam por maiores mudanças e pela redução de leitos psiquiátricos.

Se na Capital do Estado da Paraíba a Reforma Psiquiátrica não teve força para derrubar os muros do manicômio, a cidade de Campina Grande, no interior do Estado, entrou para os anais da história como a primeira cidade nortista (Norte e Nordeste) a fechar um manicômio, o que ocorreu em 2005. Visando conhecer o processo de desinstitucionalização psiquiátrica naquela cidade adentraremos o Hospital Psiquiátrico João Ribeiro quando aconteceram as primeiras intervenções de caráter reformistas.

No Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, localizado na cidade de Campina Grande, a uma distância de 132 km da Capital paraibana, a situação de descaso e abusos para com os homens e mulheres ali internados, não diferia daquela registrada em outras partes do país. Tal é o caso do Hospício de Barbacena, em Minas Gerais, o que se pode observar no trabalho de Daniela Arbex, o Holocausto Brasileiro, quando a jornalista denunciou a situação de maus-tratos empregada contra dos internos daquele estabelecimento.

Intitulado como Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), o hospital psiquiátrico ficou conhecido popularmente como "João Ribeiro" e abriu suas portas no ano de 1963, pertencendo ao médico João Ribeiro que exercia ali sua prática como psiquiatra. Naquele hospital eram atendidos pacientes particulares e públicos, já que o mesmo era conveniado à rede pública de saúde (BRITO, 2011).

No contexto de Reforma Psiquiátrica, em atendimento a Lei 10.216/2001, devido a inúmeras denúncias de violação dos Direitos Humanos, o referido hospital psiquiátrico entrou em processo de intervenção federal (BRITO, 2011).

Os discursos que mostraremos abaixo revelam quanto cruéis eram os tratamentos dispensados aos homens e mulheres que, por infelicidade, foram internados naquele hospício. Inclusive, para um leitor descuidado, poder-se-ia facilmente confundir o "João o Ribeiro" com o antigo asilo de Santa Anã caracterizado nesse estudo.

O primeiro contato, um choro mais profundo que barulhento. Uma senhora de idade com soro no braço chama-me como se estivesse pedindo socorro. Dentro do choro solta baixinho e com sofreguidão a sua voz: a comida daqui eu não aguento, pe a para mudar...eu não aguento [...] Continuo. Paredes frias, ar fétido, gritos, grades, [...] ala dos contidos amarrados pelos braços e pernas, soro nas veias, alguns sem roupa, num sono de morte [...], fala de Vitória Maria Barbosa então coordenadora de saúde mental do município, uma militante pela causa da reforma psiquiátrica (BRITO, 2011. p, 13,14).

Esse depoimento retrata o quadro vislumbrado pela então coordenadora de saúde mental de Campina Grande, Vitória Barbosa, e que podia ser facilmente contemplado por qualquer outro visitante do hospício, a diferença entre o ponto de vista é o conhecimento que a coordenadora possui, e o entendimento de que aquela situação não era normal, enquanto que os familiares de pacientes que frequentavam o local entendiam o sofrimento como algo comum à dimensão da loucura, quase como um castigo infringido por uma força maior, tal qual uma condenação em vida (BRITO, 2011).

Durante as opera es realizadas no "João o Ribeiro" ainda foram constatados alimentação insuficiente, falta de medicação e até mesmo de camas, também foram encontrados usuários expostos ao frio, completamente nus. Essas e outras irregularidades foram atestadas pela equipe de intervenção federal no hospício, mas foi necessário grande ênfase em torno daqueles abusos, para que esses fatos passassem a ser entendidos como verdadeiras violações dos Direitos Humanos.

Vejamos o que disse Fernando Sfair Kinker, interventor do Ministério da Saúde no João Ribeiro.

Kinker apontar um cárcere em que homens, mulheres, crianças e idosos eram jogados a revelia. De sua escrita escorre o sofrimento destas vidas errantes que, por terem recebido ao longo da vida o sobrenome de loucos, não possuíam mais o direito mínimo de sobrevivência, como: alimentação higiene e cuidados específicos que de acordo com a Constituição brasileira, deveriam ser garantidos a um paciente, seja qual for o transtorno em que se encontre acometido (BRITO, 2011. p, 69).

No entanto, precisamos enfatizar que apesar de todas as irregularidades encontradas no Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, ainda eram muitas as barreiras que deveriam ser derrubadas para que as mudanças no campo da psiquiatria acontecessem. Nesse sentido, destaque-se que entre os médicos, especialmente os psiquiatras, muitos defendiam a manutenção daquele manicômio, tal é o caso do médico João Targino que, segundo informações colhidas pela historiadora Fátima Saionara Leandro Brito, insistia em relacionar a figura do louco a violência, abordando o discurso disseminado culturalmente, legitimado por médicos no início do século XIX⁹, de que os loucos nas ruas são perigosos, libertá-los dos hospícios seria uma ameaça social (2011). João Targino ainda contava com o apoio da imprensa que, por anos a fio, divulgou notícias sensacionalistas envolvendo atos de violência cometidos por doentes mentais em momentos de surto, reforçando assim o assombro popular em torno daqueles sujeitos.

Atendendo ao que estabelecia a Lei da Reforma Psiquiátrica, 10.216/2001, os interventores federais, após comprovarem a situação degradante do Hospital João Ribeiro desativou o mesmo no ano de 2005, o que inaugura uma fase nova para a assistência em saúde mental na Paraíba. Em matéria divulgada no dia 28 de abril de 2005, o jornal Correio da Paraíba, trazia a reportagem intitulada "Doentes nus e abandonados levam o MS a intervir no JR" esclarecia as causas da intervenção:

Interventores do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro em Campina denunciaram "caos" no lugar, ontem. Doentes mentais estão abandonados. Camas não têm colchão e o banho feito com uma mangueira, é em grupo. Ministério da

⁹ Conforme foi visto nesse mesmo estudo médicos como Dr. Sigaud, Dr. Antônio Luiz da Silva Peixoto e Dr. Luiz De Simoni tanto denunciaram os maus-tratos sofridos por alienados nas instituições não médicas brasileiras, como apontaram os perigos de deixa-los circular livremente pelas ruas das cidades.

Saúde prometeu “mudança radical”. [...] embora não seja privilégio de Campina Grande, o caso do “João Ribeiro” extrapolou os limites da tolerância humana (apud SILVA, 2014, p. 35-36).

Gradativamente o João Ribeiro foi se esvaziando, as Residências Terapêuticas ergueram-se, em meio as casas “normais”, passando a compor o cenário irremediável, seus ocupantes vinham de internações longas, e precisavam reaprender a conviver em meio as normas sociais, além disso, aquelas figuras podiam ser encontradas livremente nas ruas pelos caminhos e trajetos de toda a cidade, onde a população assistia a libertação da loucura atônita. Por um lado, os maus tratos, a fome, a violência, as grades haviam sido cessadas, mas por outro lado a presença de homens e mulheres considerados loucos[as] causava preocupação e insegurança, era necessário um longo período de readaptação para aqueles sujeitos e para a população de um modo geral.

A intervenção e o descredenciamento do INCAERF fizeram necessária a criação e ampliação de uma rede de serviços substitutivos para abrigar os 176 pacientes internos na instituição. Nesse sentido, 69 pacientes foram encaminhados para o Serviço de Referência de Saúde Mental do município, 16 foram encaminhados para as recém inauguradas *Residências Terapêuticas*, outros foram entregues as famílias (apud. SILVA, 2014, pp. 37).

Considerando que o João Ribeiro também atendia as demandas vindas de outras partes do Estado, em face do seu fechamento, fizeram-se imprescindíveis a implantação, em Campina Grande e em outras cidades do Estado, de políticas em saúde mental que atendessem aos homens e mulheres que necessitavam de atendimento psiquiátrico, o que teve como consequência a expansão dos serviços extra-hospitalares (apud SILVA, 2014, p 37).

Quando o João Ribeiro fechou suas portas, em Campina Grande a rede de serviços substitutivos em saúde mental era constituída por um CAPS II e um CAPSad. O movimento elevou rapidamente esse número para 7 (sete) CAPS, distribuídos estrategicamente pela cidade.

Embora não desejemos ser exaustivos no que diz respeito ao movimento de Reforma Psiquiátrica na cidade de Campina grande, é importante observar que a construção de uma nova rede de atenção à saúde

mental no referido município foi tencionada por disputas entre psiquiatras, psicólogos e psicoterapeutas, que pleiteavam o poder e cargos na nova rede de assistência. O novo modelo de atenção à saúde mental provocou espanto na população paraibana uma vez que Campina Grande atendia as cidades da região.

Como se o processo de ressocialização dos doentes mentais longamente internado no João Ribeiro estivesse em curso, para desmistificar a figura da pessoa com transtorno mental do estigma da violência e para esclarecer os novos métodos de tratamento, foram realizadas campanhas informativas sobre os serviços oferecidos, as famílias foram estimuladas ao convívio com seus parentes insanos, não apenas para visitas rápidas com dia e hora marcada, mas foram orientadas a coabitação diária com seus parentes em processo de ressocialização, o que deveria ser pautada no respeito a individualidade daqueles sujeitos e na responsabilidade assumida para continuidade e assiduidade do tratamento necessário a cada caso específico, um exemplo desse trabalho de conscientização é o projeto "Domingo no CAPS". Segundo a historiadora Fátima Sayonara Leandro Brito,

"Domingo no CAPS" representava um elo entre aqueles personagens históricos nomeados loucos e a sociedade dita normal. Nesse evento acontecia atividades artísticas culturais, oficinas de beleza, brechó e exibição de filmes, o projeto contava com a participação de 220 portadores de transtornos mentais. O objetivo era promover a reinserção social e a interação desses pacientes com a equipe técnica e familiares, além da sua reabilitação para a inserção na comunidade (BRITO, 2011. p, 148, 149).

No entanto a tensão não permaneceu apenas no âmbito social e familiar, mas também abrangeu o cenário econômico, que, por sua vez, ocupou papel relevante na cidade.

Feitas estas considerações, cabe acrescento que, visando implementar mudanças no campo da saúde mental, o Ministério da Saúde foi gradativamente diminuindo a verba destinada aos hospitais psiquiátricos. Na medida que estes se esvaziavam, parte das verbas passaram a ser empregadas no novo sistema de saúde mental, considerado mais vantajoso e menos oneroso.

A partir dessa perspectiva podemos avaliar o grande número de funcionários que perderam seus cargos e sua renda e tiveram que procurar outras ocupações (BRITO, 2011), no sentido inverso, os profissionais que comporiam os CAPS viram-se beneficiado com a implantação e posterior expansão dos centros em todo o território. Assim, conclui-se que se houve pessoas afetadas pela perda de seus empregos e, conseqüentemente, de seu poder aquisitivo, houve também profissionais que foram contemplados pelo novo modelo de atenção a saúde mental. Ademais, note-se que os portadores/as de transtornos mentais passaram a consumir, e como em toda sociedade capitalista a pessoa com psicopatia tem seu valor pessoal modificado, passando a ser visto como um cliente em potencial, com renda mensal garantida, pelo *Programa de Volta para Casa*, programa este que concedia um pequeno valor mensal, ou por meio da concessão do *Benefício de Prestação Continuada*, onde as famílias que acolhessem seus doentes longamente internados receberiam um auxílio do governo. Enfim, sujeitos até então considerados indesejados por seus familiares e pela comunidade em geral, começaram a participar de forma importante na renda mensal que garante a subsistência familiar. Em se tratando desse último benefício, alguns discursos contrários se levantaram:

Edmundo Gaudêncio (médico e professor da UFPB) afirma que os psicólogos e os psicanalistas têm advogado que a concessão do auxílio reabilitação aos portadores de transtornos mentais tem gerado um quadro de cristalização e dependência da sua condição de doente, pois o paciente e seu familiar empenhariam esforços no sentido da não recuperação. Sendo assim, ele afirma que se trata de uma questão de recidadanização, quando na verdade estaria sendo negado um direito de cidadania como o auxílio previsto pela previdência social a qualquer pessoa que dele necessite (BRITO, 2011. p .151).

Tal discurso reitera uma determinada carga de preconceito, contra os usuários dos benefícios e de seus familiares, mais uma vez reforçando o entendimento popular de que a pobreza e o transtorno mental estão relacionados a falhas de caráter, características ainda relacionadas ao ideário de eugenia. Quando Edmundo se refere ao auxílio reabilitação, ele está se referindo ao benefício concedido por meio do programa *De Volta para Casa*,

que visa reafirmar o lugar existencial do louco/a como cidadão de direito, devolvendo e estimulando a permanência desses homens e mulheres no âmbito familiar.

A nova dinâmica da vida em sociedade trouxe também novos desafios para os portadores de transtorno mental, seus familiares e para os profissionais envolvidos no tratamento desses indivíduos, que uma vez os primeiros, desamarrados e fora das celas, precisaram desenvolver novos hábitos e habilidades, até então negados pelo sistema hospitalocêntrico; quanto as famílias, entende-se que as mesmas não estavam preparadas para lidar com o familiar egresso do manicômio, a nova forma de terapêutica oferecida pelo Sistema Único de Saúde, causava desconfiança sobre a eficácia do tratamento recebido, por esse motivo passaram a buscar as clinicas particulares que ainda ofereciam internação (por breves períodos de tempo) ou que funcionavam/funcionam na clandestinidade. Pelo exposto,

é possível perceber que os familiares dos parentes instauraram algumas linhas de força contra o novo modelo de assistência que estava sendo prestadas por essas novas instituições. Uma espécie de resistência silenciosa criada quando se recusavam a levar os usuários dos serviços psiquiátricos para fazerem tratamento nesses novos serviços emergentes na cidade e preferiam pagar para que o paciente pudesse ser atendido. (BRITO, 2011. p, 157)

Finalmente, os profissionais de saúde, por mais que tivessem boa vontade para ajudar no processo de ressocialização dos doentes mentais longamente internados, falta a eles capacitação para assumir o papel de agentes ressocializadores e terapeutas comunitários em saúde mental.

É bem verdade que toda novidade traz consigo um desconforto ou desconfiança, e diante do panorama que apresentamos, não é difícil imaginar a dimensão da desconfiança despertada em seres naqueles sujeitos tantas vezes privados de alimento, de higiene e de liberdade. Nesse sentido, foi necessário tempo e ainda é preciso muita pesquisa e dedicação para o aprimoramento dos serviços prestados pelos CAPS existentes no Brasil. Os portadores de transtornos mentais ainda sofrem preconceito por parte da população, no entanto, já é possível encontrá-los em padarias, nos cinemas, escolas, nas praças... enfim, nas passagens das cidades, exercendo sua

cidadania ou tentando exercê-la. O certo é que, depois que Campina Grande deu o exemplo, em todo o território paraibano o espírito da Reforma foi desencadeando mudanças institucionais, logo municípios que nunca tiveram uma instituição psiquiátrica passaram a comportar um CAPS.

2.3 Atual situação da Rede de Atenção Psicossocial na Paraíba

A implantação da Rede de Atenção Psicossocial na Paraíba representou um processo de grandes mudanças no modelo de atendimento à saúde mental, como já citamos o sistema vigente até então estava pautado no molde hospitalocêntrico de internamento, isolamento, e intervenção majoritariamente medicamentosa, a manutenção destas práticas arcaicas já não estava em consonância com a Constituição Federal/1988, e nem com a Lei 10.216 (Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica) e todos os avanços que essa nova legislação representa.

Na Paraíba a substituição dos hospitais psiquiátricos pelos CAPS e Residências Terapêuticas se deu de maneira atribulada em meio aos muitos protestos dos donos de hospitais particulares conveniados a rede pública de saúde, que deixaram de receber o subsídio do erário público para a manutenção dos serviços em saúde, além de ver o custeio de tratamentos particulares, realizados por familiares das pessoas com transtorno mental, diminuir significativamente, o que devia-se em grande medida aos incentivos econômicos e sociais advindos do processo de reforma.

Se a nova proposta de tratamento devolvia os loucos/as às suas famílias e ao convívio social, também incentivava economicamente esse processo de ressocialização por meio de incentivos financeiros, criação de abrigos permanentes e/ou provisórios, ajuda mensal para os doentes mentais e/ou para suas famílias acolhedoras e, o ponto alto da reforma, propunha tratamento comunitário diário para tais sujeitos nos CAPS que surgiram em inúmeras cidades do país, descentralizando o atendimento em saúde mental, antes a cargo dos estados ou do governo federal.

Apesar disso, devemos entender que o processo de aceitação social não foi/é algo fácil, afinal foram séculos de exclusão e de práticas de excisão social,

inclusive, para muitos homens e mulheres dos século XXI muitos doentes mentais representavam perigo eminente e, por esse motivo, viam/ veem as novas medidas com desconfiança. No entanto, a introdução das novas unidades de saúde para o atendimento do público específico (doentes mentais) avançou. Assim, segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, em Relatório publicado nesse ano de 2020.

O usuário pode contar atualmente com os serviços específicos da REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS para o atendimento, conforme preconiza a portaria N° 3088, republicada em 21 de Maio de 2013 (inclusa na portaria de consolidação N° 03/2017). Destes serviços da RAPS/PB, a Paraíba possui 68 CAPS I (serviço para 15 mil habitantes); 09 CAPS II (serviço para 70 mil habitantes); 05 CAPS III – 24 hora (serviço para 150 mil habitantes), 06 CAPS – AD (serviços para 70 mil habitantes); 09 CAPS-AD III – 24 horas (serviço para 150 mil habitantes); 12 CAPS infanto-juvenis (serviço para 70 mil habitantes), 14 Residências Terapêuticas; 05 consultório na Rua; 04 unidades de acolhimento; 20 leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e 65 beneficiários do Programa De Volta Pra Casa (PVC). (PARAÍBA, 2020. p 06).

Os serviços prestados pela RAPS na Paraíba são acompanhados por meio de plataforma digital e de questionários para controle e monitoramento dos usuários, essa estratégia de monitoramento pode conter falhas que rebatem diretamente nos usuários e na qualidade dos serviços prestados, pois de acordo com as informações prestadas pela própria secretaria, esses instrumentos de avaliação são de responsabilidade exclusiva dos profissionais dos serviços, podendo os mesmos preencherem ou não os referidos questionários, que a rigor devem ser atualizados a cada seis meses (PARAÍBA, 2020).

A Paraíba, assim como os diversos estados do Brasil, enfrenta dificuldades no que diz respeito ao financiamento dos novos serviços em saúde, o que gera insegurança quanto a continuidade e manutenção dos aparatos de atendimento em saúde mental, tanto para os profissionais da área quanto para os usuários dos serviços.

De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde, coletado em 2018.2, estimam que a população que depende dos serviços da RAPS na Paraíba é de 37.423 usuários. Ainda de acordo com o mesmo relatório o

número de mulheres atendidas no CAPS I 57,66%, CAPS II 56,86%, CAPS III 58,45%, é maior que o percentual de homens, o contrário acontece nos CAPS AD/AD III 83,47%, e no CAPSi 64,99% (PARAÍBA, 2020). É importante levarmos em consideração a prevalência dos preconceitos e modo de vida típico da Paraíba que podem escamotear a realidade dos fatos, principalmente no que diz respeito ao número de usuárias de álcool e outras drogas, visto que muitos dos sujeitos que fazem usos dessas substâncias não procuram os serviços por acreditarem que serão estigmatizados por isso ou por não entenderem que o uso excessivo configura-se como uma doença.

Outro dado constatado é que a maior parte dos usuários dos serviços da RAPS são negros e pardos 69,12%, seguidos por números bem menores de usuários brancos 27,77%; amarelos 2,83%; indígenas 0,15%; ciganos 0,09%; quilombolas 0,01% (PARAÍBA, 2020). Esse quadro retrata a imagem factual de em nível de Brasil e na Paraíba não poderia ser diferente, afinal, nesse estado a maioria dos atingidos pelas mazelas sociais é a parcela da população historicamente empobrecida pelo processo de desenvolvimento social e econômico do país. Com o objetivo de compreender como o processo de Reforma psiquiátrica se desenrola no Alto Sertão da Paraíba, no próximo capítulo iremos nos ater as particularidades desse movimento na cidade de Sousa.

CAPITULO III

A SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE SOUSA – PB

Neste capítulo iremos discorrer sobre a implantação da Rede de Atenção à Saúde Mental na cidade de Sousa-PB. Consideramos pertinente registrar que inicialmente a proposta dessa pesquisa era fazer um estudo de caso, com pesquisa de campo acerca da Capacização na referida cidade, no contexto da Reforma Psiquiátrica, porém, Tal percurso teve que ser alterado, daí optamos por fazer uma reorientação em face das limitações impostas pela Pandemia de Covid-19.

As dificuldades de comunicação, ainda que estejamos vivenciando um momento sem precedentes na história, em relação a utilização de recursos tecnológicos, impediram que entrevistas ou questionários fossem realizados, o que é explicado pela falta de retorno dos profissionais em responder aos e-mails tantas vezes enviados. Por este motivo, traçamos um novo plano para alcançar nosso objetivo.

Isso posto, fizemos uma revisão bibliográfica, utilizando como base Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de autores formados em serviço social, bem como de autores consagrados na temática proposta no estudo.

Nossa pesquisa documental acerca das políticas de saúde mental em Sousa-PB, se pautará em Trabalhos Monográficos apresentados ao Curso de Graduação em Serviço Social da UAD/CCJS/UFCG, que possuem em comum o tema objeto dessa pesquisa. Considerando que os TCCs não se encontram publicados em nenhuma plataforma e dadas as dificuldades encontradas para localizar outros autores foram analisados quatro estudos, a saber: Saúde Mental Infantil e Interdisciplinaridade: Percepções a partir do trabalho em equipe no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil João Paulo II, em Sousa/PB, no ano de 2017, de Segislane Moésia Pereira da Silva; Educação Inclusiva para pessoas com transtornos em escolas da Rede Pública de Educação na cidade de Sousa-PB, de Kamilla Gomes Medeiros; Limites e

Possibilidades para reinserção social dos usuários do CAPSad de Sousa-PB a partir do modelo Assistencial de Saúde Mental proposto pela Lei 10.216/2001, de Iohany Daniely Alves de Paula Guedes; e o trabalho de Hellita do Nascimento Fernandes, intitulado A Efetivação da Política de Saúde Mental na Cidade de Sousa-PB a partir do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS/AD.

Considerando os trabalhos analisados, nesse capítulo com o fim de entender a política de saúde mental na Cidade de Sousa-PB, na perspectiva do Reforma Psiquiátrica implementada pela Lei 10.216/2001, faremos uma incursão ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad e ao Centro de Atenção Psicossocial Infantil quando esse centro se articula com a rede de educação do Município para a promoção de uma educação inclusiva.

Assim, com o escopo de entender a política de Saúde Mental a partir das experiências dos profissionais dos CAPSad e CAPSi, na cidade de Sousa, no Alto Sertão paraibano, no contexto de Reforma Psiquiátrica brasileira, a pesquisa realizada foi de caráter documental. Nesse sentido, concordamos com Arilda Schmidt Godoy, quando a mesma afirma que “a pesquisa documental representa uma forma que pode se revestir de um caráter inovador, trazendo contribuições importantes no estudo de alguns temas” (1995, p.21), o que vem ao encontro dos nossos anseios de contribuir para o debate acerca da Reforma Psiquiátrica em uma cidade localizada no Sertão paraibano. Além disso, acreditamos como Godoy que “os documentos normalmente constituem uma rica fonte de dados”. Nesse sentido, tal como observa a mesma pesquisadora:

O exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, **ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas e/ou interpretações complementares** (grifos da autora), constitui o que estamos denominando pesquisa documental (GODOY, 1995, p. 21).

Assim, entendemos por documento tanto a produção primária, constituída por leis, portarias, resoluções, relatórios, dentre outros materiais produzidos por quem participou do movimento de Reforma Psiquiátrica, e a documentação secundária, que compreende os materiais produzidos por pessoas que não estiveram envolvidas diretamente no referido evento, tratam-

se de artigos publicados em revistas e jornais, obras literárias, trabalhos acadêmicos, como monografias, dissertações e teses, dentre outros (GODOY, 1995).

Considerando que se trata de uma pesquisa no campo das ciências sociais o método de abordagem da presente pesquisa é de natureza qualitativa. Na pesquisa qualitativa, o objetivo é a produção de novas informações sobre os diversos aspectos do fenômeno social, de um modo geral, não há uma preocupação com medidas, quantificações ou técnicas estatísticas de qualquer natureza. Busca-se compreender, com base em dados qualificáveis, a realidade de determinados fenômenos, a partir da percepção dos diversos atores sociais (SILVA, S/D, p. 20).

Visando alcançar os objetivos propostos, a análise dos documentos/dados será realizada com base no método materialista histórico-dialético de Marx. Assim, considerando, como sugere José Paulo Netto (2011) que "Marx não fez tábula rasa do conhecimento existente, mas partiu criticamente dele", ampliando as diversas linhas de conhecimento e fomentando o diálogo entre essas perspectivas, o que nos possibilita acrescentar novas informações, contribuindo assim com o desenvolvimento social.

Segundo Spirkin; Yakhov (*apud* PEREIRA; FRANCIOLI, 2011, p.96), "a dialética é a ciência das leis mais gerais do movimento e do desenvolvimento da natureza, da sociedade e do pensamento, a ciência da ligação universal de todos os fenômenos que existem no mundo.

O materialismo histórico-dialético é definido por João Junior Bonfim Joia Pereira e Fatima Aparecida de Souza Francioli, como "um método de análise do desenvolvimento humano, levando em consideração que o homem se desenvolve à medida que age e transforma a natureza e nesse processo também se modifica (2011, p. 96). Tal assertiva sugere que o materialismo histórico-dialético analisa a forma de organização humana nas diversas sociedades ao longo dos anos, buscando conhecer o homem em sua totalidade, em suas interações sociais, políticas e econômicas. A lógica dialética, por sua vez, exige dinamismo, movimento de pensamento.

3.1 Breve Histórico da Cidade de Sousa

A cidade de Sousa tem uma história bem particular de desenvolvimento, é também conhecida como "cidade sorriso", ou "a terra dos dinossauros", por possuir sítios arqueológicos que preservam fósseis e pegadas de animais pré-históricos.

Durante o ciclo das entradas ao sertão, o território que forma o Município de Sousa foi domínio da Casa da Torre, da Bahia e de Teodósio e Francisco de Oliveira Lêdo, senhores dos vales constituídos pelos rios do Peixe e Piranhas. Foram os irmãos Lêdo os primeiros estancieiros do Município, após o devassamento da área, por volta de 1723. A atual Sede situa-se em terras do antigo Jardim do Rio do Peixe, pertencente a Francisco Dias D'ávila e, posteriormente, a sua mãe, Inácia de Araújo Pereira, doadora da sesmaria que, ainda hoje, constitui o patrimônio de Nossa Senhora dos Remédios. A fertilidade do terreno atraiu moradores interessados no cultivo das terras. Assim, desenvolveu-se o Povoado que, em 1730, já contava 1.468 habitantes, segundo informações do Cabido de Olinda. Esse fato levou Bento Freire de Sousa, residente na Fazenda Jardim, a tomar a iniciativa de organizar um núcleo de povoação, erguendo, entre 1730 e 1732, a primeira igreja, ainda hoje existente sob a invocação de nossa Senhora do Rosário, em terreno doado por Dona Inácia de Araújo Pereira. Em 1741, foi concedida a licença para a sagração e provisão da Igreja. Em homenagem ao fundador e primeiro administrador do patrimônio, Município e Cidade passaram a se chamar Sousa (SOUSA, 2020).

Segundo informações retiradas do site cidades do meu Brasil, Sousa possui 738,547 KM² de extensão territorial, conta com uma população de 69.161 habitantes (IBGE, 2019), e está localizada na mesorregião do sertão paraibano à 427 quilômetros da capital do estado, João Pessoa. O município de Sousa polariza 7 cidades, são elas: Lastro, Marizópolis, Nazarezinho, Santa Cruz, São Francisco, São José da Lagoa Tapada e Vieirópolis. Seu índice de Desenvolvimento Humano é médio, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento¹⁰.

Em se tratando de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial começaram a ser implantados no ano de 2003, devido a necessidade de

¹⁰ Tudo sobre Sousa, **Cidades do meu Brasil**, www.cidadesdomeubrasil.com.br acesso em 16/11/2020

acolhimento dos usuários da saúde mental da cidade e de sua micro região (composta pelas sete cidades citadas anteriormente).

Durante o longo período que antecede a implantação destes centros de saúde, na cidade de Sousa, a pessoa com transtornos mentais e seus responsáveis precisavam percorrer médias (Cajazeiras) e grandes distâncias (Campina Grande e João Pessoa), com o fim de encontrar uma instituição psiquiátrica para o tratamento que julgavam supostamente adequado para seus transtornos mentais.

Objetivando melhorar o atendimento em saúde mental e em adequação a lei 10.216/2001 fez-se necessário criar uma Rede de Serviços em saúde mental que, no caso da cidade em questão, não eram substitutivos de um serviço ofertado na cidade, mas marcavam o início da atenção em saúde mental naquelas paragens. Dito isto, observamos que são três CAPS existente em Sousa-PB.

O CAPS III, denominado Tozinho Gadelha foi implantado na cidade no ano de 2003, está localizado na Rua Sady Fernandes de Aragão, s/n- Gato Preto, CEP: 58802-030- Sousa-PB. O CAPSi, nomeado de João Paulo Segundo, localiza-se na Rua Bento Freire, número 25, CEP: 58802-060. Sousa também conta com os serviços do CAPS AD Walter Sarmiento, situado no Bairro Areias, na Rua José Vieira de Figueiredo s/n.

3.2 Limites e possibilidades do CAPSad em Sousa-PB

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no Brasil, foram criados em março de 2012, com o objetivo de acolher e tratar pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas e necessitam de ajuda especializada, para que possam retomar a "normalidade" do convívio social.

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº. 130, de janeiro de 2012, em seu Art. 2º:

O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012).

As equipes de profissionais que atuam nesses organismos de saúde costumam utilizar-se da política de redução de danos, que possibilita um tratamento com menor sofrimento para o usuário uma vez que, não se exige abstinência total das substâncias entorpecentes, mas sim a redução gradativa de seu uso (BRASIL, 2012).

Os trabalhos que dão suporte a este estudo foram produzidos respectivamente em 2018 (Guedes) e 2019 (Fernandes), tais pesquisas objetivaram compreender as possibilidades e os desafios enfrentados pelos profissionais do CAPS ad no contexto dos anos 1910.

De acordo com a análise dos documentos, a implantação dos CAPS na cidade de Sousa representou um grande avanço para o tratamento do serviço de saúde mental, conforme pode ser observado a seguir, quando Hellita do Nascimento Fernandes, cita seus colaboradores de cognome Simão Bacamarte:

Eu trabalho com Saúde Mental desde 2005. Graças a Deus, eu tive o privilégio de começar a trabalhar na saúde mental logo quando ela [a reforma psiquiátrica] estava surgindo no Brasil. Em 2005 a saúde mental estava chegando ao município de Sousa, e eu te digo com muita satisfação que foi muito bom ter pegado esse início. Naquele momento foi bastante difícil, muitas incertezas, tudo era novo para todo mundo né? Mas, ao mesmo tempo foi um momento de lutas, estudos e conquistas, ou seja, foi muito bom, pois houve melhorias no tratamento da saúde mental, e isso não tem o que questionar, foi fantástico, fantástico mesmo! A saúde mental não era vista como saúde em si, o preconceito era muito grande, muito grande! É uma coisa que ainda existe na sociedade. Entretanto, graças a Deus a gente conseguiu avançar um pouquinho. Isso foi um ganho muito grande para a saúde e para a população. Só quem sabe de fato a importância desse avanço, são as pessoas que tem alguém em casa com algum sofrimento mental. Para eles, esse avanço foi de suma importância em suas vidas. Então, é muito gratificante enquanto profissional de saúde mental ver e escutar depoimentos de família, parentes, de uma mãe, de um filho, de um pai, de um cunhado, em relação a essas conquistas. Sou grata por ter tido a oportunidade, e ainda tenho, de receber muita gente assim, elogiando meu trabalho, e dizer o quanto esse tratamento é atuante nos CAPS, o quanto o mesmo foi importante na vida daquelas famílias, o quanto melhorou, porque na verdade, uma casa que tem um paciente com algum tipo de transtorno mental, de alguma forma sofre com as causas também, né?! E, se aquela pessoa não é cuidada... como qualquer outro problema de saúde,

então, ela vai sofrer. Não só ela, mas toda a família. Portanto, em minha opinião, é inquestionável como foi importante e é importante a criação desses CAPS (FERNANDES, 2019, p. 54)

Considerando o relato de "Bacamarte" a efetivação do CAPS, de modo geral, representou grande avanço no tratamento para a pessoa com transtorno mental, o que se afirmava na prática cotidiana, no exercício da profissão por meio dos relatos dos parentes e dos usuários.

O relato citado por Fernandes (2019) vai ao encontro das declarações de usuários do CAPS ad citadas por Guedes (2018), que deixa em relevo que o novo modelo de tratamento proposto pela RAPS e realizado pelos CAPSad de Sousa, representa esperança de recuperação para os usuários daquele serviço, como nos mostram os relatos a seguir:

Minha maior motivação é ter minha vida de volta, recuperar a confiança das pessoas, fazer boas amizades. às drogas só traz coisa ruim pra nossas vidas, é uma bola de neve quando você entra nessa vida atrai tudo que não presta. O CAPSad tá me ajudando é difícil sem ajuda (FERNANDES *apud* GUEDES, 2018).

Voltar a ter contato com meu filho, ser respeitado e viver em paz, da esse orgulho a minha mãe que se preocupa comigo, tô confiante que vou conseguir (*apud* GUEDES, 2018).

Me libertar desse vicio ter minha vida de volta. Terminar os estudos e arrumar um emprego bom, espero sair daqui outra pessoa, acredito que vou conseguir com esse tratamento (*apud* GUEDES, 2018).

Porque eu adoro o CAPSad e preciso do tratamento, aqui os funcionários me tratam bem. Avista do que eu era devagar tô diminuindo, é difícil deixar de tudo (*apud* GUEDES, 2008).

Minha vontade de parar, e construir tudo o que eu já destruí, através do alcoolismo, pedir emprego, não construir família o tempo passou e eu não fiz nada. Sem essa ajuda fica ruim de enfrentar o vício (*apud* GUEDES, 2018).

Os relatos extraídos do trabalho de Guedes (2018, p. 56) nos dá embasamento para afirmar que os usuários do serviço ofertado no CAPS ad têm boas expectativas com relação ao futuro e que confiam na eficácia do tratamento, esse é um ponto bastante positivo para a recuperação dos

usuários. Entendendo que antes da criação daquele serviço tais sujeitos eram relegados ao descaso ou internados em clínicas particulares e ou manicômios, distantes de seus parentes e amigos, privados de sua liberdade, acreditamos que, sem dúvida alguma a implantação desse serviço trouxe inúmeros benefícios para as pessoas que sofrem de transtornos provocados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas.

Apesar dos benefícios alcançados com a criação do referido serviço no Município de Sousa, também a pesquisa realizada por Fernandes revela os inúmeros desafios enfrentados no âmbito do CAPSad naquela cidade, tal como pode ser observado a seguir:

Para que eu possa atuar aqui dentro como psicólogo[a], nem tanto. Os desafios são no contexto geral. Trata-se da falta de um olhar com carinho para a saúde mental. Esse olhar não vem muitas vezes de um coordenador que está atuando lá de cima. É a falta de uma equipe completa que hoje a gente não tem, então, isso de certa forma termina prejudicando um pouco a minha atuação como psicóloga. Mas eu procuro manter contato com toda rede para poder atuar da melhor forma (2019, p.57)

Esse relato abrange as principais contestações dos integrantes da equipe profissional investigada por Fernandes, inclusive, como se evidenciará adiante, uma queixa constante observada nas declarações dos colaboradores da pesquisa realizada pela referida autora é a falta de equipe completa nos CAPS do município de Sousa assim como, a necessidade de um olhar mais atento da administração e a imprescindibilidade de comunicação entre toda a RAPS. Os usuários do serviço reclamam por, tal é o caso de J. A. citado por Gueses, que observou: □Tá faltando só oferecer alguma atividade tipo artesanato, mas disseram que vai começar, isso é bom pra ocupar a mente e passar o tempo (J.A. *apud* Guedes, 2018, p. 58).

Oferecer atividade ocupacional faz parte do tratamento desenvolvido pelo CAPS, mas, de acordo com os relatos observado no trabalho de Guedes os usuários do CAPS ad de Sousa deixam claro que permanecem sem ocupação durante grande parte do dia e que gostariam de ter atividades para ocupar o tempo ocioso.

Outro ponto central para os usuários e para os trabalhadores da saúde mental é a existência latente do preconceito por parte da sociedade, dos próprios usuários e seus familiares:

Com certeza, muitos mesmo, inclusive, até mesmo a questão de algumas pessoas não virem para a unidade exatamente por achar que ao vir para o CAPS significa que eles são doidos, ou então, o CAPS-AD, que tem como referência Álcool e outras drogas, possui estereótipos nomeando-os como "noiados", doidos. E realmente é muito difícil essa questão, e muita importante essa pergunta, porque isso tem que ser combatido até mesmo por pessoas que tem parentes em casa necessitando (EVARISTO *apud* FERNANDES, 2019, p.60).

Esse é um dos relatos feitos por profissionais que atuam no CAPSad que de maneira geral representa as falas dos demais companheiros de trabalho, que são testemunhas frequentes dos diversos tipos de preconceitos e sua expressão no cotidiano profissional, A família aparece também como determinante para os usuários como motivação para o sucesso do tratamento e enfrentamento dos estigmas vivenciados.

Eu que procurei o serviço, meus familiares que me contou aqui do CAPS ad a eu vim. Pra conhecer né, o pessoal vivia falando do CAPS, eu tinha receio de vim, tinha vergonha, por que eu pensava que era só pra doido sabe? Aí eu vim a primeira vez, vinha um dia outro não aí fui e gostei, porque tá me ajudando a se libertar do vício (GUEDES, 2018, p.57).

Lembro, bebia demais, já estava alcoólica, aí minha irmã me falou pra eu vim eu no começo não queria mais aí ela insistiu aí vim e estou aqui faz um ano. (M.F. *apud* GUEDES, 2018, p.57)

As informações colhidas nestes dois trabalhos monográficos nos trouxeram diversas inquietações, pois apesar da árdua luta travada pelo Movimento da Reforma Sanitária e suas inegáveis conquistas, ainda há muito para ser feito no campo da saúde mental, notadamente no CAPS ad Sousa tais como: como melhoria nas condições físicas e materiais de trabalho dos profissionais do referido centro, aumento do número de contratados para distribuição adequada das demandas, maior interação com a comunidade e com a família dos usuários com o fim de mitigar o preconceito, a assistência estendida as famílias dos usuários também pode aumentar as chances de

sucesso do tratamento (FERNANDES, 2019; GUEDES, 2018). Enfim, entende-se com base nos textos analisados que são muitas as conquistas advindas da implantação dos CAPS ad em Sousa, entretanto, maiores ainda são os desafios que profissionais e usuários encontram para a efetivação das políticas de saúde mental no contexto de Reforma Psiquiátrica ainda em curso.

3.3 Atuação do CAPSi em articulação (desarticulação) com o ensino infantil na cidade de Sousa-PB

Neste ponto faremos uma explanação sobre a saúde mental infantil e sua interação com a Rede de Educação do Município de Sousa, para a inclusão de crianças com transtornos mentais e/ou déficits de aprendizagem, para tanto nos aproximaremos dos trabalhos monográficos de Silva (2017) e Medeiros (2018).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Art. 7º a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

Segundo o mesmo Estatuto em seu artigo 11 é atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurar

acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, no que se refere a saúde mental de crianças e adolescentes, a criação do CAPS infantil representa importante passo para o enfrentamento de estigmas e para a inclusão desses sujeitos na rede de educação, visando a melhora na qualidade de vida de crianças e adolescente nomeados como doentes mentais e/ou com déficits de aprendizagem (BRASIL, 2014).

Considerando que as escolas têm papel importante para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, entender como tem sido a

interação escola-CAPSi no sentido de garantir a inclusão de crianças denominados doentes mentais, ou que possuem algum déficit de aprendizagem é o que pretendemos mostra a seguir.

É importante sublinhar que de acordo com o Ministério da Saúde, em trabalho intitulado "Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir", é enfatizado que:

não são atribuições da comunidade escolar a identificação e o diagnóstico de patologias ou transtornos mentais, mas está sob seu alcance a promoção de ambientes, ações e situações que visem ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, de acolhida e aceitação, bem como de espaços reflexivos e críticos sobre quaisquer problemas identificados (BRASIL, 2014).

Face o exposto, entende-se, com base no mesmo documento, que é papel dos profissionais do CAPSi identificar e diagnosticar possíveis doenças mentais e transtornos de aprendizagem em crianças, o que não isenta professores e equipe pedagógica em geral, bem como a família da criança e/ou adolescente em encaminhar os mesmos para o serviço nos centros, caso identifiquem algum sinal de patologia.

Dentre os diversos tipos de CAPS existentes, o CAPSi caracteriza-se por seu público alvo ser crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, que apresentem transtornos mentais de qualquer ordem.

Para compreendermos o funcionamento, as possibilidades e desafios do CAPSi implantado em Sousa-PB, no ano de 2005, nos aproximaremos do trabalho de Segislane Moésia Pereira da Silva. Para acompanharmos os desdobramentos do processo de inclusão educacional de crianças e adolescentes com patologias mentais e/ou déficits de aprendizagem em interação com o serviço no CAPSi do referido município, analisaremos a pesquisa realizada por Kamilla Gomes Medeiros.

Apesar de previsto que as escolas atuem junto aos CAPSi para identificar possíveis demandas em assistência à saúde, nem sempre o diálogo acontece. Assim, antes de qualquer coisa foi preciso entender como é o trabalho realizado pela equipe do CAPSi de Sousa. Nesse sentido, considerando as entrevistas realizadas por Silva (2017), notadamente quanto ao trabalho em

equipe realizado pelos profissionais do referido centro, chama a atenção o fato de afirmarem que não é frequente que se reúnam para discutir as demandas e possíveis soluções para elas, tal como sugere o relato abaixo:

Atualmente não existe com muita frequência não. Antigamente a gente tinha uma programação de fazer uma vez por mês uma reunião para discutir casos. A gente selecionava dois casos, dentre os mais preocupantes e discutia. Agora já faz um tempo que o serviço não está cumprindo o cronograma, até pela mudança de governo, onde mudou a coordenação que agora que está começando a organizar o serviço, esse ano a gente ainda não teve não (SILVA, 2017, p. 64).

As reuniões entre a equipe multiprofissional são muito importantes para eficiência e evolução do tratamento de saúde mental, principalmente quando se trata de seres em desenvolvimento, como é o caso de crianças e adolescentes. A ausência de reuniões periódicas entre os profissionais do CAPSi pode escamotear problemas muito mais sérios do que pode ser constatado superficialmente, sem um estudo ou planejamento específico, podendo, inclusive, causar danos na evolução dos casos em processo de tratamento.

Em escolas da Rede de Educação Municipal de Sousa, embora se observe que a demanda por atendimento em saúde mental é crescente, também fica em evidência a falta de conhecimento sobre as políticas de inclusão educacional e, especialmente, acerca da necessária interação com o CAPSi, onde deve haver profissionais capacitados para avaliar, diagnosticar e acompanhar as crianças e adolescentes com possíveis patologias mentais. Medeiros (2018), ao citar um dos seus colaboradores revela essa fragilidade, enquanto sinaliza para pontos fortes no âmbito das escolas municipais, as reuniões:

nos últimos planejamentos que a gente tem feito é uma pauta que sempre está sendo conversada, porque é uma demanda que está crescendo. Há 5/10 anos atrás se as escolas públicas tinham em torno de um, dois alunos hoje é em torno de 10 à 20% de todo alunado, aqueles que nós temos conhecimentos, através de laudos, através da família. Porém essa demanda ela pode até aumentar porque a gente já detecta alguns alunos que a família não aceita (Medeiros 2018, p. 58).

Como se vê, na contramão do que acontece no CAPSi, onde nem mesmo a equipe profissional parece bem integrada, as equipes multiprofissionais das escolas da Rede Municipal de Saúde têm reuniões periódicas para análise da realidade apresentada por crianças e adolescentes com transtornos mentais, sendo possível assim constatar, inclusive, o aumento da demanda destes usuários nas escolas públicas.

Diante das divergências nas práticas profissionais das equipes do CAPSi e da Rede de Educação Municipal de Sousa, outro ponto que nos chama atenção diz respeito a capacitação profissional dos trabalhadores que atuam nestes órgãos de saúde e de educação. De acordo com o que relatos citados por Silva (2017), acerca da oferta de capacitação no município um servidor do CAPSi observou:

A última capacitação que foi feita, aqui pelo próprio município, foi feita na última gestão de Tayrone, logo quando a equipe nova chegou ai teve uma capacitação interna, porque no tempo a gente tinha coordenador de saúde mental no município, ai a pessoa orientava as questões e os antigos capacitaram os novos dentro da instituição. Mais aí, ano passado teve uma capacitação da RAPS mesmo que é a nível de Estado, mas municipal mesmo foi na outra gestão (Silva 2017, p. 65).

A última [capacitação] que teve, foi, vish... Faz mais de um ano, nunca mais houve reunião ou planejamento. Agora a gente tentou organizar um cronograma pra voltar a funcionar, mas como a equipe tá funcionando com a equipe mínima porque ainda a psicopedagoga e a TO dão só vinte horas aqui, complementam a carga horaria no AD, mais vinte lá, daí está cheio de lacuna o horário da gente. A gente tentou e a diretora pediu para ver se chega mais gente pra gente fazer a primeira reunião. Faz cerca, eu acho, de uns dois anos que não tem mais estudo de caso (MEDEIROS, 2018, p. 64).

Apesar de revelar que a equipe do CAPSi de Sousa recebe constantes oportunidades de se capacitar, na prática o que fica em evidência é que internamente a equipe multiprofissional não atua como tal. No âmbito da educação, onde a pesquisa de Medeiros (2018) sugere que havia uma interação da equipe municipal com vista a buscar ajuda para a inclusão educacional de crianças e adolescentes com transtornos de aprendizagem, no tocante a capacitações seus colaboradores são enfáticos:

Não. Uma capacitação não tem. Há apenas uma orientação que a gente da parte gestor e pedagógica passa para eles, sabemos que é um desafio muito grande, o professor está dentro de sala de aula com essa demanda. Não é fácil! E a gente orienta sempre da seguinte forma, para eles procurarem, você sabe que a ferramenta da internet ela é muito rica, né? Então se a gente não recebe essas formações de cima, por outro lado a gente tem que procurar do lado que a gente tem (Medeiros 2018, p.60).

Os relatos citados por Silva (2017) e Medeiros (2018), respectivamente, revelam a falha por parte do Município e também do Estado, no que diz respeito às capacitações. Os cursos e oficinas de aperfeiçoamento são imprescindíveis para o constante aprimoramento e para a efetivação dos direitos à saúde e educação de crianças e adolescentes. No entanto, essas não são as únicas falhas do sistema público de saúde e educação constatadas durante a análise dos trabalhos de monografia já identificados.

Assim, outra questão crucial que acreditamos refletir diretamente na qualidade dos serviços e na falha de interação entre os profissionais do CAPSi da Educação municipal de Sousa, diz respeito ao efetivo profissional, considerando insuficiente para a realização e continuidade eficiente dos tratamentos em saúde mental e da inclusão educacional, como pôde ser observado nos relatos de funcionários do CAPSi, citado anteriormente.

Também a insuficiência de pessoal na educação é reclamada como um fator para a não efetivação das políticas de inclusão de doentes mentais. Sobre isso vejamos o relato citado por Medeiros (2018, p.67),

A equipe [de educação] é super reduzida. Infelizmente são muitas crianças para a gente acolher, até porque a gente não atende só a criança com laudo, e acaba que a gente não consegue fazer o trabalho como deveria atender as demandas naquela hora que elas estão necessitando, por que a equipe é reduzida. Há a batalha por um fonoaudiólogo, que é uma coisa que a gente está vendo muito desde o ano passado que há um grande número de crianças com atraso de fala, a gente vem batalhando por uma psicopedagoga, por diversos fatores. O ideal seria mais um psicólogo, mais um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo, um psicopedagogo. (Medeiros, 2018, p. 67)

Como podemos observar, de acordo com os relatos citados por Silva (2017) e Medeiros (2018), o quadro reduzido de profissionais que deveriam integrar as equipes multiprofissionais impactam diretamente no tratamento das crianças e adolescentes, não sendo possível a partir dos estudos analisados conhecer os danos que podem ser ocasionados ao desenvolvimento social dos usuários daqueles serviços de saúde e educação. Também não é possível entender os rebatimentos para a eficácia dos tratamentos oferecidos por esses serviços de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes.

Chama à atenção, nos dois estudos em foco, a indiferença da família no que se refere a frequência do acompanhamento dos seus parentes crianças e adolescente aos serviços de saúde mental do CAPSi e no que diz respeito aos serviços de educação nas escolas municipais de Sousa

De acordo com Silva, citando um dos seus colaboradores, no CAPSi,

o abandono mesmo não é do paciente. É da família, né? como aqui é o infantil, os pacientes vêm com os responsáveis e ai a gente tem os contratos terapêuticos que os responsáveis assinam na hora da triagem, que tem dizendo que se tiver três faltas consecutivas sem justificativa o atendimento será suspenso. E aí acontece muito isso, passam um, dois meses sem vir, aí depois aparecem, eles vêm, depois não vem mais. E aí tem alguns casos que fica difícil dos pais trazerem... tivemos um caso de um autista que era maior do que os pais, meio gordinho, obeso ele, aí ficava muito difícil pros pais trazerem ele (Silva, 2017, p. 68).

Na educação, segundo se depreende da citação abaixo, o papel da família e acompanhar, conforme afirmou uma colaboradora citada por Medeiros,

eu acho que a família é imprescindível nesses casos, porque quando a gente detecta que a criança tem algum distúrbio a gente já começa a observar a criança com outro olhar, um olhar mais técnico apesar de não ter a equipe na escola, a partir disso a gente chama a família para poder conversar e confrontar os dados que a gente tem encontrado na escola e o que a gente vai colher da família. A partir de então a gente solicita, conversa com o responsável para poder encaminhar essa criança ao CAPs, muitas vezes a família ela não aceita que aquela criança tenha algum distúrbio ou pela forma de achar que a sociedade vai olhar ela de [vistas atravessa das], ou também muitas vezes por achar que aquela criança é um

“fardo” na família, ela é um problema, mas a gente tenta de toda forma conversar ou apaziguar para que essa criança seja encaminhada ao CAPs. A gente faz um relatório diante do que a gente viu na escola, acrescenta os dados que a gente colheu da família e a gente mesmo faz o encaminhamento, muitas vezes a gente tem o resultado positivo, a família leva e é feito todo um acompanhamento, porque tem criança que necessita de um medicamento, necessita de um tratamento TO, de um tratamento psicológico e a escola não oferece, ela já tem esse acompanhamento mais especializado no CAPs. Tenta-se passar para os professores que tem que ter um olhar sensível para essas crianças porque muitas delas, elas encontram aqui o que elas não tem em casa, e essas crianças elas são extremamente necessárias de amor e de carinho, é impressionante, então assim, a gente tenta orientar todo corpo da escola com relação a isso e uma coisa que eu sempre vivo batendo, a demanda dessas crianças especiais ela está aumentando cada dia mais, e temos que estar preparados para isso. Não são eles que tem que estar preparados somos nós escola, família temos que estar preparados para recebê-los (Medeiros, 2018, p. 64).

As experiências de profissionais dos CAPSi e da Educação no Município de Sousa, revelam, antes de tudo, que apesar das dificuldades enfrentadas internamente e na interação entre as duas equipes e entre essas e as famílias e usuários dos serviços, a implantação do CAPSi pode ser muito benéfica aos usuários daquele serviço de saúde mental, alcançando uma população infanto-juvenil de doentes mentais e/ou sujeitos com déficits de aprendizagem até então desassistida pelo Estado.

Assim, se lermos com atenção cada linha expressa por profissionais e usuários documentadas nos estudos monográficos aqui citados, poderemos perceber que os dramas, desafios e conquistas em saúde mental se assemelham e se reproduzem ao longo do tempo, tendo em vista que, esses trabalhos foram produzidos em tempos diferentes, com objetivos distintos e por pesquisadoras com visão as mais variadas, ainda assim, foi possível detectar a mesma linha de problemáticas em todos os trabalhos que englobam o sucateamento das instituições, o pouco efetivo profissional, a ausência de formação continuada, a inexistência de trabalho em equipe e planejamento contínuo, o que acarreta diversos problemas que rebatem diretamente na vida dos usuários e suas famílias, que ainda precisam enfrentar, mazelas como a pobreza, a dificuldade de locomoção, e a culpabilização pelo provável

insucesso do tratamento, que como vimos tem grandes chances de não surtir o efeito esperado, que é a cura da enfermidade mental ou a melhora do quadro psicológico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de escrever este trabalho veio a partir da necessidade de entender as políticas de saúde mental brasileiras, implementadas a partir da Reforma Psiquiátrica por meio da Lei 10.216/2001. Compreendendo que os homens e mulheres nomeados como doentes mentais, apesar de suas limitações, podem e devem conviver em sociedade, recorremos a história para entender os motivos de diversos estigmas atribuídos a figura dos loucos[as] ao longo do tempo. Tal análise nos impactaram especialmente por termos observado na documentação examinada (leis, decretos, livros, artigos, trabalhos monográficos, dissertações, teses, sites de notícias, entre outros) que após séculos de sucessivos avanços científicos e tecnológicos em todos os campos de saberes, praticamente as mesmas concepções arcaicas continuam a se difundir no meio social, reproduzindo práticas desumanas e preconceituosas para com tais sujeitos.

Nosso trabalho também aborda a realidade vigente encontrada no dia a dia das instituições de Atenção à Saúde Mental, especialmente nos CAPSad CAPSi da cidade de Sousa-PB, que confirmam a importância da continuação e intensificação do debate sobre a Reforma Psiquiátrica. Numa perspectiva mais ampla, o trabalho aborda a partir do viés histórico a criação dos CAPSs no Brasil, como parte da política de reinserção social dos doentes mentais longamente internados em hospitais psiquiátricos e possibilita refletir acerca da importância desses centros em cidades que, à exemplo de Sousa, não dispunham de nenhum serviço de saúde mental e/ou instituição de caráter psiquiátrico.

Destacamos ainda a imprescindibilidade destas unidades de saúde que, como podemos comprovar a partir dos relatos a cima retratados possuem grande impacto na qualidade de vida dos usuários e seus familiares, a pesar de confirmados o desafios que o sistema de saúde encontra para a efetivação de um serviço de qualidade e eficiente para o tratamento dos[as] pessoas que utilizam esse equipamento de saúde, entre os quais evidenciamos, número insuficiente de profissionais atuando nas unidades, a ausência de qualificação

profissional e formação continuada, além da inexistência de integração entre as equipes de trabalhadores.

Concluimos esse trabalho reafirmando a importância do amplo debate sobre a saúde mental, a pessoa com transtorno mental, e a Lei 10.216/2001, que da validade aos direitos destes seres humanos que foram expropriados de sua cidadania no decorrer de séculos, avaliados a partir de sua capacidade para o trabalho e reprodução social, e desconsiderados enquanto indivíduos portadores de diversas habilidades, (cada um de acordo com sua ontologia), é necessário que retomemos o barulho, a gritaria para colocar em evidência os direitos da pessoa com transtorno mental como, ser individual com potências e incapacidades como todos nós!

REFERÊNCIAS

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

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

BATISTA, Carlos Iago. **REFORMA PSQUIÁTRICA: desafios e possibilidades para a implementação de políticas públicas voltadas para o tratamento da saúde mental na cidade de Sousa - PB**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. Centro de Ciências Jurídicas e Sociais-CCJS. Unidade Acadêmica de Direito/Serviço Social. Curso de Bacharelado em Serviço Social, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html acesso: 19/11/2020.

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

BRASIL. **PORTARIA Nº 130**, DE 26 DE JANEIRO DE 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em 20/11/2020.

BRITO, Fátima Saionara Leandro. **Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande-PB**. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

FERNANDES, Hellita do Nascimento. **A Efetivação da Política de Saúde Mental na Cidade de Sousa-PB a partir do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS/AD**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. Centro de Ciências Jurídicas e Sociais-CCJS. Unidade Acadêmica de Direito/Serviço Social. Curso de Bacharelado em Serviço Social, 2019.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6ª. Ed. Trad.: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1999 [1972].

GALDINI, Ana Maria. ODA, Raimundo. DALGALARRONDO, Paulo. **O Início da Assistência aos Alienados no Brasil ou Importância e Necessidade de Estudar a História da Psiquiatria**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., VII, 1, 128-141. 2004

GODOY, Arilda Shimidt. Pesquisa qualitativa: Tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas. v. 35, n.3, p, 20-29 Mai./Jun. São Paulo, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>

GOFFMAN, Erveng. **Manicômios Prisões e Conventos**. Editora Perspectiva 1961.

GOMES, Anna Luiza Castro. **A reforma psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa, PB**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13806>. Acesso em 03/11/2020.

GUEDES, Iohany Daniely Alves de Paula. **Limites e Possibilidades para reinserção social dos usuários do CAPSad de Sousa-PB a partir do modelo Assistencial de Saúde Mental proposto pela Lei 10.2016/2001**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. Centro de Ciências Jurídicas e Sociais-CCJS. Unidade Acadêmica de Direito/Serviço Social. Curso de Bacharelado em Serviço Social, 2018.

JUNQUEIRA, Helmara Giccelli Formiga Wanderley. **Doidos[as] e doutores: a medicalização da loucura na Província/Estado da Parahyba do Norte 1830-1930**. Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira. – 2016.

MEDEIROS, Kamilla Gomes. **Educação Inclusiva para Pessoas com Transtornos em Escolas da Rede Pública de Educação na Cidade de Sousa-PB**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. Centro de Ciências Jurídicas e Sociais-CCJS. Unidade Acadêmica de Direito/Serviço Social. Curso de Bacharelado em Serviço Social, 2018.

MOREIRA, J. **Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil**. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, v. I, n. 1, 1905.

NETO, Rodrigo Antônio Brandão. Intoxicação por Arsênico. **Medicina net**. <https://www.medicinanet.com.br/> acesso 10/08/2020

NÓBREGA, Edna Maria. **Uma Cidade muitas tramas: a cidade da Parahyba e seus encontros com a modernidade (1880-1920)**. Recife: UFPE, 2001.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist**.

cienc. saude-Manguinhos [online]. 2014, vol.21, n.1, pp.15-36. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 20/10/2020.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência Executiva de Atenção a Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental-SES/PB. **Relatório de Monitoramento dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Paraíba em 2018.2**. João Pessoa 2020.

RIBEIRO, Sérgio Luiz A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2004, 24 (3), 92-99. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>. Acesso em 22/11/2020.

SCHWARCZ, L. **O espetáculo das raças**. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil. 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

SILVA, Antonio João Hocayen da. **Metodologia de Pesquisa: conceitos Gerais**. Paraná: Unicentro. S/D. e-book. Disponível em: <http://repositorio.unicentro.br:8080/jspui/bitstream/123456789/841/1/Metodologia-da-pesquisacient%c3%adfica-conceitos-gerais.pdf>

SILVA, Giselli Lucy Souza. **A Doença Mental E A Reforma Psiquiátrica representadas por profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL, João Pessoa, 2014.

SILVA, Segislane Moésia Pereira. **SAÚDE MENTAL INFANTIL E INTERDISCIPLINARIDADE: Percepções a partir do trabalho em equipe no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil João Paulo II em Sousa-PB**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. Centro de Ciências Jurídicas e Sociais-CCJS. Curso de Bacharelado em Serviço Social, 2017.

SOARES, Ilka de Araújo. **Institucionalização da Loucura: um recorte histórico sobre o município de Barbacena/MG**. Programa Nacional de Apoio à pesquisa-Minc 2006.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate** [online]. 2016, vol.40, n.108, pp.204-218. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000100204&script=sci_abstract&tlng=pt

