



Universidade Federal
de Campina Grande

**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**

CARLOS IAGO BATISTA

**REFORMA PSIQUIÁTRICA: desafios e possibilidades para a implementação de
políticas públicas voltadas para o tratamento da saúde mental na cidade de
Sousa - PB.**

SOUSA-PB

2018

CARLOS IAGO BATISTA

REFORMA PSIQUIÁTRICA: desafios e possibilidades para a implementação de políticas públicas voltadas para o tratamento da saúde mental na cidade de Sousa - PB.

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

2018

CARLOS IAGO BATISTA

REFORMA PSIQUIÁTRICA: desafios e possibilidades para a implementação de políticas públicas voltadas para o tratamento da saúde mental na cidade de Sousa - PB.

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 Profª Drª. Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª. Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira
ORIENTADORA

Assistente Social – Me. Marianna Andrade Tomaz
EXAMINADORA

Profª Me. Juliana e Silva de Oliveira
EXAMINADORA

Dedico esse trabalho para minha família por sempre me apoiar em tudo, em especial para minha mãe, incentivadora fiel dos meus estudos, que hoje faz morada no céu, mas que de lá, ainda sinto seu cuidado, seu amor, sua força e sabedoria me guiando por onde vou.

AGRADECIMENTOS

De início, agradeço a Deus pela vida.

Ao meu pai Francisco e a minha irmã Carla, agradeço o amor e apoio, que nos meus anos de vida estavam lá, como degraus que me ajudaram a estar sempre caminhando para cima, e que nas horas difíceis me fortaleceram e mostraram o quanto sou capaz de lutar por tudo, desde que estejam comigo. Minhas avós Francinete e Expedita que mostraram o quanto é bom ser neto delas.

A minha mãe que sempre buscou me oferecer o melhor e sempre se esforçou para ser a melhor mãe, e hoje eu posso afirmar que sim, foi e sempre será a melhor mãe do mundo.

Minha sobrinha Ana Júlia, por sempre ser o meu alívio emocional, que nos momentos em que sobrecarreguei, estava lá com sua inocência e pureza, não vou esquecer suas danças também, mas que acima de tudo, me desenvolveu o amor mais lindo.

Agradeço a minha namorada Cibelle por estar sempre comigo, me dando afagos e mostrando o quanto é bom ser amado.

Aos meus amigos e companheiros de jornada acadêmica, Bia, Simone, Nubia, Katianne, Germano, Junior e Lorena que fizeram minhas manhãs mais alegres e que nos períodos de correria, estava lá correndo junto comigo. Sofremos muito, diga-se de passagem, mas a diversão veio em dobro, principalmente nos eventos acadêmicos, nas viagens. A parte mais linda da universidade. Carregarei sempre comigo nossas lembranças memoráveis e digo-vos, contem sempre comigo.

Agradeço minha orientadora Helmara por seu empenho e dedicação em me ajudar a desenvolver esse trabalho e por mostrar uma didática incrível aliada ao seu bom humor. Digo-lhe que a escolha do tema, deu-se principalmente pela grande chance de tê-la como orientadora.

Ao meu campo de estágio, por ser a melhor aprendizagem que um aluno pode ter. Quem diria que no meio daquela pilha enorme de cadastros, eu teria tanto a aprender e daria tantas risadas, por isso agradeço minha supervisora de estágio Marianna por seu profissionalismo, dedicação e bom humor, a Tico também pela aprendizagem e conversas e a nutricionista Simone que infelizmente chegou no final do período de estágio, mas que nos trouxe alegria e me ensinou a falar pró-inflamatório.

Aos meus professores, deixo meus agradecimentos pelo empenho em nos tornar profissionais críticos e capazes de lidar com as demandas que forem surgindo no exercício da profissão.

Agradeço aos profissionais dos CAPS em dedicarem um pouco de seu tempo corrido para me passar informações tão valiosas e contribuírem grandemente para a construção deste trabalho.

A loucura é qualquer coisa que existe em todos nós, é mais um receio que uma realidade. No fundo, o que é enlouquecer? É sair de uma determinada norma, não é? É preciso muita coragem para se ser realmente louco.

Antônio Lobo Antunes

RESUMO

O presente trabalho analisa a Reforma Psiquiátrica elencando alguns desafios e possibilidades para a implementação de políticas públicas voltadas para o tratamento da saúde mental na cidade de Sousa-PB. A partir das mudanças trazidas pela reforma psiquiátrica, o trabalho também objetiva compreender as permanências e rupturas promovidas pela reforma antimanicomial de 2001, em relação ao modelo manicomial, bem como analisar o tratamento oferecido, a partir desse movimento, aos nomeados “doentes mentais”. Utilizando o método crítico dialético de Marx, a pesquisa tem caráter qualitativo e teve como principal fonte de pesquisa os relatos orais em forma de entrevistas semiestruturadas com profissionais das áreas da Psicologia, Psiquiatria e Assistência Social das unidades do CAPS infantil e CAPS III. O referencial teórico consiste em grande parte de autores como AMARANTE (1995) e (1996); CAPONI (2000) e (2012); FOUCAULT (2012); JUNQUEIRA (2016); MOURA (2011), dentre outros autores que possibilitaram e enriqueceram este escrito. O trabalho vem ampliar os conhecimentos sobre a realidade dos doentes mentais da cidade de Sousa-PB, bem como dos profissionais e população de interesse. Finalmente, o trabalho mostra que, apesar dos avanços propostos pela Lei 10.216/2001, a atual conjuntura é de degradação de direitos, um retrocesso no movimento de luta antimanicomial iniciada nos anos 1970. Em Sousa entende-se que há uma busca dos profissionais em saúde mental e áreas afins por humanizar o serviço de atendimento nos CAPS. Ademais, verificou-se a falta de empenho da atual gestão municipal em efetivar as políticas públicas, em prejuízo dos profissionais e usuários desse serviço que travam lutas diárias para garantir a que a inclusão social se efetiva.

PALAVRAS CHAVES: Reforma Psiquiátrica; Luta antimanicomial; Humanização no atendimento.

ABSTRACT

The present study analyzes the Psychiatric Reform listing some challenges and possibilities for the implementation of public policies aimed at the treatment of mental health in the city of Sousa-PB. From the changes brought about by the psychiatric reform, the work also aims to understand the permanences and ruptures promoted by the antimanicomial reform of 2001, in relation to the asylum model, as well as to analyze the treatment offered, from this movement, to the so-called "mentally ill." Using Marx's critical dialectic method, the research has a qualitative character and its main source of research was the oral reports in the form of semi-structured interviews with professionals from the Psychology, Psychiatry and Social Assistance areas of the children's CAPS and CAPS III units. The theoretical framework consists largely of authors such as AMARANTE (1995) and (1996); CAPONI (2000) and (2012); FOUCAULT (2012); JUNQUEIRA (2016); MOURA (2011), among other authors that enabled and enriched this writing. The work will expand the knowledge about the reality of the mentally ill in the city of Sousa-PB, as well as the professionals and population of interest. Finally, the work shows that, despite the advances proposed by Law 10.216 / 2001, the current situation is one of degradation of rights, a setback in the movement of anti-asylum struggle begun in the 1970s. In Sousa it is understood that there is a search of the professionals in mental health and related areas for humanizing the care service in the CAPS. In addition, it was verified the lack of commitment of the current municipal management in effecting the public policies, to the detriment of the professionals and users of this service that fight daily struggles to guarantee that the social inclusion becomes effective.

KEYWORDS: Psychiatric Reform; Anti-asylum fight; Humanization in care.

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

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. MANICÔMIOS: análise sócio histórica das instituições exclusivas para loucos[as].....	15
1.1 ANÁLISE HISTÓRICA DO SUJEITO LOUCO.....	15
1.2 HISTÓRICO DOS MANICÔMIOS: do mundo para o Brasil	19
1.3 OS MANICOMIOS NO ESTADO DA PARAÍBA.....	25
2. FHECHE-SE OS MANICÔMIOS! A REFORMA PSIQUIÁTRICA DE CARÁTER ANTIMANICOMIAL	31
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA E SUAS DIRETRIZES PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA MUNDIAL.....	35
2.2 TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL.....	37
2.2.1 CRIAÇÃO E AMPLIAÇÃO DOS CAPS NO BRASIL.....	42
2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA PARAÍBA.....	45
3. A CAPSCIZAÇÃO NA CIDADE DE SOUSA-PB: desafios e possibilidades para a efetivação das políticas públicas para o tratamento da saúde mental.....	48
3.1 PESQUISA: TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	50
3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SOUSA: a capcização da doença mental....	52
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
5. REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	

INTRODUÇÃO

A considerada alienação mental, desde a origem das primeiras sociedades humanas é vista com muito preconceito, sendo estigmatizada e rotulada ora como uma doença contagiosa, ora como prática demoníaca, de modo que os sujeitos nomeados como loucos [as] eram considerados perigosos e inúteis. Sendo escorraçados das casas familiares, das ruas e cidades, trancafiados em prisões, excluídos do convívio com o restante da sociedade.

Esse trabalho historiciza o tratamento dado às pessoas com transtornos mentais, bem como, busca os reflexos dessas práticas na atual conjuntura, sem pretender ser exaustivo. Observando as políticas do Estado brasileiro frente a uma ideologia neoliberal regada de limitações e contradições, mas destacando os avanços já conquistados para a saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica de 2001, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, o trabalho mostra-se de grande relevância para aprofundar os debates acadêmicos acerca dos limites e possibilidades da reforma psiquiátrica na cidade de Sousa - PB.

Dito isto, observa-se que, no meio acadêmico existe uma grande quantidade de pesquisas sobre a temática desse estudo, destacando-se as pesquisas realizadas por profissionais das áreas de saúde e historiadores. Entretanto, acaba sendo pouco estudada pelos acadêmicos das ciências sociais e jurídicas, os estudos sobre a doença mental, os tratamentos, a medicalização, os direitos dos sujeitos com transtornos mentais. Consoante o exposto, entende-se que a pesquisa proposta revela sua importância para o Serviço Social e para as demais áreas, pois além de agregar conhecimento, como a contextualização sócio-histórica e realizar uma reflexão crítica acerca do assunto, contribuirá para mudar o lugar sociocultural dos sujeitos que sofrem de algum transtorno mental. A partir desse estudo os profissionais que atuam na área da saúde mental, bem como, interessados no assunto, terão um material científico para auxiliar na compreensão sobre o tema.

Apesar da grande dizibilidade em torno da doença mental, dos tipos de tratamentos, da desmanicomialização e da capsização (processo de criação das unidades dos Centros de Atendimento Psicossocial), há muitas dificuldades em realizar trabalhos sobre esse tema, tais como: desinteresse social, falta de dados numéricos, dificuldade de acesso às instituições e cessão de documentos. Há muitas controvérsias acerca de ser a Reforma Psiquiátrica de 2001 uma questão

consolidada social e politicamente no Brasil. Enfim, desafios são postos quando se trata de analisar as questões de saúde mental, isto porque são postas barreiras que dificultam o acesso à informação, tornando difícil a pesquisa, o que contribui para que a questão seja, muitas vezes, silenciada.

O tema, ainda pouco discutido no âmbito do CCJS/UFCG, agrega grande valor social e acadêmico, uma vez que se observa o aumento dos casos de doenças mentais provocados por fatores sociais, tais como, o urbanismo, o academicismo, o desemprego, dentre outros. Apesar disso, muitos são os casos de pessoas com transtornos mentais que se escondem por falta de conhecimento ou por vergonha. Tais fatores decorrem, especialmente, pela falta de discussões na sociedade, diz-se, pela falta de debates públicos sobre a questão.

O projeto tem o potencial de ampliar os conhecimentos, analisando todo um referencial teórico que já se encontra em bibliotecas físicas e virtuais, tais como Paulo Amarante em seus escritos *Loucos pela Vida* (1995), no qual aborda boa parte da trajetória manicomial do mundo, Helmara Junqueira e sua tese de doutorado intitulada *Doidos[as] e doutores: a medicalização da loucura na Província/Estado da Parahyba do Norte 1830-1930* (2016), trazendo a realidade da Paraíba no século passado. Sandra Caponi com a obra *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica* (2000) que discute a temática sobre o conceito de medicalizar para controlar o sujeito, e assim, difundindo esses conhecimentos, realizando análises e debates entre alguns autores, criando uma nova visão da temática, ampliando não apenas o conhecimento discente, mas agregando valor para a instituição que terá uma carga teórica para análises futuras.

O interesse pela temática surgiu da inquietação para aprofundar os conhecimentos voltados para a área da saúde mental, após cursar a disciplina de mesmo nome, a qual viabilizou informações e conhecimentos acerca do problema, criando um mundo de interesses voltado para a saúde mental, despertando não apenas o interesse em conhecer o passado manicomial, mas para tentar compreender como se estabelece o desenvolvimento das políticas públicas voltadas para a inserção dos sujeitos com transtornos mentais na sociedade, assim como para o aprimoramento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O trabalho tem como objetivo principal analisar e identificar a implementação das políticas públicas voltadas para a área da saúde mental, na cidade de Sousa-PB, na conjuntura de degradação de direitos imposta pelo aprofundamento da

ideologia neoliberal; seguindo-se a esta feita deseja-se conhecer algumas rupturas e permanências decorrentes do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada em 2001, notadamente, nos CAPS da cidade de Sousa-PB, elencando os desafios e as possibilidades desse processo. Para tal construção, utiliza-se pesquisa de cunho qualitativa exploratória sustentada no método crítico dialético de Marx.

A problemática desse trabalho pode ser resumida nos seguintes termos: quais as permanências e rupturas provocadas pela reforma antimanicomial de 2001, na cidade de Sousa-PB? Com a Reforma psiquiátrica promovida pela Lei 10.216, se observa mudanças no tratamento dos sujeitos nomeados como “doentes mentais”, pela população da cidade de Sousa-PB? Essas questões, e outras que surgiram ao longo da pesquisa, delinearão o estudo que foi estruturado em três capítulos, postos ordem cronológica.

O primeiro capítulo com o título “MANICÔMIOS: análise sócio histórica das instituições exclusivas para loucos [as]”, aborda a história das instituições manicomiais no mundo, a partir das práticas de enclausuramento dos loucos nas instituições totais. Antes, entretanto, faz uma breve análise do sujeito louco nas diversas sociedades.

O segundo capítulo intitulado “FECHE-SE OS MANICÔMIOS! A Reforma Psiquiátrica de caráter antimanicomial” descreve o processo de reforma psiquiátrica trazendo as lutas italianas e sua influência para o movimento antimanicomial brasileiro, bem como analisa o processo de criação e ampliação dos CAPS. Nesse capítulo também foi analisado o processo de Reforma Psiquiátrica na Paraíba.

O terceiro capítulo nomeado de “A CAPSCIZAÇÃO NA CIDADE DE SOUSA-PB: Desafios e possibilidades para a efetivação das políticas públicas para o tratamento da saúde mental” analisa a partir dos relatos orais dos profissionais que atuam em unidades dos CAPS da cidade de Sousa-PB, os avanços, permanências e retrocessos ocorridos no campo da saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica de 2001.

Conclui-se que a reforma nunca deve parar, sendo um processo contínuo, entretanto, está estagnado a partir da falta de interesse dos gestores em efetivar as políticas de saúde mental e que o município encontra-se em um descaso político.

1. MANICÔMIOS: análise sócio histórica das instituições exclusivas para loucos [as]”

1.1 ANÁLISE HISTÓRICA DO SUJEITO LOUCO

A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, o louco habitou o imaginário popular de diversas formas. De motivo de chacota e escárnio a possuído pelo demônio, até marginalizado por não se enquadrar nos preceitos morais vigentes, o louco é um enigma que ameaça os saberes constituídos sobre o homem.

A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental
Ana Amstalden
Eduardo Passos

A existência de pessoas com transtornos mentais remete a própria origem da humanidade, todavia, ao longo do tempo o significado atribuído aos loucos[as], “sem juízo”, desassisados, lunáticos, vesânicos, alienados e, finalmente, doente mental mudou significativamente. Desse modo, enquanto em algumas sociedades [e épocas] os mesmos eram vistos positivamente como adivinhos, anjos enviados por Deus, inocentes como crianças, para outras os mesmos eram considerados sob o ponto de vista negativo como amaldiçoados, endemoniados, perigosos¹. Nesse sentido, ao serem identificadas pelo senso comum como loucos[as], tais sujeitos se tornaram vítimas de preconceito, o que se perpetua até os dias atuais.

Durante muito tempo as representações sociais acerca dos doentes mentais traziam a visão de que essas pessoas eram perigosas para a sociedade, com isso, o melhor a se fazer era escondê-las do restante da população, aprisionando-as em instituições totais² e, inclusive nos quartos escondidos das casas dos familiares.

¹ Algumas passagens na Bíblia sagrada sugerem que o louco era endemoniado, tais como Mateus 8:28-34; Marcos 5:1-20 e Lucas 8:26-39, no qual os colocavam como pessoas que não eram detentoras de si, não sabiam o que faziam, vagavam pelas terras gritando e cortando-se com pedras.

² Goffman (1987, p.11) define a instituição total “como um local de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período considerável de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.As instituições totais podem ser enumeradas em cinco categorias: a) as criadas para cuidar de pessoas que são consideradas incapazes e inofensivas, tais como as casas de cegos, asilos para idosos, órfãos e indigentes; b) locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça não intencional para a comunidade, como sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários; c) as criadas para proteger a comunidade contra ameaças e perigos intencionais, sem se importar muito com o bem-estar das pessoas segregadas, onde se inserem as cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra e campos de concentração; d) as erigidas com a intenção de realizar de um modo mais adequado alguma tarefa instrumental, tais como: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias; e) os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, que também podem servir como locais de

Nesse sentido, o ato de colocá-los em lugares isolados, tinha a dupla função de, por um lado esconder da sociedade dita “normal” os parentes considerados degenerados³, e por outro, evitar que a doença que havia nessas pessoas não se alastrasse para aquelas consideradas saudáveis. Enfim,

As instituições para loucos, no decorrer da história, receberam diversas denominações tais como hospícios, asilos, manicômios, hospitais psiquiátricos; mas independente do nome como eram conhecidas, todas elas tinham a mesma finalidade: esconder o que não se desejava ser visto⁴.

A prática de asilamento, iniciada na idade média, ocorreu devido ao alastramento da lepra⁵, doença desconhecida na época e, portanto, sem tratamento e/ou perspectiva de cura. De acordo com Fani Farias de Souza, (2009), os suspeitos de estarem infectados eram indiciados e sofriam vários tipos de testes, que devido aos pouco conhecimento acerca da doença não eram precisos, ainda assim, quase sempre os suspeitos tinham o diagnóstico da doença confirmado. O suspeito até poderiam recorrer diante dos resultados, todavia, a exclusão ocorria e as chances de refazer os testes eram quase nulas. Os diagnosticados com a doença eram banidos da cidade e colocados em instituições totais, com caráter de lugares de banimento social.

As instituições específicas para o tratamento dos leprosos nasceram em um contexto de crescimento das hostilidades para com estes doentes e em meio a convicção de que eles deveriam ser separados do convívio social. Esses estabelecimentos teriam atingido a seu apogeu no final do século XI e início do século XII e o seu declínio no final do século XIII (SOUZA, 2009).

instrução para religiosos, tais como: abadias, mosteiros, conventos e outros claustros (GOFFMAN, 1987 apud BENELLI, 2014, p. 23)

³ Sandra Caponi em *Loucos e Degenerados* traz o conceito de Morel sobre degeneração, no qual expõe que “os processos de degeneração só podem ser o resultado de influências mórbidas, de ordem física ou moral, que sempre respondem a certas características específicas”, expondo que a causa geral da degeneração é a transmissão hereditária (CAPONI, 2012).

⁴ Disponível em <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/os-primeiros-hospitais-psiquiatricos/32104>. Acessado em 28 de Setembro de 2017.

⁵ Acredita-se que a lepra havia sido introduzida na Europa Ocidental através das Cruzadas, devido ao contato com o leste onde a doença tinha caráter endêmico. Porém, este pensamento tem sido contestado pelos estudos mais recentes, na medida em que existem evidências da presença dos leprosos na Europa Ocidental antes das Cruzadas (SOUZA, 2009).

Foucault destaca que sobre esse modo de internação, a doença saiu do corpo clínico e se juntou a loucura, como forma de banir os que eram considerados desajustes sociais (2012).

Assim, os caminhos das diferentes formas de exclusão social já estavam trilhados antes mesmo da loucura se tornar alvo dos olhares disciplinadores dos senhores do saber (médicos, higienistas, juristas, policiais, etc.), o que se relata e se destaca é o fato de que para a exclusão dos indesejáveis, entre eles os homens e mulheres considerados como loucos [as] foram usados os antigos leprosários.

De acordo com Foucault, a exclusão dos loucos [as] teve seu surgimento no período na Renascença, sendo marcada pela prática de banimento social através das famosas embarcações conhecidas como “Nau dos Loucos”⁶. Segundo Michel Foucault, tratava-se de barcos que navegavam ao longo dos rios e mares transportando os excluídos sociais, notadamente os loucos [as]. Segundo os relatos da época, a “carga” insana era jogada fora dos muros das cidades, em lugares distantes o suficiente para não retornarem. Essa prática perpetuou-se por muitos anos, de modo que os loucos [as] permaneceram vagando até serem jogados nos antigos leprosários.

Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a Passagem absoluta. Num certo sentido, ela não faz mais que desenvolver, ao longo de uma geografia semi-real, semiimaginária, a situação liminar do louco no horizonte das preocupações do homem medieval — situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser fechado às portas da cidade: sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem. Ele é colocado no interior do exterior, e inversamente. Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida a sua até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência. (GONÇALVES, 2014).

Enfim, a loucura passou a ser considerada ameaça aos padrões da sociedade por caracterizar-se pela ruptura com os valores estabelecidos como virtuosos.

⁶ A nau dos loucos é uma obra do pintor holandês Jerônimo Bosch datada entre 1.400 e 1.500. Nessa obra é retratada uma pequena embarcação lotada de sujeitos, tendo o intuito de criticar as diferentes formas e costumes da época em sua separação por grupos sociais, “baseada no poema satírico de Sebastian Brandt: uma embarcação capturada pelos seus insanos e absortos passageiros, destinados inexoravelmente para o paraíso dos loucos” (MAXWELL, 2015).

Assim, por enxergar a vida de outra maneira, tais sujeitos, julgados como loucos, passaram a ser vítimas de práticas de banimentos, condenados a viverem nas “passagens” das cidades, ruas e caminhos, o que significa o eterno vagar (FOUCAULT, 1978).

De acordo com Foucault, na época moderna, o hospital até então concebido para ser espaço filantropia em sua forma de caridade, assumiu um caráter também sociopolítico, tornando também um espaço de banimento, uma vez que neles foram “enclausurados” todos os tipos de indesejáveis sociais, conforme se observa no decreto de fundação do Hospital Geral da França. Segundo o referido documento, o Hospital Geral destinava-se aos “pobres de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (FOUCAULT, 1978 apud AMARANTE, 2005).

No século XVIII, a condição do louco muda e o mesmo passa a ser considerado como um doente mental, um sujeito que precisava ser tratado e passível de ser curado. Nesse momento surgiram os primeiros manicômios, que segundo o médico Phillipe Pinel, seria um lugar de observação e cura para a doença mental.

A hospitalização dos pacientes também permitiu a observação, descrição, comparação e classificação dos casos de alienação mental. Para Pinel, as regras do hospital faziam por si só uma instituição terapêutica. Foi este pensamento que embasou o surgimento do tratamento moral: os horários, o regimento, as regras de conduta, toda a “soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e as ilusões e chamar a consciência à realidade” (AMARANTE, 2007 apud BONOMI, 2014).

Essa hospitalização, que a princípio foi louvada como um gesto de “desacorrentar os loucos”, a grosso modo, se caracterizou na realidade, como uma prática de sequestro/banimento, uma vez que caracteriza-se pela privação da liberdade do sujeito considerado doente mental, devendo o mesmo permanecer separado do restante da sociedade, recebendo tratamento disciplinar/moral que acabavam por se tornarem desumanos.

Como se pode observar, nas diversas sociedades, a forma como a doença mental foi tratada sofreu variações de acordo com cada época, cada crença, cada cultura, nesse sentido, faz-se necessário conhecer algumas formas de atuação ou banimento dos sujeitos nomeados como loucos [as]. Observamos que não é objetivo deste estudo emitir juízo de valor acerca das práticas de exclusões desferidas contra os loucos [as] em outras épocas e sociedades. Assim, a seguir será feito um resgate sócio histórico das diferentes formas e entidades de “tratamento” ao louco [a], sendo esse resgate de suma importância para compreender a trajetória manicomial, traçada em meio aos embates ideológicos e políticos ao longo dos anos.

1.2 HISTÓRICO DOS MANICÔMIOS: do mundo para o Brasil.

Os primeiros registros de hospitais psiquiátricos ou manicômios no continente europeu datam do século XIII, sendo o Bethlem Royal Hospital de Londres, fundado em 1247, o primeiro hospital psiquiátrico do mundo. O referido hospital possuía formas de tratamento consideradas desumanas e agressiva. Há registros de que os loucos [as] eram trancafiados em gaiolas para exibição ao público que chegava a pagar ingresso para vê-los. Tal prática incluía o direito de cutucá-los com varas, de modo que o público os tratava como animais, como se estivessem em um zoológico humano, os provocando para verem suas reações, o que era considerado uma forma de entretenimento para os visitantes⁷.

Outros “tratamentos” envolviam dar banhos frios, espancar os pacientes e deixá-los com fome. Confinamento e reclusão eram os principais “auxiliares” para o controle. Os tratamentos eram tão brutais que o hospital chegava a recusar pacientes que pareciam frágeis demais para aguentá-los⁸.

Cumprido observar que os manicômios não eram lugares específicos para pessoas que sofriam de doenças mentais, desse modo, qualquer pessoa que fosse considerada estranha ou uma vergonha para a sociedade era colocada ali, tais eram os casos de prostitutas, homossexuais, epiléticos etc. Tal prática tornou-se ainda

⁷ Sobre isso ver: <http://www.brasil.discovery.uol.com.br/enigma/manicomios-assombrados/bethlem-hospital-o-manicomio-mais-assustador-da-historia>. Acesso em 15/11/2017.

⁸ Idem.

mais recorrente nos século XIX em face da teoria da degeneração de Morel. “O confinamento de indivíduos perigosos ou nocivos para os outros, que, ao contrário dos delinquentes, padecem de uma enfermidade, permite evitar danos à família e à sociedade” (Sandra Caponi, 95, 2012).

Desde a grande internação ocorrida a partir do século XVII, os doentes mentais eram lançados em hospitais gerais com todos os outros doentes de moléstias contagiosas (FOUCAULT, 1972)⁹. De modo mais raso, eram condenados a viverem sobre exclusão da sociedade, misturados com todo tipo de marginalizados sociais. Assim, os doentes mentais eram vistos sob dois pontos de vista negativo, quais sejam: por um lado como doentes incuráveis, por outro, como criminosos. Sendo assim, no século XVII, o realocar dos excluídos se deu como forma de mascarar a falha social e econômica existente na época.

Os manicômios abrigavam além dos doentes mentais também os demais marginalizados da sociedade, que igualmente perturbavam a ordem social, dentre os quais se cita os mendigos, desempregados, criminosos, prostitutas, doentes crônicos, alcoólatras e pessoas sem domicílio. E o enclausuramento coletivo destas pessoas, consideradas incômodas à sociedade, ocorreu no intuito de esconder a miséria que era gerada pela desordem social e econômica da época.¹⁰

Chegado o século XVII, quando ocorre a disseminação dos hospícios pelo mundo, lugar este que abrangia todos os excluídos socialmente, o método permanecia desumano, os tratamentos recebidos pelos internos eram considerados piores que os das prisões.

Eles são mais mal tratados que os criminosos; eu os vi nus, ou vestidos de trapos, estirados no chão, defendidos da umidade do pavimento apenas por um pouco de palha. Eu os vi privados de ar para respirar, de água para matar a sede, e das coisas indispensáveis à vida. Eu os vi entregues às mãos de verdadeiros carcereiros, abandonados à vigilância brutal destes. Eu os vi em ambientes estreitos, sujos, com falta de ar, de luz, acorrentados em

⁹ Acessar o site do Governo Federal onde se encontra uma explanação mais abrangente sobre essa forma de banimento social. Essas informações constam no Programa de Volta Para Casa.

¹⁰ Disponível em <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/os-primeiros-hospitais-psiquiaticos/32104>. Acessado em 28 de Setembro de 2017.

lugares nos quais se hesitaria até em guardar bestas ferozes, que os governos, por luxo e com grandes despesas, mantêm nas capitais¹¹.

Um fator de destaque importante para a época é que a direção de tais instituições estava sob o controle de instituições religiosas. Roberto Machado esclarece que o conceito de hospitalização tinha por finalidade a retirada dos “loucos” das vistas dos senhores da sociedade, com o intuito de “limpar” as cidades, deixando-as de acordo com suas vontades, eliminando os indesejáveis sociais, inclusive destaca, ser uma das exigências do novo modelo capitalista que continha a medicalização fortemente impregnada. Sobre o conceito de medicalização o mesmo autor explica:

Na obra intitulada “Danação da norma: medicina social e a constituição da Psiquiatria no Brasil”, Roberto Machado e outros analisaram, na esteira dos trabalhos de Foucault, o processo de medicalização social instituído no final do século XIX, mostrando que o esquadramento do espaço urbano, com o fim de eliminar suas patologias em atenção às exigências do capitalismo, fez surgir uma nova tecnologia de poder, capaz de tanto conter as populações, quanto torná-las simultaneamente dóceis e produtivas. Segundo Machado et al., o ordenamento da cidade, na perspectiva do senhores do saber, deveria atingir os loucos, retirando-os das paisagens urbanas e isolando-os em lugares apropriados para o processo de recuperação, tão a muitos daqueles passageiros (apud JUNQUEIRA, 2016).

Os sujeitos ali jogados não eram vistos como sujeitos de direito, eram apenas os rejeitados sociais. Foi buscando uma alternativa que se encaixasse aos novos padrões da sociedade capitalista em formação, que os hospitais foram assumindo uma face terapêutica, que visava retirar-los dos “problemas” que os afastava da suposta normalidade social¹².

A ideia de sequestro dos loucos [as] em instituições totais, caracterizada pelo isolamento social e disciplina, foi transmitida ao longo dos anos e o tratamento sobre o transtorno mental foi o mesmo até o século XVIII, quando Philippe Pinel¹³,

¹¹Disponível em <http://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/manicom/manicom8.htm>. Acessado em 17 de Outubro de 2017.

¹² Realizando um breve resgate histórico sobre o asilamento dos sujeitos considerados loucos[as], segundo Foucault, essa ação tem origem na cultura árabe e serviu para manter a ordem dos senhores burgueses (FOUCAULT, 1978).

¹³ Philippe Pinel, Saint André, 20 de abril de 1745 – Paris, 25 de outubro de 1826. É tido como o pai da psiquiatria, sendo de suma importância para o desenvolver do saber em Saúde Mental.

trazendo a ideia dos manicômios, para aquelas pessoas que possuíam apenas transtornos mentais e não mais o trancamento de todos os indivíduos indesejáveis nas instituições totais, que Goffman analisa como instituições de repressão, tendo o caráter modelador, buscando assim, a modificação do sujeito para reinseri-lo na sociedade, porém Pinel entendia que:

O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio deve ser exercida com firmeza, porém com gentileza. Isso denota o caráter essencialmente moral com o qual a loucura passa a ser revestida. (AMSTALDEN; PASSOS, S/D)

Pinel é considerado o primeiro médico a buscar esse tratamento diferenciado para os sujeitos loucos [as]. Tendo sido diretor dos hospitais de Bicêtre e Salpêtrière, Pinel ficou famoso por ter combatido as práticas de exclusão consideradas desumanas, buscando métodos mais modernos para a época e com isso foi um dos percussores na libertação das correntes.

Esse momento marca o início da prática alienista, tendo à sua frente autores como Pinel e Esquirol. O movimento alienista consiste na separação dos doentes mentais do restante dos excluídos, trata-se da medicalização da loucura, trazendo para uma prática terapêutica e clínica¹⁴.

Com o tratamento estabelecido por Pinel, os manicômios foram se instalando ao redor do mundo, as práticas criadas pelo psiquiatra francês foram usadas nesses espaços de segregação, dando um caráter médico para as ações usadas no ambiente manicomial e transformando a loucura em doença, portanto, passível de ser curada. O método pineliano baseia-se na doutrinação para dos internos, e assim, mascara a “loucura” com a ideia de que os sujeitos nomeados como loucos [as] eram moralmente fracos. Com isso, a compreensão do louco [a], como representante de risco social passa a torna alvo dos olhares vigilantes das autoridades médicas, o que marca também o início das disputas entre médicos

¹⁴ Paulo Amarante destaca o poder da literatura de Machado de Assis, em O Alienista 1882, para explicar todo esse processo, exemplificando que “O alienista” tudo nos aproxima da história real de Philippe Pinel e de seu trabalho na construção do alienismo no final do século XVIII” (AMARANTE, 2006). O termo alienismo refere-se ao distúrbio mental que impossibilita o sujeito de agir conforme os conceitos sociais, dificultando o convívio social (AMARANTE, 2006).

alienistas e religiosos pela criação de espaços exclusivos para o doente mental (manicômios) cuja administração deveria estar nas mãos de médicos psiquiátricos.

À medida que o processo de internação manicomial se aprimora, começam a aparecer às falhas do método de Pinel cujo tratamento estava fixado na coerção agressiva, no uso da força, o que acabava fugindo do ideário trazido por Pinel¹⁵. Com tudo, é possível notar um avanço no tratamento, no que se refere à saúde mental.

Como se viu, no decorrer do século XVIII, a loucura ganhou um corpo clínico, passou a ser de tratamento médico, sendo engendrado o uso de medicamentos para o seu combate, seguindo o pensamento de Foucault, “a razão define a loucura como doença mental, medicalizando-a para ocultá-la naquilo que ela tem de mais “perigoso”.

De acordo com Paulo Amarante (1995), Pinel não inseriu os “loucos” de volta na sociedade, promovendo sua liberdade, mas os transformou em uma matéria de estudo, um objeto para o alcance de resultados da ciência. Assim, estabeleceu uma crítica para o incessante desgaste que se torna o tratamento dado as pessoas inseridas nos manicômios e que durou até o século XXI e que talvez se perpetue ainda por muito anos.

No início do século XX presenciavam-se grandes construções de hospitais psiquiátricos. O Direito passa a intervir no campo da saúde mental, regulamenta leis que não atribuem responsabilidades ao louco, declarando-o incapaz de se autogovernar.

Quanto ao tratamento destinado aos loucos, eles acompanham toda essa história. Vão desde rituais e caridades, isolamento e obrigação ao trabalho, regras morais, sacrifícios e castigos ao manicomialismo, práticas físicas, psicológicas e substâncias químicas (BARBOSA; LEAL; et al. 2004, p. 25).

Na segunda metade do século XX inicia-se o movimento de Reforma Psiquiátrica tendo como carro chefe desse movimento os estudos do italiano Franco Basaglia¹⁶ que, visando reinserir na sociedade os indivíduos internados em manicômios, propôs um tratamento mais humanizado.

¹⁵ De acordo com Amarante (1992), nos tratamentos coercitivos estavam incluídos tratamentos de choque, uso da força contra os internos, máquinas giratórias e outros tratamentos agressivos.

¹⁶ Franco Basaglia, tendo como base a experiência da Comunidade Terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones na Escócia, introduziu uma série de transformações naquela instituição e no Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, para onde se transferiu em 1971. Acabou com as medidas institucionais de repressão, criou condições para reuniões entre médicos e pacientes e devolveu ao

Basaglia, em seus estudos, foi além do tratamento humanitário para com os sujeitos doentes, propôs analisar o sujeito em seu cotidiano e quem estava ao seu redor, dando uma atenção psicossocial, mostrando que a loucura deve ser vista como relativa. Sintetizando as análises de Basaglia, o mesmo se posicionava contra as ações médicas que colocavam os sujeitos como objetos, conforme citado acima, realizando críticas ao modelo de intervenção hospitalar que tinha como ação principal o isolamento, uma vez que esses tratamentos se configuravam como excludentes. Não queria extinguir a psiquiatria, mas sim completar com ações que respondessem de forma mais objetivas e completas esse fenômeno.

No Brasil, a loucura que transitava invisível para grande parcela da sociedade, começa a ser esclarecida para a sociedade, não da maneira como deveria, mas segue no desabrochar.

Socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda, indisfarçavelmente notória, e vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum da repressão a desordem, a mendicância, a ociosidade (RESENDE, 2000, apud. BARBOSA; LEAL; et al. 2004, p. 26).

O processo de reforma psiquiátrica iniciou-se na década de 1970, criando instalações que atendessem as demandas comunitárias, conforme o modelo de CAPS existente nos dias atuais no Brasil, no qual será tratado no segundo capítulo deste trabalho. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu esse modelo como referência mundialmente de tratamento psiquiátrico.

No Brasil, no segundo lustro da década de 1970, sobre liderança do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento esse composto por trabalhadores da área da saúde mental, sindicalistas, pessoas que já foram internadas e parentes e muitos outros, encabeçaram a denúncia dos manicômios brasileiros. Suas reivindicações iniciais era a regularização da situação trabalhista, sobre a forma como eram tratados esses sujeitos e a rede particular que utilizava de ações medievais para tratamento. Salienta-se que esse movimento de luta tem como referência o já supracitado, movimento de reforma italiano, de forma

doente mental a dignidade de cidadão. Seu livro "A Instituição Negada" é considerado uma obra-prima da Psiquiatria contemporânea (BRASIL, S/D.)

mais abrangente, as reivindicações se pautavam em acordos salariais, diminuição do número de atendimentos diário, relação entre clientela, instituição e profissionais, modelo medico assistencial, formação de recursos humanos, dentre outros. Esse movimento ganhou força no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, onde se tornou pauta nacional, se juntado com alguns outros movimentos estaduais.

Ao decorrer dos anos, foram realizados congressos importantes para esse movimento de reforma, tais como o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em 1978, no Rio de Janeiro; I Congresso Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental, em 1979, em São Paulo; III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, que teve a presença de Franco Basaglia; Em 1980 ocorreu o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em Salvador, em 1980, dentre outros. A partir dos anos de 1980 surgem as primeiras iniciativas para reorganizar a assistência voltada para a área da saúde mental, tendo como espaço de ações a colônia Juliano Moreira, que tinha mais de 2.000 internos, no Rio de Janeiro. Em 1987 ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM em São Paulo, buscando também extinguir os manicômios.

1.3 OS MANICOMIOS NO ESTADO DA PARAÍBA

A Paraíba também sofria com os tratamentos desumanos, a falta de recursos gerou salas lotadas de internos que ao invés de somar benefícios, agregou mais problemas aos sujeitos "loucos".

Estudando a assistência aos alienados no nosso Estado, podemos dividir a sua história em três períodos – da origem à fundação do Hospício da Cruz do Peixe; do Hospício da Cruz do Peixe até a instalação do hospital Colônia “Juliano Moreira” (1890 – 1928) e da fundação do “Juliano Moreira” aos nossos dias. (FILHO, 1983, p. 147).

Seguindo Essa ordem cronológica, antes de chegar ao asilo da Cruz do Peixe, se faz necessário destacar que Antes do Asilo da Cruz do peixe houve três hospitais que se destacaram na época, sendo eles a Nossa Senhora das Neves, o

de Sant'Anna e a Santa Casa da Misericórdia da Paraíba, que por vezes esses hospitais chegavam a recusar pacientes devido à superlotação.

Era este último, ao que parece, o único a recolher insanos, para os quais dispunha de apenas dois quartos (um para cada sexo). É de se imaginar a situação em que viviam os alienados ali abrigados, em número de 5, 7, 10 e mais...

Por essa razão, vez por outra via-se a Santa Casa obrigada a recusar internamento de indigentes doentes mentais. (FILHO, 1983, p. 149).

No ano de 1890, o primeiro governador do Estado, Dr. Venâncio Neiva, já com a era republicana concedeu melhorias a Santa Casa, tais como leitos, lençóis e aparelhos para manutenção da água. Em 1892 o segundo Governador, Dr. Álvaro Lopes Machado, sobre o Decreto nº 23 de 22 de abril de 1892, definiu novas formas de rendimento para o hospital, inclusive a promulgação da Lei nº 5 de 12 de dezembro do mesmo ano, no qual doava à Santa Casa às terras do Sítio Cruz do Peixe. Desse processo iniciou a criação de uma "enfermaria de loucos", tendo o surgimento da enfermaria provisória da Cruz do Peixe.

O edifício, além da alpendrada que o rodeava, dispunha de 12 salas escuras e sem ventilação, cujas portas, únicas de pesadas singularizavam-se pelo orifício de forma retangular, bem no centro, com grade de ferro, em forma de cruz, atestando o perigo do excitado, cujos gritos desordenados, ecoavam além do alto muro, que o separava do mundo exterior. (CASTRO, S/D, apud. FILHO, 1983, p. 156).

De acordo com a pesquisadora Helmara Junqueira¹⁷, a ação de transferência dos "indesejáveis", da Santa Casa para a enfermaria, teve função política inclusa, visto que livraria tanto a parte térrea do Hospital, esse era o local em que os alienados eram agregados, quanto retiraria os sujeitos da cidade, visão que a sociedade e os políticos mantinham.

Além do desejo dos administradores da Santa Casa de Misericórdia de se verem Livres da empresa onerosa inútil que representava a assistência aos loucos e/ou loucas, não se pode perder de vista que

¹⁷ Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em História da UFPE, com trabalho de Tese intitulado "Doidos[as] e Doutores: A medicalização da loucura na Província /Estado da Parahyba do Norte (1830-1930)", 2016 Mestrado em História pelo Programa de Pós-Graduação da UFCG, 2009. Especialista em História do Brasil pelas Faculdades Integradas de Patos, 2003. Possui graduação em História pelas Faculdades Integradas de Patos, 2002. Professora Adjunto da UFCG, desde 2009, lotada na Unidade Acadêmica de Direito - Campus Sousa-PB.

o gesto de enviá-los para a "casa" da Cruz do Peixe, junto a outros enfermos, pode ter sido uma manobra política com a dupla finalidade de, por um lado, retirar do Hospital situado no centro da Capital parahybana aqueles incômodos hóspedes e, por outro, garantir a posse do sítio quando não existisse mais variolosos, o que se concretizaria com a criação, naquele lugar, de um Hospício de Alienados (JUNQUEIRA, 2016, p. 278).

Todavia, o Estado passa por períodos de dificuldade, o que leva à restrição de gastos e ao fim do breve período de avanço, o que era para ser o modelo de tratamento agora passa a ser o que Heronides Coelho (1983), chama de depósito humano, com os tratamentos desumanos, a precarização do ambiente, o que chega a ser descrito como visitas rápidas dos médicos e alguns pacientes apenas vistos de longe, com os tratamentos na base de calmantes e, assim, se firmava mais um modelo de exclusão.

Como se vê, nenhum progresso redundou para a Paraíba a criação do Asilo da Cruz do Peixe. Por anos e anos, nem o clamor popular nem o brado dos médicos, conseguiram melhorar a situação dos alienados. A misericórdia, no século XX, quando conseguia alguma verba mais substancial empregava-a na melhoria dos hospitais para doentes somáticos, deixando a Cruz do Peixe no abandono. Qual a razão desse tratamento desigual entre o doente mental e o doente de moléstias somáticas? É porque para muitos, como diz João Machado, psiquiatra norte-rio-grandense em cuja terra a situação dos alienados era muito semelhante à da Paraíba "para muitos infelizmente, a "loucura" não é curável: para muitos, o "asilo" seria um parque de diversões, se lhes parecesse menos perigoso; para muitos o psiquiatra é uma figura, apenas curiosa, despertando condescendente admiração justamente por se interessar por algo sem solução e que todos temem: o "louco". E, em consequência, muitos são convencidos de que o "louco" gente perigosa, deve ser isolado, preso, acorrentado, castigado; gente incômoda, barulhenta, envergonha a família, que o abandona; gente sem possibilidade de restabelecimento, não merece o sacrifício de despesas inúteis, da parte dos parentes nem do governo. E o psiquiatra mais que um sonhador, é tal qual um vaqueiro, em quem se admira a decisão e a coragem de enfrentar e dominar o barbatão. (FILHO, 1983, p. 159).

De acordo com Junqueira (2016), a enfermaria teve apenas dois meses de funcionamento, dado ao fato de que seu comendador Mendello, mantinha receio da propagação das doenças contagiosas. Com a devolução do sítio, os internos foram relocados novamente para a santa Casa, entendendo-se que a instituição não

poderia abandoná-los. Todavia, é sabido que a instituição manteve seu funcionamento.

Para o bem ou para o mal, pode-se afirmar que, até os momentos finais do império, a questão da loucura em Parahyba do Norte manteve-se inalterada, ou seja, nem a Santa Casa, nem o governo Provincial ou as Vereanças, e tampouco os familiares dos sujeitos alienados, se interessado em melhorar as suas condições de existência. Na verdade, o que fica em relevo nos discursos existentes na documentação consultada é o desejo que uns e outros tinham de escorraça-los daquela cidade e, de modo, excluí-los do convívio social. (JUNQUEIRA, 2016, p. 282).

Em 1889, o Asilo da Cruz do Peixe, de nome real Asilo de Sant`Anna, construído de maneira precária, tendo em vista que nas celas haviam fossas para que os internos usassem como sanitários, o que acarretava em um forte odor no recinto, cabe salientar que internos haviam sido reclusos nas cadeias locais, fato comum na época. O que se constata até aqui é que o ambiente não se diferencia dos demais ao redor do mundo, se tornando apenas mais um ambiente de exclusão. Relatos destacam que ali, foram feitos os casos mais preocupantes de desumanidade. Como já expresse anteriormente, essa instituição se ateve á manter a exclusão dos indesejáveis. “Quanto à situação do Sítio da Cruz do Peixe, calcula-se que as dificuldades em melhorar o seu estado sanitário e a saúde dos sujeitos que estiveram ali asilados representou enorme desafio para o governo”.

No período de 23 de junho de 1928 é inaugurado o Hospital Colônia Juliano Moreira. Tendo em vista que o governo decidiu que a responsabilidade desse tipo de tratamento não deveria ser da Santa Casa, assim, nesta data ocorre à transferência dos excluídos para um novo local, estando à Paraíba em um novo momento referente ao tratamento dos doentes mentais. O hospital desenvolveu o seu regulamento, dentre muitos, exponho alguns:

Art. 1º - O Hospital Colônia Juliano Moreira se destina a socorrer os habitantes do estado da Paraíba que por motivo de alienação mental, carecem de abrigo e de tratamento.

Art. 24º - Serão recolhidos ao Hospital Colônia Juliano Moreira todos os indivíduos que por atos indicativos de alienação mental, comprometerem a ordem pública ou a segurança das pessoas.

Art. 43º - Haverá no Hospital Colônia e nas suas dependências trabalhos adequados à aptidão e ao tratamento dos enfermos (apud JUNQUEIRA, 2016).

Do ponto de vista dos higienistas, a construção do Hospital Colônia também visava reduzir o número de alienados[as] em hospitais para enfermos de todas as moléstias - inclusive naqueles destinados à doenças contagiosas e incuráveis -, e acabar com a prática de "deitar loucos[e loucas] em cárceres públicos", o que contrariava o disposto no artigo 1º do decreto número 1.132 de 1903, segundo o qual o alienado[a] que viesse a comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, deveria ser recolhido em estabelecimento apropriado para sua enfermidade (JUNQUEIRA, 2016, p. 362).

Como era de se esperar, o Hospital manteve a função de exclusão social, o que antes era de função do Asilo da Cruz do Peixe, agora o novo hospital passa a praticar, relatos mostram o que local assumia a função de punir os internos, bem como matinha práticas antigas, como manter os internos junto com outros infectados com doenças contagiosas. Segundo Junqueira (2016), o uso de medicamentos e sedativos era contínuo para manter os pacientes em seu estado calmo, quase vegetativo, esse tratamento foi denominado de clinoterapia¹⁸. Eram usados também, medicamentos como morfina, cafeína, brometos, estimulante neural e muitos outros, esses medicamentos eram tanto de via oral quanto intravenosa.

Destaque em vários livros e teses sobre saúde mental no Brasil, além dos tratamentos destacados acima, um tratamento complementar era o de imersão em piscinas, que em muitos casos, mais agravava do que melhorava e havia também o tratamento denominado de ergoterapia¹⁹.

A propósito, como se o hospital ainda estivesse em construção naqueles anos, calcula-se que não demorou até que os pacientes homens, transferidos do Asilo da Cruz do peixe e das cadeias públicas do Estado, estivessem erguendo muros [das futuras oficinas] e/ou praticando a agricultura como "terapia", já que os cálculos apresentados por Dr. João Suassuna, em seu relatório de 1928, revelam que em 3 meses as despesas estaduais com o referido estabelecimento haviam sido de apenas 19:260\$000, ou

¹⁸ Esse método consiste em manter o paciente em repouso pela maior quantidade de tempo possível, o que representava o uso de sedativo dos pacientes.

¹⁹ Método de tratamento e de reeducação ativa dos inválidos e enfermos, que consiste em fazê-los executar um trabalho apropriado às suas capacidades funcionais diminuídas e que permite, assim, melhorar o seu equilíbrio psíquico.

seja, cerca de 100:000\$000 a menos do que os cálculos apresentados por Sá e Benevides para o custeio daquele serviço de Assistência ao Alienados. (JUNQUEIRA, 2016, p. 406).

Esse uso da força de trabalho dos internos mascarado como forma de terapia, não ficou apenas com os internos homens, as mulheres ficaram a fazer os serviços domésticos²⁰.

Os tratamentos realizados no Juliano Moreira foram os mesmos até o início da reforma psiquiátrica, a qual passou a dar um norte legalmente, a partir da lei 10.216 que assegura os direitos dos portadores de doenças mentais.

A saúde mental, não só na Paraíba, mas em todo o Brasil, permanece em processo de reforma psiquiátrica, na busca por garantir a efetivação da inclusão social e o melhor atendimento aos sujeitos, e desde então, o Ministério da Saúde juntamente com a direção da Organização Mundial de Saúde, a partir de 2001 passou a fazer uso dos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS para realizar atendimentos voltados para as mais diversas áreas, tais como a citada, saúde mental e outros serviços.

²⁰ Esse método é definido como Praxiterapia, se forma na base do trabalho como tratamento terapêutico.

2. FECHE-SE OS MANICÔMIOS! A REFORMA PSIQUIÁTRICA DE CARÁTER ANTIMANICOMIAL

Conforme o resgate exposto no capítulo anterior, à loucura está presente nas sociedades desde suas origens.

Como se viu, na Grécia Antiga, o sujeito considerado louco era visto como alguém que foi agraciado com os poderes e diversificação dos deuses, sendo assim, os processos de exclusão não ocorriam, pelo contrário, eram vistos como pessoas especiais que precisavam ser valorizadas.

Na Idade Média, as representações sobre a loucura e os sujeitos loucos permaneceram no sobrenatural, entretanto, observa-se uma ruptura em relação as representações clássicas, nessa época, influenciado pelas teorias católicas, o louco deixou de ser uma divindade e passou a ser visto como uma manifestação da ira divina, um sujeito que carregava os estigmas do castigo lançado sobre seus familiares, algo que se tornou um mal entre as sociedades. Esse modo de ver se difundiu pelo mundo sobre forte influência da Igreja Católica.

Seguindo essa ordem, na Idade Moderna, sobre os passos iniciais do capitalismo, cujas ideias estavam voltadas para a função de gerar lucro as elites burguesas em ascensão, o conceito de trabalho para produzir a mais valia teve importante papel na exclusão das pessoas tidas como loucas. Sobre esse ideário, quem não contribuísse com a produção era considerado inútil ao sistema, “assim, [os loucos] ameaçavam a sociedade, passando a serem vistos como um problema moral. Nasce a ideia de exclusão.” (BARBOSA; LEAL; et al. 2004).

Essa abstração da realidade traz um conceito racional da loucura, ou seja, vai do âmbito natural para a falta de racionalidade, com isso o sujeito perde a posição moral e ganha status irracional. O fator mercantil atrelado nessa racionalidade é um dos principais fatores que relacionam os “loucos” ao título de inútil, e os mesmos passam a ser pessoas que precisam ser mantidas sobre controle.

A partir da Revolução Francesa, inicia-se um processo de reabsorção dos excluídos, até então isolados em setores próprios dos Hospitais Gerais. Esses Hospitais eram ao mesmo tempo, um

espaço de assistência pública acolhimento, reclusão e correção. Nesta época, os conceitos de saúde e doença situavam-se numa perspectiva social, subordinada às normas do trabalho industrial e da moral burguesa, com vistas à manutenção a ordem pública. (ALVES, 2009, apud. VALVERDE, 2010).

Notoriamente, o capitalismo possui uma grande parcela de culpa em relação à exclusão dos "loucos". É na realidade das pessoas doentes e "inválidas" que o capitalismo revela sua face de exclusão. Sobre isso se torna necessário uma melhor explanação para se compreender a relação do capitalismo com a saúde mental.

O Estado capitalista encontra sua força na exploração do trabalho, se esse sistema encontra pessoas que estejam incapacitados de contribuir para a sua valorização, produção e reprodução do sistema, sendo ele, esse modo de produção feroz que passa por cima de qualquer obstáculo para manter sua hegemonia, então encontra aí sua justificativa para concretizar a exclusão social dos sujeitos considerados incapazes/improdutivos, entretanto, essa exclusão se dará de forma mascarada, muitas vezes investida de uma roupagem de caridade.

Historicamente, o pacto social que caracterizou o nascimento do capitalismo durante a passagem do século XVII ao século XVIII levou à expulsão de um grande contingente de pobres e doentes do mundo do trabalho. Na Revolução Francesa do século XVIII, na qual se instalou o slogan "Fraternidade, liberdade e igualdade" como signos de uma suposta universalização dos direitos dos homens, o pacto social do capitalismo selecionou parcelas da população consideradas desajustadas socialmente. Esta população foi levada para as instituições beneficentes, sendo direcionadas posteriormente para o mercado de trabalho as pessoas em melhores condições de exercê-lo, como aproveitamento de mão de obra barata. (VALVERDE, 2010).

Nesse contexto de exclusão, o primeiro grande nome da psiquiatria foi Pinel, o referido psiquiatra deu início a primeira Reforma Psiquiátrica, com o ideário de levar à loucura para o espaço hospitalar, retirando os doentes mentais das prisões e hospitais gerais. Segundo Pinel era necessário internar o doente para identificar a doença mental e verificar o estágio da doença, assim, o conhecimento adquirido ali, nos manicômios, forneceria as respostas para os tratamentos, esse modo de observação, de agrupar diversas doenças na busca por respostas, iniciou um processo de conhecimento, dando início a reforma psiquiátrica. Ainda segundo o

modelo psiquiátrico defendido por Pinel seria necessário um espaço onde fosse possível promover a separação dos sujeitos, acreditando que somente por esse meio seria possível oferecer a cada doente o tratamento adequado a sua doença.

Pinel manda desacorrentar os alienados e inscreve suas "alienações" na nosografia médica. Desse modo, a loucura, enquanto doença deveria ser tratada medicamente. As idéias de Pinel terminam por reforçar a separação dos loucos dos demais excluídos, a fim de estudá-los e buscar a cura. Assim, a tecnologia pineliana propõe isolar para conhecer. "O isolamento consistiria em uma medida de ordem científica que possibilitaria um contato exclusivo, específico, com o objeto a ser estudado" (VALVERDE, 2010).

Apesar da ruptura em relação ao tratamento nas instituições totais, onde os loucos eram mantidos juntos ou a doentes de moléstias contagiosas ou a criminosos, Paulo Amarante (1995), expressa a sua opinião dizendo que Pinel que transformou o doente mental em um objeto de estudos, ou seja, tornou possível a coisificação do sujeito como um meio para se chegar às respostas concretas sobre a doença. Amarante ainda reforça que o Manicômio possui uma série de funções morais que os doentes eram obrigados a seguirem, além do fato de que os internos seriam considerados incapazes de tomar decisões e terem suas escolhas aceitas. Enfim, é inegável a evolução que Pinel promoveu no campo da doença mental. O tratamento de Pinel foi mantido até meados do século XX, quando surgem novas correntes psiquiátricas de caráter antimanicomial.

A partir do século XIX o tratamento físico (à exemplo do uso da camisa de força) estava fortemente presente nos asilos ao redor do mundo. Esses tratamentos acabavam mais agravando do que melhorando a condição do doente.

Nos séculos XIX e XX a explicação da loucura não tinha nada de social. Era individualista. A teoria psiquiátrica também era assim. Toda a ciência era marcada pelo cartesianismo e pelo positivismo. A psiquiatria "sofistica-se" com conceitos e teorias. O conceito de "processo mórbido" definia a loucura como evolução doentia da mente da pessoa. Nasceram a Psicopatologia, a Nosologia. O psiquiatra concentra seus estudos no cérebro - legado positivista. O doente mental é visto como cérebro estragado ou doente. Ele é parte, segmentado. Perde sua identidade social (BARBOSA; LEAL; et al. 2004).

Neste momento, se inicia um novo pensamento sobre a saúde mental, sobre como ela realmente deveria ser tratada, tendo em vista que o modelo vigente não dava de conta do verdadeiro estado mental e sua resposta era apenas as necessidades das gestões. Nesse sentido, como nova proposta, surgiram as colônias para abrigar os alienados, tais espaços tinham como intuito acabar com as reclamações sobre os tratamentos desumanos e a lotação dos manicômios.

A criação de colônias de alienados, como afirma AMARANTE (1995), representa a tentativa da psiquiatria em atender ao compromisso social e político que forjou no século XVIII, entretanto, os anos se passam e as colônias acabaram servindo aos mesmos fins que os hospitais psiquiátricos existentes.

No século XX, no pós-guerra²¹, os países buscavam uma reestruturação econômica e social, na procura de melhorias sociais, as críticas aos manicômios e seus tratamentos, comparados aos campos de concentração nazistas, surtiram efeitos positivos e, nesse processo de reestruturação, buscou-se melhorias no que tange ao tratamento dos “sujeitos loucos”, teve início as lutas antimanicomiais.

Diante disso surgiram algumas iniciativas de modificação das práticas institucionais que passaram a ser denominadas Reforma psiquiátrica. Essas se diferenciam em seus conceitos, suas práticas e abordagens, porém com alguns pontos em comum. Também foram divididas em grupos; a comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor e a psiquiatria comunitária e a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática Italiana. Esses movimentos surgiram para se contrapor ou superar o modelo vigente, em um período de reconstrução da Europa, onde os grandes hospícios eram comparados aos campos de concentração nazistas, e quando se necessitava de mão de obra para a reconstrução dos países (VALVERDE, 2010).

Os caminhos da Reforma psiquiátrica, de caráter antimanicomial é o que vamos estudar a seguir.

²¹ A 2ª Guerra Mundial causou mais de 50 milhões de mortes e a destruição de muitos países europeus, o que levou o pós guerra a buscar a reestruturação política, econômica e social. A reforma psiquiátrica teve um impulso nesse período de reconstrução.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA E SUAS DIRETRIZES PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA MUNDIAL

O movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado no pós-guerra, teve em Franco Basaglia²² um dos seus maiores idealizadores, o referido psiquiatra deu início ao movimento na Itália, buscando uma maior humanização dos tratamentos ofertados aos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos daquele país. A reforma proposta por Basaglia tinha como objetivo abolir as práticas de violência contra os doentes mentais e a coerção que os mesmos sofriam nos isolamentos, no primeiro lustro da década de 1960. Dos objetivos primários, uma maior interação entre profissionais e pacientes a fim de solucionar as exclusões, garantindo a resposta certa para cada indivíduo.

Basaglia eleva o nível de preocupação com a saúde mental. A partir de seus apontamentos a comunidade médica e a sociedade passaram a olhar com mais profundidade para as verdadeiras questões necessárias para um tratamento qualificado, sendo necessário ter não somente olhar médico tecnicista. É a função complementar entre justiça social e saber medicinal e o fazer político, que pode, segundo o psiquiatra italiano, garantir um tratamento completo, tanto na humanização quanto na reinserção dos indivíduos na sociedade, independente de sua posição social.

O que se constata nas análises de leituras feitas sobre a dedicação de Basaglia no ramo da psiquiatria é que o mesmo buscou a superação da visão e análise da loucura apenas como uma “doença” já inserida no sujeito, essa forma patológica que foi impregnada há muito tempo. Em outras palavras, ele acredita que a loucura deve ser vista como relativa, tirando-a do sujeito e indo além, cuidando do indivíduo, mas também de quem está ao seu redor, fornecendo uma atenção psicossocial completa, assim, não lidar apenas com a rotulação já existente, buscando abolir essa forma de exclusão, sem deixar de creditar a importância que tem comunidade terapêutica no tratamento das doenças mentais, mas

²² **Franco Basaglia** (Veneza, 11 de março de 1924 — Veneza, 19 de agosto de 1980) foi um psiquiatra italiano. Promoveu uma importante reforma no sistema de saúde mental italiano. Nos anos sessenta dirigiu o hospital psiquiátrico de Gorizia, onde juntamente com outros psiquiátricos começou a promover uma série de mudanças práticas e conceituais, expostas no livro "A Instituição Negada" (1968). Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Franco_Basaglia. Acessado em 20 de Dezembro de 2017.

reconhecendo que o modelo praticado nos asilos e hospitais psiquiátricos acabava por reforçar a exclusão dos sujeitos.

Nesse processo de reforma italiana que buscava a abolição dos manicômios juntamente com o pensamento de asilar e punir, Basaglia leva essas questões também para o nível político, com isso, nos anos de 1960, a proposta do psiquiatra italiano ganha proporções mundiais.

Em 1971, Basaglia dá início ao trabalho de transformação do hospital psiquiátrico de San Giovanni em Trieste, que posteriormente este processo passou a ser chamado de desinstitucionalização, que levou ao fechamento completo do manicômio e a construção de uma rede de atenção territorial. Neste processo, o programa vigente possibilitou outra estrutura da assistência psiquiátrica, englobando e redimensionando a prevenção e a inserção social (VALVERDE, 2010).

Na década de 1970 surge a Cooperativa dos Trabalhadores Unidos, momento de suma importância para inserir novamente os sujeitos "loucos" na sociedade, possibilitando que os mesmos conseguissem trabalhar. Esse fator teve tanto destaque que recebeu voluntários de vários lugares do mundo, o Brasil enviou estudantes que puderam analisar as bases e diretrizes daquela instituição afim de que os mesmos trouxessem essas abordagens como referência para o processo de reforma psiquiátrica brasileiro.

Com esse movimento ganhando força e reconhecimento, foi possível compreender que os sujeitos nomeados pelo senso comum como doidos/loucos necessitavam muito mais do que apenas um tratamento médico, era necessário remodelar a sociedade e dar apoio em nível familiar, social e cultural. Na Itália foram criados locais que visavam proporcionar essas condições, chamados de Centros de Saúde Mental.

Em 1978 foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, Lei 180, a mesma foi referenciada nas propostas de Basaglia.

A Lei 180 trata-se da primeira lei que prevê e cria condições de possibilidades, efetivamente, para a extinção do modelo manicomial, corroborando para as idéias até então tidas como absurdas e impossíveis de serem operacionalizadas socialmente, quando estas demonstraram ser possível tratar o transtorno mental de uma forma

muito inovadora, com responsabilidade, dignidade e cidadania ao paciente, contribuindo para a transformação dos demais modelos de assistência psiquiátrica, assim como para a ressignificação do conceito e da prática da reforma psiquiátrica em todo o mundo, inclusive o Brasil de forma muito particular (VALVERDE, 2010).

Essa lei teve forte influência no movimento de reforma psiquiátrico brasileiro, sendo um dos principais parâmetros para a criação de políticas públicas como se mostra no próximo tópico.

2.2 TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Para entender o contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil é necessário resgatar a reforma sanitária de 1970. Essa reforma tinha em seus princípios a descentralização do sistema privado de saúde, buscando um atendimento único e de qualidade para todos de forma universalizada. Naquele contexto houve a criação de órgãos municipais e estaduais para verificação da manutenção e funcionamento da ordem, seguindo as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, buscando conjuntamente manter a justiça igualitária.

Aliado do processo de Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica se contextualiza nas diretrizes internacionais que surgem desde os anos de 1970 e dos movimentos sociais que buscavam melhores condições de tratamentos, assim, a mesma segue o ritmo da reforma sanitária, evoluindo gradativamente conforme os marcos da saúde brasileira, mas mantendo as diretrizes da reforma italiana.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o

processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005).

Em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído por trabalhadores da área da saúde e membros da sociedade, sendo um movimento de luta que buscava uma maior qualidade de atendimento (entende-se que praticamente não havia qualidade no atendimento), realizando críticas a “mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência” (BRASIL, 2005).

No decorrer dos anos, mais precisamente em 1986, em São Paulo, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil. Em 1989 ocorre à luta contra os tratamentos desumanos na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, e ao mesmo tempo, nascem os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) na mesma cidade, mostrando para todo o Brasil a possibilidade da efetivação de melhores tratamentos e resultados (BRASIL, 2005).

Um dos fatores que possibilitaram a evolução da reforma psiquiátrica, de caráter antimanicomial, foi a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, ocorrida em Caracas no ano de 1990²³, sendo nessa conferência que os países da América Latina assinaram um acordo para realizar a modificação das práticas de asilamento e tratamento psiquiátrico, buscando manter dos direitos dos usuários.

Objetivando atender ao acordo de Caracas, no Brasil, no ano de 1990, em setembro, foi sancionada a Lei nº 8.080/90, para atuar na efetivação e proteção da saúde, bem como verificar a manutenção da mesma. Alguns de seus artigos são:

²³ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (FIOCRUZ, S/D).

Art. 1º- Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 2º- A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 7º- As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade (BRASIL, 1990a).

No mesmo ano, em dezembro, foi sancionada também a Lei nº 8.142/90, sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns de seus artigos são:

Art. 1º- O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Art. 2º- Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Art. 3º- Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo. (Vide Lei nº 8.080, de 1990)

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º- Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º- É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei (BRASIL, 1990b).

No ano de 1989, Paulo Delgado apresentou o projeto de Lei que visava regulamentar os direitos das pessoas que possuíam transtornos mentais, buscava, também, a extinção manicomial. Fator de grande destaque para o processo de reforma Psiquiátrica brasileira, todavia, esse projeto permaneceu em tramitação por 12 anos, sendo sancionado em 2001 sob o número 10.216, tornando-se conhecida como Lei Paulo Delgado. A referida Lei estabelecia em seus artigos, dentre outras coisas:

Art. 1º- Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

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

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

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo 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.

Art. 3º- É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 6º- A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Art. 8º- A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 9º- A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2001).

Após a criação da lei de Paulo Delgado, em 2001, o Brasil seguiu para o processo de amadurecimento da Reforma Psiquiátrica, se estabelecendo entre os países que seguiam as normas da Organização Mundial de Saúde. Nesse contexto, logo em seguida ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, gerando mais força para o movimento, fomentando a realização de fiscalizações mais efetivas no controle aos maus tratos contra a pessoa portadora de transtornos mentais.

No Relatório Final da III Conferência é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e são pactuados os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, esse evento consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de

álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no país (MOURA, 2011).

Em síntese, a Lei Paulo Delgado contribuiu para universalização de acesso aos tratamentos, buscando garantir que todos tivessem um tratamento mais comunitário que, juntamente com as diretrizes compostas no encontro em Caracas, subsidiaram a reforma psiquiátrica brasileira, baseando-se nas comunidades.

2.2.1 CRIAÇÃO E AMPLIAÇÃO DOS CAPS NO BRASIL

A criação e ampliação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) foram uma das respostas mais efetivas da Reforma Psiquiátrica brasileira, propondo-se a oferecer atendimento humanizado aos doentes mentais, possibilitando à reinserção dos mesmos a vida social.

Inicialmente oficializados pela Portaria GM 224/92 que os definia como "unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional" (p.2441), atualmente são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002(idem). Esta Portaria incluiu os CAPS no SUS (Sistema Único de Saúde), reconheceu sua complexidade de serviços prestados e sua amplitude de atuação - tanto no território onde se encontra, quanto na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde (MALAVAZI, S/D).

Como foi observado antes, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial surgiu em São Paulo, em 1987, recebendo auxílios federais, com o intuito de responder as necessidades em torno da saúde mental, se constituindo como serviço público que, posteriormente foi se instalando por todo o Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde, os tratamentos oferecidos nos CAPS se diferenciam dos manicômios pela inclusão social dos sujeitos, as práticas humanizadas, tornando-os novamente, parte da sociedade, com os tratamentos pautados na ética, ajustando os tratamentos aos sujeitos, olhando não apenas a doença, mas os indivíduos.

O modelo institucional estava posto como resposta aos internamentos abusivos, para assim evita-los, oferecendo atendimentos mais efetivos para doentes mentais, de acordo com os novos parâmetros de referência para a saúde mental. Dessa forma, a instituição CAPS caminha [va] para a efetivação do tratamento que não fizesse necessário a internação de grande prazo, mas que envolvesse a participação dos familiares para assim manter o indivíduo em seu ciclo social, ajudando na sua interação. Esse fator de manter a relação familiar ativa é um dos pontos mais importante do tratamento, afirma Paulo Amarante (1995), para quem a atuação institucional está ligada estrategicamente ao convívio social. As práticas realizadas no CAPS se instauraram a partir de referências estrangeiras, tais como as propostas do psiquiatra italiano Franco Basaglia. Seguindo as orientações desse psiquiatra os CAPS brasileiros devem ser formados por equipe interdisciplinar, visando, além do tratamento de reabilitação, a busca pela prevenção da doença mental.

Diante do exposto, deve haver a compreensão da grande importância que teve o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, observando que essas instituições serviriam de base para o aprimoramento das políticas de saúde mental em todo o Brasil, Moura (2011). As experiências dessas instituições, aliadas a busca por melhorar o tratamento efetivo do doente mental, deu origem a publicação da Portaria MS nº 224/92 que veio para regulamentar os serviços oferecidos para o tratamento da saúde mental.

Os CAPS foram se instalando pelo Brasil e constituem uma rede de atendimento.

De caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais e transdisciplinares, realizando atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral sem excluir aqueles decorrentes do uso de crack álcool ou outras drogas (BRASIL, 2014).

Desta forma, seus atendimentos segundo os documentos que regem os CAPS, são compostos por todos os elementos que compõe a saúde mental, tais como apoio à família, atenção básica, entre outros, abarcando toda a população que

necessitar de atendimento e acompanhamento, tanto na esfera clínica como no lazer, devendo oferecer efetivamente a reinserção social, fortificando o grupo familiar e a sociedade.

Os CAPS são divididos em unidades de atendimentos específicos, de acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, sendo assim:

CAPS I - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

CAPS II - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS III - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

CAPS AD - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS AD III - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

CAPS i.- atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2014).

Constatando que o processo de Reforma Psiquiátrica não se deu de forma contínua, ele teve altos e baixos, avanços e retrocessos, foi um modelo pautado na

desinstitucionalização dos tratamentos precários, todavia, afirma Paulo Amarante (1995), alguns tratamentos arcaicos perduram até os dias atuais, inclusive os CAPS que se interiorizaram, marcando a institucionalização da doença mental em grande parte dos municípios brasileiros, estão fadados ao fracasso, funcionando precariamente em grande parte das unidades.

2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA PARAÍBA

A reforma psiquiátrica no Estado caminhou a passos lentos até chegar em 2001, iniciou-se no segundo lustro da década de 90, mas

Foi apenas com a aprovação da Lei 10.216, no ano de 2001, que o contorno da história da psiquiatria no estado ganhou novas formas, precisamente no ano de 2005, com o fechamento de um dos maiores hospitais do estado, o INCAERF, popularmente conhecido como Hospital João Ribeiro. Após diversas irregularidades encontradas, e avaliações negativas do PNASH, O INCAERF foi descredenciado da Rede SUS (SILVA, 2014).²⁴

O ponto positivo desse fechamento foi que houve a necessidade criar um novo ambiente para os internos que ficaram sem abrigo, uma vez que abandonados por seus familiares. Considerando que o hospital atendia boa parte da demanda da região, o descredenciamento do INCAERF obrigou as autoridades a organizar uma rede de serviços substitutivos para abrigar os 176 pacientes internos da instituição (SILVA, 2014).

Esse fator fez com que o Estado e toda a região Nordeste buscassem novas formas para atender as demandas que surgissem com a desativação dos leitos. Antes do processo de desmanicoialização, a rede de serviços substitutivos de saúde mental de Campina Grande, que era composta por um CAPSII é um CAPSad, foi ampliada e fortalecida com a implantação dos CAPSi e CAPSIII (CIRILO, 2006 apud SILVA, 2014). Depois disso, cada município passou a gestar as políticas de saúde mental em conjunto com o SUS.

²⁴ Em matéria divulgada no jornal Correio da Paraíba de 28 de abril de 2005, destacava a precarização do ambiente.

Aos poucos, os hospitais psiquiátricos perdem espaço. Dois foram fechados em João Pessoa nos últimos dois anos. Enquanto os leitos caem nesses locais, aumentam nos hospitais gerais, onde a permanência é de curta duração. São 598 em toda a Paraíba, a maioria mantida pelo SUS. Especialistas em saúde mental se dividem quanto à hospitalização dos doentes e as terapias se ampliam. Os Caps tratam as crises e as residências terapêuticas tornam-se o lar daqueles que moraram por décadas no manicômio e perderam os vínculos familiares (VIEIRA, 2016).

A partir desse momento, a reforma começou de fato e elevou a Paraíba ao status de Estado mais abrangente na cobertura dos serviços de CAPS.

A nossa Rede de Atenção Psicossocial possui a maior cobertura de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por número de habitantes do Brasil. Numa luta coletiva, temos humanizado a assistência à saúde dos usuários, mesmo com todas as adversidades continuamos avançando. Inclusive, nesta quarta-feira (16) inauguramos o 99º CAPS do Estado, no município de São João do Cariri (apud BRASIL, 2015).

De acordo com o site Correio da Paraíba, em 2016, esse era o quadro das unidades em funcionamento no Estado:

TABELA 01- NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL NA PARAÍBA EM 2016

CAPS I	62
CAPS II	9
CAPS III	5
CAPSi	11
CAPSad	6
RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS	15
CAPSad III	8
CONSUTÓRIOS NA RUA	5
UNIDADES DE ACOLHIMENTO	4

Fonte: Site Correio da Paraíba.²⁵

²⁵ Correio da Paraíba. Disponível em: <http://correiodaparaiba.com.br/cidades/inclusao/loucos-pela-liberdade-reforma-psiquiatrica-aponta-o-fim-dos-manicomios/>. Acesso em: 26/02/2018.

As residências terapêuticas são muito importantes para aqueles pacientes que necessitam ficar internados por um determinado tempo, sem características das internações em hospitais manicomiais, a residência terapêutica

É uma casa normal, eles vão para o Caps participar de atividades e se inserem nos espaços da comunidade, como caminhar na praça. Não são institucionalizados de novo. No hospital eles não podem abrir a geladeira, deitar a hora que querem, coisas simples que tinham perdido (apud VIEIRA, 2016).

A Paraíba permanece em processo de Reforma Psiquiátrica, na desconstrução de leitos hospitalares e na tentativa de integração dos indivíduos à sociedade o que, certamente, demandará ainda muitas lutas por parte daqueles que deseja a inclusão do doente mental.

3. **A CAPSCIZAÇÃO NA CIDADE DE SOUSA-PB:** desafios e possibilidades para a efetivação das políticas públicas para o tratamento da saúde mental.

Chegamos ao ponto central deste trabalho, o direcionamento para os CAPS da cidade de Sousa-PB, destaca-se que os mesmos seguem a mesma linha de funcionamento das unidades do restante da Paraíba e do Brasil, conforme portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, citada brevemente no capítulo anterior, essa portaria compõe os caminhos a serem seguidos pelas unidades, no qual as mesmas passam a categorizar os usuários entre CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, com isso passar a ser coordenado para todo o Brasil.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 9).

Antes de partir para a análise das respostas coletadas, destaco o motivo de meu interesse por essa escrita. Escrevo este trabalho com a seguinte indagação, será que as camisas de força e os muros dos manicômios, que eram usados para conter e isolar os transtornados mentais, não continuam a existir nas instituições surgidas a partir da Reforma Psiquiátrica de 2001, se modernizando de maneira que atinja mais diretamente e com maior “eficácia” os sujeitos, defino essa modernidade como um alargamento na rede de estabelecimentos em serviço mental e medicamentos capazes de controlar as pessoas e forçá-las a agir de acordo com os princípios sociais definidos como ideais.

Pergunto-me se a compaixão com os sujeitos nomeados como “loucos” não carrega um significado oculto, não traz consigo a vontade de controlar e manter a ordem social, esse disfarce de medicalização cabe tão bem na sociedade, o fazer-se despercebido, alienado em relação aos tratamentos utilizados atualmente se encaixa perfeitamente no discurso tecnicista de medicar para tratar e buscar o bem soa quase como uma parcela da conquista para paz mundial. A autora Sandra Caponi

em seu livro intitulado “Da compaixão a solidariedade”, traz reflexões bem pertinentes, sobre esse assunto.

Mas, para que esse controle possa ser aceito, para que ele possa ser entendido e até exigido, é mister que se apresente sob a forma, dificilmente objetável, de uma compaixão piedosa para com as pessoas que estão, atual ou virtualmente, em posição de inferioridade: aqueles que precisam ser assistidos. Acreditamos que é fundamental problematizar o fato de que, quase invariavelmente, a assistência compulsiva encontra sua justificativa e se faz aceitável ou por referência a um sentimento de piedade pelos necessitados e pelos sofredores, ou pela afirmação de que esse controle obedece a demandas claras de utilidade, de urgência social ou de bem-estar geral (CAPONI, 2000, p. 12).

As ações médicas foram sendo incorporadas em um misto de “busca pela cura” entrelaçada com a piedade humana que buscava responder as demandas sociais, entretanto, essas ações acabaram por se tornar um meio de controlar os sujeitos e mantê-los sob a mira dos médicos e equipe técnica que atua nas unidades de atendimento em saúde mental, bem feitores e gestores que mais buscam manter seus objetos de estudo do que tratá-los de fato (AMARANTE, 2005). Não se vê uma humanização concreta nessas unidades dos CAPS, as políticas são pensadas simplesmente para manter a ordem social e não visam o respeito dos sujeitos.

...é preciso pensar essas políticas a partir da solidariedade, do respeito e do mútuo reconhecimento. Quiçá, então, se possam fortalecer os necessitados, em lugar de debilitá-los; possibilitar sua inserção em novas redes sociais, e não estimular seu isolamento; reconhecer neles sujeitos capazes de decisão e diálogo, e não reforçar estratégias de infantilização (CAPONI, 2000, p. 13).

È necessário o olhar para além do controle social, é preciso enxergar os usuários como seres humanos que necessitam muito mais do que apenas medicamentos.

3.1 PESQUISA: trajetória metodológica.

O presente estudo teve lugar no município de Sousa-PB. A escolha da cidade deve-se ao fato de ser Sousa uma das primeiras cidades do Sertão paraibano a contar com Centro de Atenção Psicossocial no Estado.

O limite temporal da pesquisa é o ano de 2018, entretanto, dado os objetivos deste estudo, citados na introdução, é possível que o leitor seja remetido ao ano de 2001, quando foi promulgada a lei 10.216.

Através de minhas indagações formulei um questionário que abrange as três áreas profissionais que define o foco do trabalho sendo elas a Psiquiatria, a Psicologia e o Serviço Social, assim as perguntas carregam o objetivo clarear a verdadeira realidade por trás da saúde mental brasileira. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e de caráter exploratório²⁶, a ser realizado na cidade de Sousa-PB.

A pesquisa será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por serem tais espaços resultados do processo de Reforma Psiquiátrica, iniciado em 2001. Os critérios de inclusão de participantes foram devido aos mesmos estarem inseridos no processo de capcização, uma vez que na cidade estudada não houve desmanicomialização, já que existe/existia manicômios na mesma. Não participarão dessa pesquisa os usuários dos CAPS.

A coleta de dados ocorrerá através de um roteiro de entrevistas temáticas, semiestruturada. As entrevistas serão realizadas através da metodologia da história oral (entrevistas). Os dados coletados, analisado à luz da dialética marxista, esse método consiste em dois passos investigação e exposição distingue, sem separar, esses dois momentos, pressupondo que o objeto só pode ser exposto depois de ser investigado, analisado, criticamente em suas determinações essenciais (CHAGAS, 2011). Serão expostos no trabalho de forma linear e estruturados de modo a tornar conhecida a percepção dos profissionais entrevistados.

Faz-se importante destacar o princípio ético da pesquisa, bem como o sigilo profissional, resguardando o direito e a privacidade dos indivíduos que não quiserem

²⁶ A pesquisa qualitativa está mais relacionada no levantamento de dados sobre as motivações de um grupo, em compreender e interpretar determinados comportamentos, a opinião e as expectativas dos indivíduos de uma população. É exploratória, portanto não tem o intuito de obter números como resultados, **mas insights – muitas vezes imprevisíveis** – que possam nos indicar o caminho para tomada de decisão correta sobre uma questão-problema (INSTITUTOPHD, 2015).

ser expostos ou identificados, conforme a resolução do CNS 466/2012 no que se refere ao respeito e a proteção aos que participam das pesquisas. Cabe ao pesquisador estar munido de ética para desenvolver sua pesquisa, sendo seu dever o cumprimento ético, tanto da resolução citada quanto do código de ética de sua profissão.

O trabalho apresentado direciona o foco para as unidades dos CAPS III (Tozinho Gadelha), fundado em 01 de maio de 2003, situado na Rua Sady Fernandes Aragão, s/n - Gato Preto CEP: 58802-030 - Sousa – PB e o CAPS infantil (João Paulo II), fundado em 08 de maio de 2005, situado à Rua Bento Freire, 25 CEP: 58802-060 - Sousa - PB.

Analisa-se as políticas referentes à saúde mental na cidade de Sousa-PB e sua efetivação na atualidade, destacando que o desenrolar do texto será composto por análises das respostas dos profissionais que atuam nos estabelecimentos já referidos. Devido a falta de disponibilidade de todos os profissionais que atuam nas unidades pesquisadas, observo que foram entrevistados duas Psicólogas, duas Assistentes Sociais e um Psiquiatra.

Apointa-se para os eventuais riscos que possam acontecer como o desvelar das informações pesquisadas e o constrangimento que pode derivar desse fato. Neste sentido, visando minimizar os possíveis danos, os colaboradores tiveram suas identidades preservadas, para tanto usou-se nomes fictícios ou abreviaturas.

Seguindo os princípios éticos da pesquisa, este trabalho não abordará os nomes dos profissionais, sendo determinado o nome fantasia de Psicóloga 1 e Psicóloga 2, Assistente Social 1 e Assistente Social 2 e Psiquiatra.

QUADRO DOS ENTREVISTADOS			
NOME	RAÇA/COR	SEXO	PROFISSÃO
Psicóloga 1	Branca	Feminino	Psicóloga
Psicóloga 2	Negra	Feminino	Psicóloga
Assistente Social 1	Parda	Feminino	Assistente Social
Assistente Social 2	Branca	Feminino	Assistente Social
Psiquiatra	Branca	Masculino	Psiquiatra

3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SOUSA: a capcização da doença mental.

Ao considerar que até a implantação dos primeiros CAPS na cidade de Sousa, no início dos anos 2000, os sujeitos nomeados como doentes mentais viviam ou nas ruas da cidade vagando ou eram encaminhados para unidades manicomiais em outras cidades, entende-se que a criação das unidades do CAPS possa ter provocado mudanças positivas e/ou negativas na vida dos doentes mentais. Nesse sentido, visando conhecer as permanências e rupturas provocadas pela reforma antimanicomial de 2001 na cidade de Sousa-PB, perguntou-se aos colaboradores qual a opinião dos mesmos acerca da Reforma Psiquiátrica na cidade de Sousa, diz-se, quais as permanências e rupturas provocadas pela reforma antimanicomial de 2001 na cidade de Sousa – PB?

Indagadas acerca da Reforma Psiquiátrica as Psicólogas responderam:

Quanto à questão da reforma psiquiátrica, a gente tem muito a falar e ao mesmo tempo tem pouco, porque isso foi um processo, uma conquista, trazer os serviços substitutivos que são os CAPS na década de 2000, então isso aí foi uma conquista que veio gradativa e nos trouxe muito lucro porque na condição em que o paciente estava, em condições que os manicômios ofereciam, é uma vitória, no entanto, a questão da reforma está na mentalidade, e na forma dos CAPS se estruturarem, não é da forma que os pacientes ainda precisem recorrer aos hospitais psiquiátricos. Eu acredito que a palavra-chave seja humanização, e antes da reforma eu sempre coloco que é uma coisa muito esquecida e que foi um marco da reforma, o trabalho de Nise da Silveira, então a reforma começou aí, porque ela conseguiu bater de frente com toda uma estrutura psiquiátrica ortodoxa que funcionava na época, então assim, a reforma politicamente foi a partir de uma data, que a gente sempre fala, que inclusive, a gente aqui no CAPS vai até elaborar um projeto para trabalhar aqui na comunidade: a demanda do CAPS; como o que é a reforma e para que serve... Porque a mentalidade do povo diz assim, a reforma surgiu com os CAPS, então Nise da Silveira teve uma contribuição, na sua época não existia nem terapia ocupacional, então ela se atreveu, ela foi atrevida nessa questão, e assim, os profissionais da época viram que as coisas estavam funcionando e foram aderindo a forma dela tratar e não existe outra palavra, ela tratou de forma humana aqueles pacientes tão considerados objetos de uma saúde mental que não existia. Deixando claro que o objetivo do CAPS é desmedicalizar (PSICÓLOGA 1, 2018).

Então, nesse trabalho, esse projeto na realidade, a gente se baseou exatamente nessa questão da luta antimanicomial, nós vimos à necessidade de trazer esse serviço para cá, para o município de

Sousa porque nós víamos o sofrimento e o distanciamento da família dos usuários, porque todos os pacientes de saúde mental eram encaminhados para João Pessoa-PB ou para o Crato-CE, então havia esse processo hospitalocêntrico, a pessoa passava dias internados e dificultava a visita da família, entendeu, não existia nessa época a equipe multiprofissional como existe hoje. No nosso município, então, o usuário era segregado. Quando ocorre a segregação ele é excluído da sociedade e segregado em relação à família, quer dizer, passar 45 dias lá jogado, só usavam a medicação, não existia outras modalidades de tratamento, que a gente sabe que o ser humano é um todo e não só partes, a gente tem que trabalhar o paciente como um todo, a gente tem que trabalhar tanto a socialização do paciente quanto as terapias que o levam a melhorar o seu quadro psicótico. Eu sempre digo nas reuniões com as famílias que nós profissionais entramos com o cuidar, o tratar, a família é 50% da responsabilidade por esse tratamento, são os vínculos familiares que a gente preserva então. Não adianta tratar a doença se a gente não trata o doente. A verdade é que a gente busca mais o controle dessa doença e a família é peça fundamental desse tratamento. A gente vê o ser enquanto pessoa, na sua singularidade, a gente trabalha sobre o projeto de terapia singular onde a gente inclui a família a sociedade, buscando trazer essas pessoas para tratar os usuários enquanto cidadãos de direito (PSICÓLOGA 2, 2018).

Outra colaboradora observou que apesar de Sousa ser pioneira na implantação de CAPS, no Estado da Paraíba, passados pouco mais de uma década, o quadro atual é de retrocesso na questão da saúde mental. Acrescentou:

Esse CAPS mesmo foi o primeiro da cidade, da Paraíba a ser implantado, o primeiro CAPS Infantil do Estado, no entanto, nos dias em que estamos vivendo hoje, é um retrocesso. Nós não estamos mais atendendo as demandas como atendemos outrora, faltam profissionais. Hoje a gente funciona como uma equipe mínima em um município que atende oito municípios a mais e, infelizmente, sem o olhar necessário que essa política deveria ter nessa cidade. A gente tem pouco investimento na saúde mental e falta o olhar a partir do governo municipal para ajudar nesse sentido, a gente está nessa situação há quase 4 anos, esperando a melhora que sempre nos prometem, mas até agora estamos na mesma situação, isso só faz agravar a situação, visto que a gente tem hoje uma lista de espera absurda que não sai do canto, então os atendimentos são na verdade muito difícil de atingirem a população porque como trabalhamos com criança e adolescente, precisa de uma permanência maior no serviço e com poucos profissionais a agenda nunca está aberta para novos usuários serem inseridos, infelizmente essa é a nossa situação atual (ASSISTENTE SOCIAL 1, 2018).

Também a Assistente Social 2 confirma dessa ideia de retrocesso experimentado nos CAPS de Sousa. Segunda a entrevistada,

A reforma em seu início gerou muita expectativa, a ampliação dos CAPS é algo que beneficiou muito a população usuária. A cidade de Sousa ter esse atendimento, no Sertão, ganhou muito, principalmente por possibilitar o atendimento não só dos usuários, mas das regiões vizinhas, entretanto, os cortes que vem sendo realizados na atualidade acarretam em grandes rupturas para a reforma e seus ganhos estão sendo jogados fora. Os trabalhos idealizados aqui seriam benefícios para a população, entretanto, esse ideal não chegou aqui na cidade de Sousa. No início foi muito bom, mas durou pouco tempo, logo veio a negligência dos gestores, a falta de capacitação profissional é um dos fatores que mais prejudicam a atuação. No começo, em 2003, os gestores da época gostavam, tanto o prefeito quanto sua mulher se dedicavam bastante para um melhor resultado, mas isso foi sendo esquecido com as novas trocas de gestores e agora estamos apenas nas promessas (ASSISTENTE SOCIAL 2, 2018).

O Psiquiatra vê como positivo os serviços prestados pelos CAPS, conforme se observa no relato a seguir:

Um dos pontos positivos do CAPS é o tratamento contínuo do doente mental, poder realizar isso já é um avanço. Antigamente era só colocar em um asilo e pronto, eram deixados lá, havia uma falta de conhecimento científico muito grande. Hoje a Psiquiatria é a área da ciência que mais teve avanços, mais descobertas foram feitas, o descobrir do desenvolvimento da mente humana e estudos comprovados para o uso de medicamentos, pois hoje eu sei que se um paciente chega até mim dizendo que escuta vozes, eu sei exatamente qual região do cérebro que está sendo afetada e qual medicamento vai combater diretamente aquilo, então houve um avanço enorme no referencial teórico. Tem um ponto negativo: entender pessoas é complicado, são necessários tempos de conversas e isso acarreta em um diagnóstico lento, um tempo maior para se descobrir os motivos que levam [uma pessoa] a realizar tais coisas. Um problema que impede maiores avanços é a falta de profissionais psiquiatras nos CAPS, o que representa uma grande ruptura nesse processo de reforma, pois sobrecarrega o profissional atuante. A psiquiatria deve ser igual aos outros tratamentos (PSIQUIATRA, 2018).

Uma análise das respostas dos colaboradores sugere que, apesar de todos os profissionais serem favoráveis a Reforma Psiquiátrica, cada um deles tem posicionamento específico da sua área de atuação. Nesse sentido, nota-se que as Psicólogas defendem a capsicização um caminho para a humanização do

atendimento aos doentes mentais, sugerindo, inclusive, que as lutas contra o tratamento manicomial e excludente dos doentes mentais no Brasil, teve como marco os trabalhos de Nise da Silveira, nos anos 1930-1940. As mesmas sugerem que a criação dos CAPS no interior do Estado da Paraíba, busca não só um melhor tratamento para os sujeitos, mas também a participação da família como fator de extrema importância para a recuperação social dos usuários, essas são ações que se qualificam positivamente para o melhoramento social, são ações que mostram um avanço nos tratamentos.

A discussão sobre humanização vai além do próprio conceito de cura dos pacientes (FARIAS, 2016). É da realidade concreta do ser humano, da realidade que o cerca, deve analisar toda essa gama fatores de acarreta um melhor resultado ou não no tratamento.

As Assistentes Sociais, entretanto, revelam uma visão mais crítica da implementação e efetivação das políticas de Reforma Psiquiátrica, mostrando também uma realidade de escassez de recursos e descaso dos gestores com as unidades de atendimento. As representações dessas colaboradoras mostram um abismo enorme entre o projeto político que estava desenhado no papel e a efetivação da lei, caracterizando a atual conjuntura como um período de retrocesso no processo de reforma antimanicomial.

O Psiquiatra, por sua vez, destaca a importância da medicalização para o tratamento. Apontando a precarização do serviço ofertado no CAPS, onde as demandas são crescentes e o número de especialistas médicos em psiquiatria é reduzido.

Enfim, as respostas dos colaboradores mostram o quão diferente é o pensamento de cada profissional, cada um segue uma linha de pensamento distinta, o que sugere que não há um efetivo trabalho de equipe, de outra forma, o Psiquiatra, ou qualquer um dos profissionais que constituem as equipes dos CAPS investigados, estaria sobrecarregado.

Diante das declarações feitas pelos colaboradores, interessa saber como esses profissionais classificam o empenho do governo do Estado e da Prefeitura Municipal de Sousa, em efetivar as políticas voltadas para a área da saúde mental. Segundo a Psicóloga 1, a ausência do poder público na gestão dos CAPS de Sousa,

é uma carência que nós temos. Essa carência toca na questão da necessidade do Estado, dos gestores... tanto o Estado como o município devem se envolver, mas nós estamos sempre lutando e é um dos objetivos do janeiro branco²⁷, que desperte nos gestores a vontade de se envolver na campanha, ou seja, a campanha referente à saúde mental (PSICÓLOGA 1, 2018).

A Psicóloga 2, fez a seguinte observação sobre o assunto:

Bom, essa questão é o seguinte: o Estado nos dá um respaldo. Existe na Secretária de Saúde a Coordenação de Saúde Mental, que apoia todos os municípios nessa luta constante antimanicomial porque a efetivação desta política só acontece quando existe uma rede, uma Rede de Saúde Mental estrutural, porque o CAPS sozinho não faz o trabalho, porque a gente precisa de outras políticas, por exemplo, de outras secretarias, de outras instituições, pois a gente trabalha em rede aqui, a exemplo do PSF que é porta de entrada para o tratamento em saúde mental, mas aí a gente tem os CREAS, os CRAS... e tudo é articulação dessa rede para que essa política se instale e tenha sucesso, tenha êxito porque a gente sozinho não faz. É necessário a interdisciplinaridade, isso a gente faz aqui em Sousa porque se o PSF é a porta de entrada, é aí onde entram os profissionais que fazem encaminhamento para os serviços e daí vemos a nossa demanda, pois além de termos os CAPS infantil, CAPS III e CAPS ad, fazemos também a residência terapêutica, então a rede está firmada aqui dentro, então a política de saúde mental nos dá esse suporte e o Estado nos dá essa contra partida (PSICÓLOGA 2, 2018).

Como se observa, de acordo com as Psicólogas entrevistadas, a interação de Estado e Município na assistência psiquiátrica prestada nos CAPS da cidade de Sousa é efetiva. As Assistentes Sociais, por sua vez, falam das dificuldades que enfrentam a cada mudança de gestão política, o que revela que, apesar de ser um serviço de saúde essencial, os CAPS, como qualquer política nacional se presta aos interesses ou desinteresses dos gestores políticos. Veja:

Anteriormente a gente já teve uma ligação e era o coordenador de saúde mental que nos ajudava com essa ligação do Estado com o

²⁷ De acordo com informação da Psicóloga 1, a campanha “Janeiro branco” trata-se de mobilização da sociedade, durante o mês de janeiro, direcionando aos debates e planejamento de ações preventivas referentes a saúde mental. Segundo relato da mesma colaboradora: “precisamos falar sobre saúde mental, o que acontece em nossa mente, identificar sentimentos que nos incomodam, questões sociais, nossos preconceitos, numa perspectiva preventiva, cuidando do psiquismo, gerando uma cultura de saúde mental. Por isso, e preciso ir mais além: refletir todos os dias, direcionar para o autoconhecimento porque as doenças emocionais são silenciosas e difíceis de serem detectadas. Então se faz necessário promover ações como esta para despertar as pessoas para o cuidado com aspectos do psiquismo humano” (PSICÓLOGA 1, 2018).

município. Hoje os profissionais tem acesso indo direto a coordenação de saúde mental, então quando nós preparamos as atividades, a gente envia a programação pra lá, nos momentos de luta antimanicomial, então a gente tem essa ligação, mas os treinamentos que outrora aconteceram - a gente sabe que cada mudança de gestão municipal, muda o coordenador de todas as áreas-, então tem um processo que começa do zero de novo. Antes a gente conseguia fechar essa rede e sempre fazia um treinamento, falando sobre funcionamento, falando o que era perfil, o que era tarefa do CAPS, o que era tarefa do PSF e o que não era. Esse treinamento não acontece há uns 6 anos, foi o último. Hoje eu não vejo nem um [Estado], nem outro [Município], trabalhando no sentido de efetivar essas políticas aqui (ASSISTENTE SOCIAL 1, 2018).

Não ocorrem empenhos na gestão atual, questões políticas sempre marcaram o empenho em efetivar essas políticas públicas. Quando ocorre a troca de gestores, ocorre também a politicagem, onde a troca de funcionários, beneficiando os seus aliados, mesmo hoje com os concursos ainda ocorre bastante, menos que antigamente, mas ocorrem inclusive os remanejamentos, o que acarreta na desestabilização política, e essa troca de funcionários prejudica o andamento e a organização do CAPS (Assistente Social 2, 2018).

Nossa impressão sobre os usos políticos dos serviços de saúde, notadamente dos CAPS, na cidade de Sousa, ficaram em relevo, especialmente na recusa do Psiquiatra em falar sobre a questão, sob a alegação de uma possível perseguição por parte dos gestores.

Enfim, entende-se que tanto o Estado, como a Prefeitura se ausentam da responsabilidade em efetivar as políticas de reforma psiquiátrica, o que acarreta em prejuízo para os usuários desses serviços. Um fator negativo é a forma como é exercida a política no município, mostrando que, ainda nos dias de hoje, predomina uma política de “cabresto”, caracterizada por perseguição por parte dos gestores àqueles que não são de suas hostes partidárias ou que são contrárias as práticas administrativas. Nos momentos das entrevistas, alguns profissionais evitaram até o uso de gravador, mesmo a pesquisa estando pautada no código de ética e o sigilo sendo garantido, eles demonstraram desconfiança em se posicionar quanto a gestão e aos gestores em relação aos serviços de saúde mental.

Um fator destacado pela Psicóloga 2 e que se observou nos relatos dos outros profissionais foi o uso da expressão “trabalho em rede”.

Faz necessário, para efeito desta análise, compreender o conceito de “rede” aplicado às organizações sociais. Entre as diversas significações que rede vem adquirindo, apesar de não se limitar

somente a elas, servem ao propósito deste artigo as seguintes: sistema de nódulos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; e um sistema de apoio ou sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede. A rede social derivando deste conceito, passa a representar um conjunto de participantes autônomos, unindo idéias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados (SOARES, 2007).

O trabalho em rede se faz muito importante pela articulação entre os membros das unidades, garantindo respostas mais eficazes e ações conjuntas, o que melhora também a comunicação entre usuários e profissionais.

Frente o exposto, entende-se que há necessidades de mudanças nas políticas públicas de saúde mental, conforme pôde-se observar nos relatos dos nossos colaboradores. Assim, observe-se o que disse a Psicóloga 1 quando inquirida sobre o assunto:

(risos) Não preciso nem responder né? E muito, isso ai, se não existir esse aspecto, a saúde mental não caminha. Se não existir a união entre os setores à saúde mental não caminha, se não existir o interesse dos gestores, a saúde mental não anda, então é por isso que se chama rede. Então assim, é necessário mudar, porque a saúde mental não é estável, até mesmo o psiquismo, mas em saúde mental tem sempre o novo para conhecer, e as suspeitas também, agradáveis e desagradáveis. É esse novo que nós temos que estar preparados para trabalhar e acolher, tanto existe uma portaria que regride a saúde mental, que é considerada um retrocesso, quanto há portarias que reconhecem e colocam a saúde mental em um funcionamento bom para o usuário e para quem trabalha com a saúde mental. A luta sempre vai existir e essa questão dos cortes do atual Presidente significa que vai haver menos para os serviços que lutamos tanto para existir, os serviços substitutivos e aumentando a questão dos leitos manicomial, então assim, é toda uma mentalidade que não mudou, porque você pode me perguntar o motivo ainda existem em funcionamento alguns hospitais psiquiátricos, mas vejamos como são os atendimentos realizados lá, porque existe também a questão do próprio hospital ter alguns recursos que os CAPS utilizam e tornam humanitário o atendimento. Quando a gente diz assim: _ vamos fechar um hospital, é fechar uma conduta e não literalmente o hospital, porque ainda vemos muitos CAPS com condutas hospitalares e isso nos entristece, tanto na infraestrutura quanto nos trabalhadores e é por isso que é necessário discutir sobre a área e colocar a população a par, é para isso que existem as campanhas, para engajar a população a trabalhar conosco, porque a saúde mental não deve ser trabalhada apenas nos CAPS, é uma coisa que transcende (PSICÓLOGA 1, 2018).

Também a Psicóloga 2, esclarece:

Olha, não sei se você está a parte dessa nova portaria que foi sancionada agora pelo governo em que os CAPS perderam muito, perderam muito porque incluíram agora os hospitais psiquiátricos e os CAPS. Vão ser prejudicados porque vão criar ambulatórios de psiquiatria, e você sabe que hoje em dia não é só o papel do médico que funciona, então se a gente já tem uma reforma de 30 anos de luta e regredirmos dessa forma é uma perda incalculável para a saúde mental, pois vão investir mais em hospitais psiquiátricos e vão voltar àquela velha história de que os pacientes precisam ser internados e aí vão investir a verba que estava vindo para os CAPS em internamento e em CAPSad ligados ao álcool e em outras drogas. Essa perda é muito triste, é um retrocesso na política de saúde mental. Explicando essa história, foi um grupo de psiquiatras que criticavam muito esse modelo antimanicomial e essa guerra de psiquiatria com os coordenadores de saúde mental resultou nisso, pois eles achavam esse tratamento ineficaz, mas assim, se investissem mais e dessem suporte a essa rede já existente, não precisaria acontecer isso, dar um passo para frente e dois para trás, pois é isto que está acontecendo na nossa reforma porque essa luta já é de 30 anos e vai Temer e sanciona uma lei que prejudica o CAPS (PSICÓLOGA 2, 2018).

Observe que o relato da Psicóloga 2 deixa em relevo as disputas de interesses entre médicos psiquiatras, responsáveis pela gestão e medicalização dos doentes mentais, no âmbito do Hospital psiquiátrico e outros profissionais de saúde mental, à exemplo dos psicólogos.

Apesar disso, talvez por questões políticas, o Psiquiatra que atua em uma das unidades pesquisadas parece defender o modelo de atendimento ofertado pelos CAPS, o que não é regra entre os profissionais da medicina.

Sinceramente não, não deve haver mudanças nos planos atuais, mas deve haver mudanças na efetivação dessas políticas, seguir o modelo de CAPS é muito bom, ampliar os CAPS III e colocar em prática o que está no papel. Falando também da atualidade, não apoio esse retrocesso que está havendo com as mudanças do governo Temer (PSIQUIATRA, 2018).

Para as Assistentes sociais, há sim a necessidade de promover/aprofundar a reforma, conforme pode-se observar no relato a seguir:

Muito mesmo, nossa realidade é de degradação das políticas, está ocorrendo um enorme retrocesso, esses dias mesmo vi o governo Temer autorizando uma portaria em que autoriza a criação de leitos de internamentos em hospitais psiquiátricos, não podemos deixar se acabar ganhos conquistados ao longo de tantos anos (ASSISTENTE SOCIAL 2, 2018).

Como pode ser observado, com exceção profissional de psiquiatria, todas as respostas foram positivas para as mudanças nas políticas públicas de saúde mental, inclusive ressaltando a necessidade de mudar sempre, visto que o trabalho nesse campo de saúde é realizado com pessoas e isso implica na constante mudança de comportamento do ser social. As respostas foram unânimes na questão da efetivação das políticas atuais, todos mostraram insatisfação com os atuais gestores, e ressaltaram a importância de efetivar as políticas existentes, inclusive se posicionaram contra a aprovação da nova resolução Nº 32, de 14 de Dezembro de 2017 que interfere na atual situação da saúde mental²⁸. Essa portaria representa o retorno das internações em hospitais psiquiátricos. É, talvez,

a maior ameaça à política de saúde mental desde 1990; “As mudanças afrontam os direitos humanos e a reforma psiquiátrica antimanicomial adotada no país”; “O ministro da Saúde não pode desfazer numa canetada uma política de Estado amparada pela legislação federal, pelo controle social do SUS e mundialmente reconhecida por seus resultados” (Apud BITTENCOURT, 2017).

Esse momento mostra a quão fragilizada está a rede de atendimento à saúde mental brasileira, tendo em vista o descaso e os cortes de investimento realizados pelo atual governo. A reforma, como citada pelos colaboradores, está retrocedendo e, os 30 anos de luta estão sendo esmagados pelo uso desenfreado e mal conduzido dos gestores brasileiros.

Apesar dos limites impostos pela limitação de verbas e questões institucionais e disputas profissionais no âmbito da saúde mental, o atendimento nos CAPS, conforme se observou nos relatos dos entrevistados, nem sempre tem apresentado resultados positivos no que se refere à inclusão social dos sujeitos ali atendidos. Em Sousa há ainda muito caminho a ser percorrido para garantir a sociabilidade desses homens e mulheres, conforme pode-se concluir a partir dos depoimentos abaixo:

Sim, essa mudança acontece, o usuário quando chega ao serviço ele é muito bem acolhido, independente de ser indicação do CAPS ou não, nós fazemos o acolhimento, encaminhamos para o serviço mais adequado, ou para o CAPS ou para outro, elaboramos um plano

²⁸ Entre as medidas, estão a suspensão de leitos em hospitais psiquiátricos e o aumento do valor pago por diária de internação neste tipo de serviço (CANCIAN, S/D, 2017).

terapêutico para trabalharmos com aquele usuário, fazemos o trabalho com a família e o resultado é positivo. Claro que nenhum trabalho é perfeito, mas a gente busca servir o usuário que busca tratamentos para seu sofrimento psíquico, com o sofrimento que ele traz, com sua demanda, isento de preconceito. Referente à população, isso é muito relativo, falando de um modo geral sim, mas às vezes vemos que ainda existe preconceito em ser atendido no CAPS, nós vemos muito em crianças com faixa etária entre 12 e 14 anos, que chegam à escola e outras pessoas tomam conhecimento, o preconceito acontece, não tem jeito, o preconceito é cultural, não tem como não assimilar com os “doidos” (PSICÓLOGA 1, 2018).

Nas escolas, hoje em qualquer escola do município, quando a mãe diz que o filho é paciente aqui do CAPS, elas pedem um laudo para matricular as crianças e eu me pergunto para que um laudo se elas não vão ter um acompanhamento na escola, não tem nenhum profissional lá, até nas escolas ditas especiais, inclusivas da cidade, os usuários aqui eles participam das aulas até uma parte, eles não ficam com as outras crianças, eles chegam às 7:00 e às 9:00 vão para casa, então se você morar longe não vale a pena nem voltar para casa, senta na calçada e espera porque só estudam nesse horário, tem um horário diferente e uma sala diferente da inclusão, na verdade é uma exclusão e a escola conhecida como inclusiva é essa situação. As mães sempre nos questionam, a gente fala que está errado, mas existe uma fragilidade nesses pais (ASSISTENTE SOCIAL 1, 2018).

Infelizmente não, a população ainda carrega preconceito. As famílias mesmo ainda rejeitam, tive um caso de uma família que veio querendo internar o parente porque queriam ir viajar e disseram que não tinham condições de levá-lo porque ele poderia ter um surto e eu fico sem muitas opções porque ou coloco para internar por alguns dias ou as famílias abandonam e isso mostra o quanto às pessoas ainda carregam preconceitos e ao mesmo tempo mostra que elas não querem o doente mental por perto, tratam como animais que elas se cansam e abandonam (PSIQUIATRA, 2018).

Com essas afirmações, percebe-se que o preconceito ainda permanece enraizado na sociedade, nota-se uma pequena melhora no tratamento. As políticas, mesmo que aplicadas de forma rasa, formularam as unidades de CAPS como estratégias para ir adiante no combate à discriminação que sofrem os usuários, no entanto, a gestão, ou melhor, a falta de gestão implica na perpetuação da “cultura do preconceito que é muito forte e a luta não pode parar”. Neste sentido, importa saber também se os doentes mentais têm seus direitos efetivados na cidade de Sousa-PB. Segundo a Psicóloga 2,

na portaria do Ministério 336, a gente trabalha bastante isso aqui em Sousa e a gente já tem bastante sucesso aqui. Hoje os usuários vão para bancos, já são mais respeitados, participam de eventos... a

gente trabalha muito os direitos deles. Hoje, em Sousa, eles não têm todos os seus direitos efetivados, mas melhorou bastante (PSICÓLOGA 2, 2018).

Para a Assistente Social 1, os direitos dos doentes mentais não são respeitados. Relatou:

Não, com certeza não, dentre os muitos [direitos], como a gente já citou aqui, a questão das próprias vagas dos hospitais não são efetivadas; a questão do direito a escola... já teve caso de pacientes que estudavam na rede regular de ensino e simplesmente quando a gente fez a visita na instituição o menino não tinha nenhuma nota na escola e quando questionei a professora o porquê, ela disse que ele não faz prova e então eu questionei novamente o porquê dele não fazer a prova, ela me disse que o aluno vai para a escola, e sabia que ele era carente e ela levava um lanche dava para ele, ele sentava no chão e ficava comendo enquanto ela dava a aula, na hora do recreio à professora pagava um moto taxi para deixar ele em casa, então ele estava indo para a escola e não interagia com os outros alunos porque a professora não deixava e nunca teve uma nota na escola porque não precisava. Dentro da própria escola de inclusão, eles falam que sofrem preconceito dentro da escola, eles dizem que odeiam a escola porque sofrem preconceito, então como escola está trabalhando esses alunos para receber, não tem trabalho nenhum, e hoje é complicado até para a gente indicar uma melhor escola, é complicado hoje porque existe essa dificuldade enorme. É muito preconceito ao ponto de que quando as crianças sabem que os pais estão trazendo para cá elas choram, dizem que os outros vão chamar de doido porque é comum eles verem na escola esse preconceito, eles vêm os outros serem chamados de doidos e já sabem que vai acontecer com eles (ASSISTENTE SOCIAL 1, 2018).

Também o depoimento da Assistente Social 2, sugere que os direitos dos sujeitos com transtornos mentais ainda não são efetivados em Sousa, conforme pode-se verificar na citação abaixo:

Nem sempre os doentes mentais tem seus direitos efetivados, eles ainda encontram muitas barreiras que prejudicam o seu desabrochar social, um exemplo que posso dar é o atendimento precarizado que eles vem sofrendo. Como falei antes, faltam recursos para uma melhor atuação e conseqüentemente um melhor acolhimento. Foram conquistados alguns direitos, como mostra a ampliação dos CAPS nesse processo de reforma, mas tudo é muito bonito no papel, na realidade, a coisa muda de figura (ASSISTENTE SOCIAL 2, 2018).

Finalmente, o depoimento do Psiquiatra revela uma representação que difere do posicionamento dos demais entrevistados, uma vez que sendo ele o responsável

pelos diagnósticos e laudos de saúde mental, vê muitos homens e mulheres não-doentes mentais interessado em diagnósticos falso de doença mental, o que revela certa diminuição em relação ao preconceito de ser nomeado doente mental. Observe o que disse o referido colaborador:

Com as políticas atuais acho que sim, em partes, muitos vem aqui querendo ter direito que não podem ter, muitos vem pedir laudos sem necessidade, sem ter um problema grave, apenas para poder dar entrada em uma aposentadoria e acham que eu não percebo isso. Já alertei eles sobre isso, mas eles falam que mesmo assim querem tentar, isso acaba prejudicando quem realmente tem direito, pois existe uma falta de médicos para atender as demandas, sobrecarrega os profissionais e tiram a vez de quem necessita (PSIQUIATRA, 2018).

Como se observa, todos os profissionais afirmaram que os usuários alcançam alguns direitos, mas que isso está longe de ser o ideal. Alcançar alguns direitos não pode ser uma base para se contentar, alguns direitos não efetivam o todo do ser social. Os direitos sociais estão expostos no texto da Magna Carta com a finalidade de nivelar as desigualdades existentes em nossa nação, por isso a doutrina afirma que a sua natureza jurídica é o direito a igualdade (ZANETTI, 2011). Equivalente a resposta da Assistente Social 2, no papel as coisas são bem organizadas, mas na pratica a realidade se configura diferente, o que representa um dos maiores desafios para a atuação dos profissionais dos CAPS.

É sempre um desafio trabalhar com a saúde mental, de um modo geral, a gente quando trabalha com o psiquismo humano, a gente encontra sempre surpresas e são elas que nos motivam de certa forma a pesquisar mais, se aprofundar mais. Muitos casos que chegam a gente desconhece o motivo e para que a gente tenha o conhecimento é necessário estudar, objetivando os caminhos para nós ajudarmos o usuário, então assim, é sempre um desafio e isso acaba sendo bom porque nós estamos encontrando oportunidades de buscar o saber e ao mesmo tempo estudar o outro (PSICÓLOGA 1, 2018).

A gente tá sempre em constantes mudanças e os desafios, se eles não existissem, a gente seria o que? Deus né? Estamos sempre buscando formas melhores de tratar os pacientes aqui, pois eles necessitam desse tratamento mais humanizado e então o desafio é constante na nossa vida e a gente vai em frente porque se a gente não encontrar desafio que motivação vamos ter para trabalhar (PSICÓLOGA 2, 2018).

Sim, muitos! Como eu te disse há escassez de profissionais. Hoje a instituição só tem a mim como Assistente Social, então eu trabalho

30 horas e a instituição continua funcionando o resto da semana e, no dia que não estou não tem assistente social. Eu estava de férias e esse tempo ficou sem assistente social e nisso os meus trabalhos ficam parados, os ofícios que recebemos da justiça não são respondidos, nesse intervalo de tempo toda a demanda fica guardada, reprimida para que no dia que eu retornar resolver e isso já tem 8 anos, desde que estou aqui (Assistente Social 1, 2018).

Há grandes desafios. Tudo implica muito em política, a cidade gira em torno disso. A cada eleição se os candidatos atuais não ganharem ou quem apoiam não ganhar, ocorre novamente a troca de funcionários, aqui é uma política partidária, ao menos um fator positivo é que a atual gestão é apoiada pelo governador, o que facilita o andamento do CAPS, mas os gestores ainda demonstram pouco interesse pela saúde mental, o que prejudica não só a nossa atuação, mas também os próprios usuários que acabam sofrendo as consequências. Já deixei de receber estagiários por conta da precarização dos serviços prestados, acabava ficando com vergonha de não poder mostrar uma verdadeira atuação (ASSISTENTE SOCIAL 2, 2018).

Há desafios demais. É como eu falei, há falta de profissionais o que acarreta na sobrecarga dos que trabalham aqui. É um grande desafio (PSIQUIATRA, 2018).

Pelo exposto, entende-se que os profissionais da psicologia agregam que o desafio não só existe como também é um fator cotidiano, mas que isso acaba se tornando um ponto positivo, pois os desafios às conduzem a buscar novos conhecimentos, fundamentam suas metodologias de trabalho. O restante dos profissionais apontaram como principais desafios para a efetivação do trabalho nos CAPS a falta de profissionais - o que ocasiona em sobrecarga de trabalho-, assim como a falta de gestores empenhados na efetivação das políticas, o que torna o trabalho dificultoso e precarizado.

Para uma melhor atuação da equipe os profissionais entrevistados fizeram as seguintes considerações:

As possibilidades são bem amplas. Nós estamos empenhados. Não adiantar falar tanto em luta e reforma antimanicomial e janeiro branco, entre outras campanhas que envolvem saúde mental se não estiver também paralelo, oferecendo recursos para que o usuário saiam da clínica e não confie só na medicação, mas confie também nos grupos dos CAPS, a oficina terapêutica, no grupo terapêutico. É certo que nós fazemos intervenções individuais, mas não devemos ficar apenas nelas, então assim, a possibilidades é ampliar esse leque para chegar na mente do usuário de vez e fazer com que ele confie nessas outras possibilidades (PSICÓLOGA 1, 2018).

Olha, eu acho que está lançado um desafio muito grande agora para nós profissionais e trabalhadores de saúde mental, que é exatamente derrubar essa resolução Nº 32, de 14 de Dezembro de 2017 que nos leva a um descaso com nossa luta. São 30 anos de luta antimanicomial que estão querendo jogar fora, e a possibilidade da gente derrubar essa lei, eu acho que vai ser nosso lema, nosso grande desafio (PSICÓLOGA 2, 2018).

Eu acho que para começar seria realmente voltar à visão de CAPS, se a gente voltar a trabalhar como CAPS já melhora a situação, se realmente trabalharmos com os usuários que tem o nosso perfil, a gente já conseguiria filtrar essa demanda toda e realmente pensar na importância desse serviço não só para Sousa, mas para as outras regiões que são atendidas pelo serviço e, pensando nisso, conseguir profissionais suficientes para atender essa demanda, a gente sabe que o CAPS pode funcionar com a equipe mínima, mas será que essa equipe está suprimindo as necessidades do serviço? Não dá conta e, provavelmente, vão ficar pessoas que precisam sem atendimento, isso é uma luta diária de encaixar um e ficar outro de fora. É como digo, estamos funcionando, isso não quer dizer a qualidade do serviço... estamos funcionando somente e pronto. Antes, a gente já teve uma população bem diversificada, de todas as classes, hoje perdeu, hoje os usuários tem um perfil mais homogêneo e eu acho que foi justamente por causa dessa [má] prestação de serviço que, quem tinha condições deve ter começado a pagar e quem não pode fica na fila de espera. É muito triste ver uma mãe perguntando se tem como encaixar porque já fazem dois anos que está na lista de espera, e fazer o que? Para piorar, além dos poucos profissionais, alguns ainda dividem carga horária, então são 20 horas aqui e 20 horas em outro CAPS, aí já tem uma dificuldade de juntar a própria equipe para sentar e fazer os estudos de casos, e as demais coisas. Não tem como juntar, então assim, a gente tem observado que cada vez mais a gente tem oferecido um serviço muito aquém do que a gente deveria prestar, a verdade é essa. Não consegue reunir essa equipe para sentar e planejar um estudo, quando os outros aparecem não sabem o que aconteceu e sai da linha de planejamento, enquanto um faz uma coisa o outro faz outra totalmente diferente, gente que nunca se encontra... tem profissionais que só trabalham no começo da semana e outros na quinta e sexta, não tem interdisciplinaridade, aqui não tem mais o perfil de CAPS, é um ambulatório hoje, cada profissional trabalha no seu quadrado, hoje só funciona e tem o nome de CAPS, mas o serviço não é de CAPS, infelizmente (ASSISTENTE SOCIAL 1, 2018).

Para atuar melhor a Assistente Social 2, diz que é fundamental

ter liberdade profissional, poder agir criticamente de acordo com meus ensinamentos, tendo a possibilidade de atuar dignamente com condições favoráveis tanto para mim, quanto para o usuário. Outra possibilidade para uma melhor atuação seria ter mais respeito com nós profissionais, à gestão não nos considera, os profissionais estão sendo isolados, não ocorre mais reuniões de planejamentos que

possibilitavam o desenrolar das situações e fortificava a unidade, hoje em dia não ocorre interdisciplinaridade (ASSISTENTE SOCIAL 2, 2018).

O psiquiatra aponta como um fator para melhorar o desempenho das equipes dos CAPS de Sousa-PB, a necessidade de

qualificação profissional, as pessoas estão em constantes mudanças e precisamos nos aprimorar mais a cada dia. Precisamos de um efetivo comprometimento por parte dos gestores e um melhoramento da infraestrutura onde possa comportar melhor os usuários (PSIQUIATRA, 2018).

Como se sabe as possibilidades para a promoção de um atendimento melhor e mais efetivos nos CAPS de Sousa são muitas, os profissionais dos estabelecimentos pesquisados, entretanto, elencaram aquelas que eles consideram como fundamentais para garantir o atendimento condizente com o que estabelece as diretrizes dos CAPS.

Assim, faz-se importante sublinhar como apontou a Psicóloga 1, os medicamentos não podem ser o fator principal do tratamento e que as oficinas terapêuticas e outros meios de socialização devem ser mais explorados. Aline Paula Gonzatti sugere que a desmedicalização é um fator crucial para o processo de reforma. Explica:

A mudança de estratégia do tratamento de doenças mentais exige que seja criada uma rede de cuidados, objetivando o tratamento e a reinserção deste paciente no âmbito social. A articulação dos diversos serviços com os múltiplos espaços da cidade, que substituem o espaço manicomial é de suma importância para o sucesso da emancipação dos doentes mentais (GONZATTI, 2010 apud FARIAS, 2016).

Em contrapartida, considerando o lugar de saber que ocupa, o Psiquiatra considera a medicalização muito importante para o tratamento e destaca que deve haver qualificações profissionais e compromisso dos gestores. Esse dilema acerca do uso ou não de medicamentos é um embate que se prolonga por anos, chegando ao ponto elencado no começo do capítulo, querem de fato sociabilizar os usuários ou apenas controla-los?

As Assistentes Sociais destacam a importância de voltar a ter interdisciplinaridade entre os trabalhadores e unidades de atendimento, voltando aos serviços de CAPS e agregando mais funcionários para melhor responder as demandas, bem como garantir a liberdade profissional.

O que se percebe é que os profissionais estão na luta, cada um segue um caminho distinto, próprio da ciência/campo de saber que abraçaram, mas que se cruzam.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, consider-se que o processo de reforma psiquiátrica brasileiro está longe do ser o modelo necessário para humanizar o atendimento e sociabilizar os indivíduos, entretanto, é inegável que as conquistas elencadas até os dias atuais trouxeram um grande avanço para o tratamento do doente mental e que de fato, ocorreram melhorias e possibilidades de reinserir os usuários à sociedade, mostrando que humanizar o tratamento é a melhor solução para conquistar a efetivação da reforma antimanicomial.

Mais do que humanizar o tratamento é necessário humanizar o pensamento das pessoas, mostrar que os usuários, os doentes mentais precisam ter um convívio social, um convívio familiar para que sejam capazes de tomar as rédeas de suas vidas e que o preconceito com os mesmos é fruto de um saber raso, fraco de fundamentação. A população deve buscar compreender que esses sujeitos são capazes de interagir e aceitar que cada um tem a sua maneira de ser, que os mesmos não devem ser obrigados a nada, a sociedade não deve impor padrões do que é certo ou errado.

Acredita-se que os tratamentos oferecidos pelas unidades dos CAPS, se efetivados corretamente, tem muito potencial de capacitar os usuários para a vida social, que a medicalização não é o tratamento que busca realmente o melhoramento do indivíduo, não visa trata-lo e sim o controla-lo.

Durante as longas horas nas salas de espera para conseguir realizar as entrevistas, pudemos ter uma melhor aproximação com os usuários dos serviços prestados nos CAPS pesquisados, vimos o quanto são carentes no que tange a efetivação das políticas públicas, nas conversas com os mesmos pude escutar relatos sinceros da necessidade de efetivação dessas políticas. Ao conversar sobre as questões que nos moveram nessa pesquisa, os mesmos lamentaram e falaram que infelizmente a efetivação das políticas de saúde mental, notadamente, no que refere-se à Reforma Psiquiátrica, não chega até eles, e mesmo assim, pudemos perceber que ao dedicar um pouco de atenção à eles, os mesmos revelaram o desejo de quebrar o silêncio, interagindo, deixando em relevo que são sujeitos da sua história, capazes de lutar por um lugar na sociedade, longe de preconceitos.

Um dos pontos mais negativos observado durante a pesquisa realizada foi o fator político na gestão dos CAPS, posto como forma de controlar os profissionais,

de impor medo. Nos dias atuais, verificar esse tipo de prática representa um retrocesso muito grande, mas que infelizmente não exceção no Brasil, onde os representantes do povo abusam do poder político para se eleger. Tal aspecto é um fator que só atrasa o avanço das reformas em saúde mental. Pensar na atuação das unidades de CAPS sem olhar a qualidade dos serviços é algo que precisa ser combatido para garantir o avanço da reforma propalada pela Lei 10.216/2001.

A cidade permanece enraizada na cultura política, os gestores atuam sempre visando a garantia de permanência no poder, não ocorre o olhar necessário para o desenvolver social das políticas públicas, tudo se transforma em ação política, o que gera um enorme retrocesso.

Por fim, reitera a rica vivência de construir esse trabalho e permaneço na esperança de que um dia, o tratamento em saúde mental será administrado de maneira efetiva, com qualidade, de modo que todos os sujeitos que necessitem de tratamento especializado tenham acesso aos serviços, seja ele terapêutico ou médico (medicamentoso), cabe aos saberes competentes decidirem qual o melhor caminho para o efetivo atendimento do sujeito em atendimento.

5. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil/Coordenado por Paulo Amarante – Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.

AMSTALDEN, Ana; PASSOS, Eduardo. **Programa de volta para casa - A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental**. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/VPC/reforma.html>, acessado em 03 de Julho de 2017.

BARBOSA, Vitória Maria; LEAL, Fernanda de Lourdes Almeida; PAZ, Luciene Melo; OLIVEIRA, Verônica de. **A Saúde mental na Paraíba um levantamento dos dados nas secretarias municipais de saúde**. 2004.

BENELLI, Silvio José. **Goffman e as instituições totais em análise**. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/74z7q/pdf/benelli-9788568334447-03.pdf>, acessado em 10 de Dezembro de 2017.

BITTENCOURT, Julinho. **Governo Temer desmonta, com uma canetada, programa de saúde mental modelo para o mundo**. Disponível em: <https://www.revistaforum.com.br/governo-temer-desmonta-com-uma-canetada-programa-de-saude-mental-modelo-para-o-mundo/>, acessado em 10 de Fevereiro de 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12609-caps>, acessado em 11 de Novembro de 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>, acessado em 10 de Dezembro de 2017. A.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142.htm>, acessado em 10 de Dezembro de 2017. B.

BRASIL. **Memória da Loucura.** Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/basaglia.html>, acessado em 11 de Julho de 2017.

BRASIL. **Paraíba apoia reforma psiquiátrica brasileira, amplia rede assistencial e fecha manicômio.** Disponível em: <http://paraiba.pb.gov.br/paraiba-apoia-reforma-psiquiatica-brasileira-amplia-rede-assistencial-e-fecha-manicomio/>, acessado em 10 de Janeiro de 2018.

CANCIAN, Natália. **Nova política de saúde mental dará sobrevida aos hospitais psiquiátricos.** Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/12/1942890-nova-politica-de-saude-mental-dara-sobrevida-a-hospitais-psiquiatricos.shtml>, acessado em 20 de Fevereiro de 2018.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados:** uma genealogia da psiquiatria ampliada./Sandra Caponi. - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade:** uma genealogia da assistência médica./Sandra Caponi. – Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2000.

CHAGAS, Eduardo F. **O método dialético de marx:** investigação e exposição crítica do objeto. Disponível em: <http://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/1036>, acessado em 08 de Fevereiro de 2018.

COMCIENCIA. **Reforma Manicomial:** História dos manicômios. Disponível em: <http://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/manicom/manicom8.htm>, acessado em 17 de Outubro de 2017.

DISCOVERY. **Bethlem Hospital:** o manicômio mais assustador da história. Disponível em: <http://www.brasil.discovery.uol.com.br/enigma/manicomios-assombrados/bethlem-hospital-o-manicomio-mais-assustador-da-historia/>, acessado em 14 de Outubro de 2017.

FARIAS, Carine Reach. **Humanização hospitalar:** o estudo do espaço de internação psiquiátrica. Disponível em: <https://www.ipog.edu.br/download-arquivo-site.sp?arquivo=carine-rech-farias-910165.pdf>, acessado em: 06 de Fevereiro de 2018.

FILHO, Coelho Heronides. **A psiquiatria no País do Açúcar.** Recife. RODOVALHO, 1983.

FOUCAULT, Michael, 1926-1984. **História da Loucura: na Idade Clássica**/Michael Foucault; [tradução José Teixeira Coelho Neto]. – São Paulo: Perspectiva, 2012. – (Estudos; 61/dirigida por J. Guinsburg).

GONÇALVES, Albertino. **Michel Foucault e a Nave dos Loucos**. Disponível em: <https://tendimag.com/tag/sebastian-brant/>, acessado em 18 de Outubro de 2017.

INSTITUTOPHD. Pesquisa Quantitativa e Pesquisa Qualitativa: Entenda a diferença. Disponível em: <https://www.institutophd.com.br/pesquisa-quantitativa-e-pesquisa-qualitativa-entenda-a-diferenca/>, acessado em 06 de Fevereiro de 2018.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. **Os primeiros hospitais psiquiátricos**. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/farmacia/os-primeiros-hospitais-psiquiatricos/32104>, acessado em 28 de Setembro de 2017.

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

MALAVAZI, Gabriela. **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos da reforma psiquiátrica**. S/D.

MAXWELL, Kenneth. **Nau dos loucos**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/opiniao/nau-dos-loucos-18323319>, acessado em 10 de Dezembro de 2017.

MOURA, Joviane A.. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial**. 2011.

SILVA, Giselli Lucy Souza Silva. **A doença mental e a reforma psiquiátrica representadas por profissionais de saúde** / Giselli Lucy Souza Silva. – João Pessoa, 2014.

SOARES, Waldemir Alfaia. **Trabalho em Rede, um conceito que precisa ser aprofundado**. Disponível em: <http://recid.redelivre.org.br/2007/01/26/trabalho-em-rede-um-conceito-que-precisa-ser-aprofundado-3/>, acessado em 10 de Fevereiro de 2018.

SOUZA, Fani Farias de. **Os Leprosos na Idade Média**. Disponível em: <http://historianovest.blogspot.com.br/2009/12/os-leprosos-na-idade-media.html>, acessado em 17 de Outubro de 2017.

VALVERDE, Dayana Lima Dantas. **Reforma Psiquiátrica: Panorama Sócio-histórico, Político e Assistencial**. 2010.

VIEIRA, Bruna. **Loucos pela liberdade: reforma psiquiátrica aponta o fim dos manicômios**. Disponível em: <http://correiodaparaiba.com.br/cidades/inclusao/loucos->

[pela-liberdade-reforma-psiquiatrica-aponta-o-fim-dos-manicomios/](#), acessado em 09 de Janeiro de 2018.

ZANETTI, Tânia Maria. **A efetivação dos direitos sociais através das políticas públicas.** Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/efetivação-dos-direitos-sociais-atraves-das-políticas-públicas>, acessado em 08 de Fevereiro de 2018.

APÊNDICE I
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Nome: _____

Profissão: _____

Gênero: () Masculino () Feminino

2 DO OBJETO DE PESQUISA

2.1 Quais as permanências e rupturas provocadas pela reforma antimanicomial de 2011 na cidade de Sousa – PB?

2.2 Como você classificaria o empenho do Estado e da Prefeitura em efetivar as políticas públicas voltadas para a área da saúde mental?

2.3 Enxerga a necessidade de mudanças nas políticas públicas de saúde mental?

2.4 Como profissional, você enxerga mudanças no tratamento dos sujeitos nomeados como “doentes mentais” pela população da cidade de Sousa – PB?

2.5 Os “doentes mentais” tem seus direitos efetivados na cidade de Sousa-PB?

2.6 Encontra desafios para sua atuação profissional?

2.7 Quais as possibilidades para uma melhor atuação profissional?

APÊNDICE II



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
COORDENAÇÃO DE PESQUISA E EXTENSÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de pesquisa intitulada **REFORMA PSQUIÁTRICA: desafios e possibilidades para a implementação de políticas públicas voltadas para o tratamento da saúde mental na cidade de Sousa - PB.**, que está sendo desenvolvida sob a coordenação e orientação dos(as) professores Helmara Giccelli Formiga Wanderley, em conjunto com o(a) aluno(a) Carlos Iago Batista. Antes de decidir sobre sua participação é importante que entenda o motivo de a mesma estar sendo realizada e como ela se realizará, portanto, leia atentamente as informações que seguem e se tiver alguma dúvida, consulte o(a) pesquisador(a) responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa.

O objetivo desta pesquisa é Analisar e identificar a implementação das políticas públicas voltadas para a área da saúde mental, na cidade de Sousa-PB, na conjuntura de degradação de direitos imposta pelo aprofundamento da ideologia neoliberal. Busca-se conhecer os limites e as possibilidades dessa Reforma que prometeu acabar com as práticas de discriminação social contra os sujeitos nomeados pelo senso comum como loucos[as].

Este estudo será realizado com profissionais dos CAPS, que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Sua participação neste trabalho consiste em conceder entrevistas, realizadas com auxílio de gravador de voz.

Os riscos previstos na sua participação neste estudo são o constrangimento e/ou desconforto em falar sobre suas experiências/vivências cotidianas nos CAPS, entretanto, respeitando-se os preceitos éticos, caso o senhor(a) venha a sentir alguma espécie de desconforto ou constrangimento ocasionado pela coleta de dados desta pesquisa, a mesma

será imediatamente interrompida. A fim de evitar e/ou minimizar o possível constrangimento, os professores responsáveis se colocam a disposição do(a) senhor(a) para esclarecer qualquer dúvida ou para resolver qualquer questão, durante todas as etapas da pesquisa.

Apesar da existência de riscos mínimos na coleta de dados, os benefícios oferecidos serão superiores. Como benefícios proporcionados pelo presente estudo cite-se que as informações que resultarão da pesquisa poderão contribuir para o aprimoramento das práticas de inclusão social dos sujeitos que sofrem de transtornos mentais e, ainda, para o aperfeiçoamento dos CAPS.

A equipe da pesquisa permanentemente à sua disposição para prestar informações sobre o andamento da pesquisa, resultados, bem como para quaisquer esclarecimentos ou orientações que você julgar necessários em relação ao tema abordado.

Informamos que a sua participação é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com os/as pesquisadores[as], nem tampouco receberá nenhuma remuneração por isso. Você tem o direito de decidir não participar do estudo, ou de resolver desistir da participação no mesmo a qualquer momento, sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento.

Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em absoluto sigilo, assegurando proteção de sua imagem, sua privacidade e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas (artigos, livros etc.), porém sua identidade não será divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer informações que permitam a sua identificação.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual conteúdo, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas. O(A) senhor(a) receberá uma das vias e a outra ficará arquivada com os responsáveis pela pesquisa.

Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, especialmente aquelas contidas no item IV.3. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Helmara Giccelli Formiga Wanderley.

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **REFORMA PSQUIÁTRICA: desafios e possibilidades para a implementação de políticas públicas**

voltadas para o tratamento da saúde mental na cidade de Sousa - PB, e após ter lido os esclarecimentos prestados anteriormente no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ estou plenamente de acordo em participar do presente estudo, permitindo que os dados obtidos sejam utilizados para os fins da pesquisa, estando ciente que os resultados serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade será preservada. Estou ciente também que receberei uma via deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

Sousa-PB, ____/____/____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Aluno Pesquisador

Contato da pesquisadora responsável:

Profa. HELMARA GICCELLI FORMIGA WANDERLEY

Endereço: BR 230, Sousa-PB

Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - Sousa - PB

Telefone: (83) 35213250/ celular (83) 9 99083729

E-mail: helmaragiccelli@hotmail.com.br