



Universidade Federal de Ouro Preto- UFOP  
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas – ICSA  
Departamento de Serviço Social



JACIRA DE OLIVEIRA MENDES

**Afirmação da Reforma Psiquiátrica: um olhar sobre o CAPS 1 Ouro Preto**

Mariana-MG

2018

Universidade Federal de Ouro Preto- UFOP  
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas - ICSA  
Departamento de Serviço Social

JACIRA DE OLIVEIRA MENDES

## **Afirmação da Reforma Psiquiátrica: um olhar sobre o CAPS 1 Ouro Preto**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, desenvolvido sob a orientação do Prof. Me. Rafael Santiago Mendes.

Mariana-MG

2018

Catálogo na fonte elaborada pelo bibliotecário: Essevalter de Sousa - CRB6a. 1407

M538a Mendes, Jacira de Oliveira  
Afirmção da Reforma Psiquiátrica [recurso eletrônico]  
: um olhar sobre o CAPS1 Ouro Preto / Jacira de Oliveira  
Mendes.-Mariana, MG, 2018.  
1 CD-ROM; (4 3/4 pol.).

TCC (graduação em Serviço Social ) - Universidade  
Federal de Ouro Preto, Mariana, 2018

1. Reforma psiquiátrica - Teses. 2. MEM. 3. SUS -  
Teses. 4. Monografia. 5. Saude mental - Teses. 6.  
Serviço social psiquiátrico - Teses. 7. Doenças mentais  
- Tratamento - Teses. I.Mendes, Rafael Santiago. II.Universidade  
Federal de Ouro Preto - Instituto de Ciências Sociais  
Aplicadas - Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo  
e Serviço Social. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 616.89(81)  
: 15  
: 1419869

**“AFIRMAÇÃO DA REFORMA PSQUIÁTRICA: UM OLHAR SOBRE O  
CAPS1 OURO PRETO”**

JACIRA DE OLIVEIRA MENDES

Orientador: Prof.º Me. Rafael Santiago Mendes

Trabalho de Conclusão de Curso submetida ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 07 de fevereiro de 2018



---

Prof.ª Me. Isis Silva Roza  
Universidade Federal de Ouro Preto



---

Flávia Aparecida Mendes  
Assistente Social



---

Prof.º Me. Rafael Santiago Mendes (orientador)  
Universidade Federal de Ouro Preto

Às  
Minhas filhas, Luana e Camila  
“Dê-me um ponto de apoio e moverei o mundo”  
Arquimedes

Samba Enredo 2017

**Não me calo nem no pranto**

Coletivo Centro de Convivência Barreiro

Faz escuro em todo canto  
Não me calo nem no pranto  
Depois do golpe eu me levanto  
E preciso anoitecer  
Pra chegar o amanhã  
Cantarei a liberdade ainda que tam tam  
Tanta coisa se passou  
Busquei na história  
Um motivo pra lembrar  
Lá em Bauru a utopia começou  
Sonhos pra realizar  
Sou criatura sem temer  
Eu vou criar  
Minha loucura te coloca pra sambar  
Minha arte não atura  
Hospital quer me trancar  
Tempo vai e tempo vem  
Muitos perigos rodeando a cidade  
Vão condenando preto pobre de verdade  
Até quando vão levar  
Nossas crianças sem direito de sonhar?  
E não me tire o que não pode me dar  
Eu sou cidadão do mundo  
E não deixo de cantar  
Ano passado eu sofri  
Me golpearam mas ainda estou aqui  
O povo luta vai ficar e resistir  
O temeroso nunca vai nos iludir.

## AGRADECIMENTOS

Durante a elaboração deste trabalho, recebi muito apoio e incentivo para não desistir e sim persistir para terminar o curso de Serviço Social iniciado na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Agora, faz-se necessário externar meus agradecimentos, porque é com muita alegria que estou realizando o sonho de concluir uma formação de nível superior e principalmente me formar no curso de Serviço Social.

Não foi fácil sair do conforto da minha casa todas as noites debaixo de chuva ou frio para ir de Ouro Preto à Mariana após um dia de trabalho. Depois ficou mais difícil ainda quando tive que desenvolver sozinha este trabalho de conclusão de curso (TCC), longe dos amigos de classe, longe das risadas, do companheirismo. Claro que tive orientação, mas não deixa de ser uma produção solitária e o que para mim é difícil porque não consigo esvaziar a minha mente de lembranças passadas, do acelerado presente ou dos anseios futuros.

Por isso, agradeço primeiramente a Deus, meu confidente, a quem dirijo minhas preces e desabafo nos momentos difíceis, de medo, angústia, alegria, agradecimentos...

Aos meus pais, Luís e Jacinta, de quem sinto muitas saudades, agradeço pelo meu nascimento, ensinamentos e bons exemplos de bondade, honestidade, solidariedade...

Às minhas filhas, Luana e Camila, que são minhas companheiras nesta caminhada da vida, que me apoiam, me inspiram e me trazem à tona nos momentos de escuridão interior. Obrigada por me aguentarem nos dias de crise!

Ao meu neto, Luís Felipe, pelo amor e alegria que despertou em mim.

Aos meus irmãos por me demonstrarem amor incondicional e confiança em mim por saberem quem realmente eu sou no fundo do meu ser.

Aos meus genros pelo carinho e respeito!

Em especial à Dani e Nathália, pela troca de conhecimentos. Eu aprendi muito com vocês!

Às amigas Estribadas e à comadre Sandra pelo incentivo constante! Às amigas e amigos do curso Serviço Social pela amizade, troca de experiências e ajuda.

Aos professores pelos ensinamentos e dedicação. Saibam que admiro a coragem e a boa vontade que têm em transmitir conhecimento e por trabalharem na transformação que a educação é capaz de produzir.

Aos profissionais do CAPS1 Ouro Preto que me receberam de braços abertos para o estágio e me proporcionaram uma aprendizagem essencial para a conclusão do curso e para vida. Em especial à minha orientadora, Flávia Mendes, pela competência, confiança na minha

capacidade, pela dedicação do seu tempo me orientando e me preparando para o campo de trabalho.

Às mestras Cristiane Nobre e Regina Célia que começaram a minha orientação neste trabalho de conclusão de curso, pela paciência e compreensão.

Ao mestre Rafael Santiago Mendes pela orientação neste trabalho de conclusão de curso, pelas conversas calorosas, paciência, incentivo, interesse e carinho.

Às integrantes da banca, professora Isis Silva Roza e a assistente social Flávia Aparecida Mendes pela disponibilidade, atenção e contribuições.

Agradeço ao presidente da República, Lula (2003 a 2010) pela expansão das universidades que me proporcionou a oportunidade de estudar na UFOP, o sonho de uma pobre nativa foi realizado.

À todos, minha eterna GRATIDÃO!

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>CAPÍTULO I- Trajetória da percepção da loucura à Reforma Psiquiátrica</b> .....	16
<b>1.1 - A INFLUÊNCIA DE FRANCO BASAGLIA NA LUTA ANTIMANICOMIAL DO BRASIL</b> .....	22
<b>1.2 – A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL, SEUS MOVIMENTOS E BANDEIRAS</b> .....	24
<b>CAPÍTULO 2 – REFORMA PSIQUIÁTRICA HOJE: AVANÇOS, DESAFIOS</b> .....	32
<b>2.1 – A IMPORTÂNCIA DO SUS PARA EFETIVAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA</b> .....	36
<b>2.2 – A CRIAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE APOIO – CAPS</b> ....	41
<b>CAPÍTULO 3 – UM OLHAR SOBRE O CAPS 1 OURO PRETO</b> .....	48
<b>3.1 – DO EMBRIÃO À IMPLANTAÇÃO DO CAPS EM OURO PRETO</b> .....	50
<b>3.2 – DINÂMICA DO CAPS1, SEUS DESAFIOS E AVANÇOS</b> .....	54
<b>3.3 – A CONJUNTURA DE RETROCESSOS DESAFIANDO O CAPS1</b> .....	64
<b>3.4 – O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS 1 OURO PRETO</b> .....	66
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	70
<b>REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO</b> .....	74
<b>ANEXOS:</b> .....	79

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APS - Atenção Primária à Saúde  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil  
CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental  
CIT - Comissão Intergestores Tripartite  
CHPB - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
FAOP - Fundação de Arte de Ouro Preto  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
MS - Ministério da Saúde  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial  
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde  
NOB - Normas Operacionais Básicas  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PCI - Partido Comunista Italiano  
PD - Permanência Dia  
PEC - Proposta de Emenda Constitucional  
PSF - Programa Saúde da Família  
PT - Partido dos Trabalhadores  
PTI - Plano de Tratamento Individual  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
RT - Referência Técnica  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCC - Trabalho de conclusão de curso  
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## RESUMO

O trabalho ora apresentado tem como tema a afirmação da Reforma Psiquiátrica e como objeto de estudo, o CAPS1. O estudo foi realizado no município de Ouro Preto. Objetivou-se com esse estudo pesquisar os desafios e avanços que o CAPS 1 enfrenta para afirmação da Reforma Psiquiátrica. A fim de responder os objetivos traçados, o trabalho inicia contextualizando a trajetória da percepção da loucura na reforma psiquiátrica, a influência de Franco Passaglia na luta antimanicomial do Brasil, a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em seguida apresentamos a reforma psiquiátrica nos dias de hoje com seus avanços e desafios, a importância do SUS para efetivação da reforma psiquiátrica e a criação dos CAPS. Finalizando este trabalho, foi feita uma análise a respeito da afirmação da reforma psiquiátrica sob o olhar do CAPS1, Ouro Preto contextualizando a implantação do CAPS em Ouro Preto, descrevendo a dinâmica do CAPS1, seus desafios e avanços, o trabalho da assistente no CAPS1 e a influência da conjuntura atual sobre o CAPS1. A investigação realizada é do tipo exploratória com dados coletados a partir de pesquisa bibliográfica e empírica. Os dados empíricos foram coletados através de entrevistas semiestruturadas com oito profissionais dos CAPS em Ouro Preto. Os resultados da pesquisa proporcionaram conhecer o trabalho realizado pelo CAPS1, seus desafios e avanços para afirmação da Reforma Psiquiátrica com ênfase no trabalho do assistente social, relacionando toda pesquisa com a conjuntura atual.

Palavras – chave: Reforma Psiquiátrica, CAPS, SUS, saúde mental, Serviço Social, loucura.

## **ABSTRACT**

The work presented here has as its theme the affirmation of the Psychiatric Reform and as study object, the CAPS1. The study was carried out in Ouro Preto city. The objective of this study was to investigate the challenges and advances that CAPS1 faces in affirming the Psychiatric Reform. In order to respond to the objectives outlined, the work begins by contextualizing the path from the perception of insanity to Psychiatric Reform, the influence of Franco Basaglia in the antimanicomial struggle in Brazil, the anti-asylum struggle and the Psychiatric Reform also in Brazil. Then, we introduce the Psychiatric Reform in the present day with its advances and challenges, the importance of SUS for the implementation of Psychiatric Reform and the creation of the Psychosocial Care Centers (CAPS). To finishing this work, an analysis was made, regarding the affirmation of the psychiatric reform under the eyes of CAPS1, Ouro Preto, contextualizing the implementation of CAPS, describing the dynamics, its challenges and advances, the work of the social worker and the influence of the current situation on CAPS1. This is an exploratory survey, with data collected from bibliographical and empirical research. The empirical data were collected through semi-structured interviews with eight CAPS' professionals in Ouro Preto. The results of the research provided an insight into the work carried out by CAPS1, its challenges and advances in affirming the Psychiatric Reform, highlighting the work of the social worker, linking all the research with current political and social conjuncture.

Keywords: psychiatric reform, CAPS, SUS, mental health, Social Service, madness

## INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi exigência para finalização do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto. As inquietações que me levaram a desenvolver este trabalho tiveram início a partir de minha inserção enquanto estagiária no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS1, unidade Ouro Preto-MG.

Estagiando no CAPS 1, unidade Ouro Preto, pude perceber os desafios em suprir a necessidade básica dos portadores de transtorno mental. Este trabalho procura aprofundar a reflexão a partir de estudos feitos no Curso Serviço Social onde encontrei respostas para várias inquietações que me incomodavam derivadas da realidade vivida nesta sociedade capitalista da qual até então eu sentia, na pele, os efeitos, mas não sabia dar nomes.

Através da convivência com a equipe do CAPS 1, com os usuários, com os familiares dos usuários, com outros profissionais da rede de saúde do município de Ouro Preto e observando o trabalho da assistente social, que me supervisionava, comecei a fazer alguns questionamentos sobre a vida daqueles usuários, uma vez que a vida dos cidadãos ditos “normais” já está tão difícil com a atual conjuntura econômica. Como será para o portador de transtornos mentais viver nos parâmetros de uma sociedade capitalista com todos seus reflexos moralistas, normalistas e excludentes? Os portadores de transtorno mental têm acesso às políticas públicas? Se não têm acesso às políticas públicas, qual efeito dessa carência sobre os “ganhos” da reforma psiquiátrica? A reforma psiquiátrica tem conseguido de fato romper com as formas asilares de tratamento? A sociedade tem participado da luta antimanicomial? É de interesse da sociedade a luta antimanicomial? O CAPS é capaz de promover a articulação necessária com a saúde básica como determina a portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde? A Lei de saúde mental 10216/2001, conhecida como Lei de Paulo Delgado é cumprida? Quais os avanços da reforma psiquiátrica e quais os desafios para sua plena efetivação?

Baseado nestes questionamentos, este trabalho parte da reflexão feita através de bibliografia e a partir de contato direto com a realidade do CAPS 1, unidade Ouro Preto que tem como um dos principais objetivos o exercício da democratização para o acesso em saúde mental, haja visto que a cultura de inclusão/exclusão aos portadores de transtorno mental é fruto de um problema estrutural das sociedades capitalistas.

É importante frisar que, na sociedade capitalista brasileira, até a “loucura”, passou a ser uma mercadoria<sup>1</sup>, uma vez que o modelo hospitalocêntrico adotado durante a ditadura militar ficou conhecido como a indústria da loucura e teve como resultado o consumo excessivo de medicamentos e houve também a comercialização dos corpos de muitas pessoas internadas nos manicômios que morriam de doenças infectocontagiosas, devido à falta de higiene, alimentação ruim, maus tratos, depressão.

O grande consumo é um dos objetivos do capitalismo contemporâneo que pratica a lei geral da acumulação<sup>2</sup> trazendo como contradição a miséria da classe trabalhadora. Diante deste quadro da contradição existente entre capital e trabalho, a saúde mental, expressão da questão social<sup>3</sup>, encontra no CAPS a porta de entrada para seu enfrentamento.

Os CAPS foram criados como serviços substitutivos aos manicômios que eram verdadeiros depósitos humanos onde os internos sofriam todo tipo de maus tratos e privações de suas necessidades mais básicas como: comer, vestir, viver com a família e em sociedade. Muitos eram abandonados e esquecidos pelos familiares. Um grande movimento social que ficou conhecido como “Movimento da luta antimanicomial” produziu a Reforma Psiquiátrica que trouxe uma nova perspectiva de vida para os portadores de transtornos mentais, os chamados de “loucos”.

No ano de 2017 o movimento de luta antimanicomial relembra que há 30 anos atrás o II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, que ocorreu em Bauru (SP) impulsionou o movimento e trouxe à tona o lema “por uma sociedade sem manicômios”.

Portanto, este trabalho tem como objetivo principal investigar se a reforma psiquiátrica se afirma de fato, tendo o CAPS1, unidade Ouro Preto, como referência de pesquisa. E para isso será necessário contextualizar historicamente a Reforma Psiquiátrica, e o CAPS 1, unidade Ouro Preto, enfatizando seus desafios e avanços e abordar a luta

---

<sup>1</sup> Célula central de todas as relações na ordem do capital.

<sup>2</sup> “Quanto maiores a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e energia de seu crescimento, portanto também a grandeza absoluta do proletariado e força produtiva do seu trabalho, tanto maior o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível é desenvolvida pelas mesmas causas que a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército de reserva cresce, portanto, com as potências da riqueza. Mas quanto maior esse exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto mais maciça a superpopulação consolidada, cuja a miséria está em razão inversa do suplício de seu trabalho. Quanto maior, finalmente, a camada lazarenta da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior o pauperismo oficial. Essa é a lei absoluta geral da acumulação capitalista”. (MARX, 1996, p.274)

<sup>3</sup> Pode ser considerada como um conjunto das expressões das desigualdades sociais e das lutas provenientes da lógica e organização capitalista, onde a produção é cada vez mais social e o fruto do trabalho cada vez mais privado.

antimanicomial como arma de defesa ao retrocesso que está posto na atual crise política do Brasil.

Para compor este trabalho foi feito uma pesquisa bibliográfica com referências importantes sobre o assunto e contato direto com o dia a dia do CAPS1 feito através de estágio e posteriormente através de visitas para realização de entrevistas com os profissionais do CAPS1, profissional do CAPSi e profissional do CAPSad.

Ressaltamos aqui que, segundo os *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*, “a investigação da realidade é fundamental e precisa ser transversal a todas as ações”. (CFESS, 2009, p. 68). Desse modo, por considerarmos de suma importância estes parâmetros para atuação satisfatória do assistente social na saúde, optamos em aproveitar a experiência de campo de estágio e aprofundarmos as investigações através de entrevistas semiestruturadas.

Com a intenção de alcançar o objetivo proposto, este trabalho foi dividido em três capítulos e seus subitens. No primeiro capítulo, vamos apresentar um breve histórico sobre a percepção da loucura na Europa e no Brasil, a luta antimanicomial com suas bandeiras e influência e o movimento da reforma psiquiátrica. O segundo capítulo abordará os avanços e desafios da reforma psiquiátrica, criação do SUS e CAPS como dispositivos de atendimento integral e universal. O terceiro capítulo busca analisar as percepções realizadas através de entrevistas com profissionais do CAPS1 Ouro Preto relacionando com referencial teórico apresentado nos capítulos 1 e 2, na busca de investigação sobre a Afirmação da Reforma Psiquiátrica—um olhar sobre o CAPS1 Ouro Preto.

## **CAPÍTULO I- Trajetória da percepção da loucura à Reforma Psiquiátrica**

*Para que não se esqueça,  
Para que não mais aconteça,  
Por uma sociedade sem manicômios  
Franco Basaglia*

Para conhecermos melhor o processo de contestação do manicômio à necessidade de “inclusividade social, onde antes só se realizava a exclusão e a interdição dos desejos” do portador de transtorno mental (Merhy, 2003), vamos fazer um breve resumo de como a loucura era tratada.

Segundo o escritor e médico psiquiatra, Paulo Amarante, é importante considerarmos o que diz Foucault no livro “*A história da loucura na idade clássica*”. A questão central para Foucault é que na idade média há uma “partilha entre razão e loucura pela verdade”, o louco tinha liberdade para vagar pelos campos, era aceito pela sociedade que considerava haver alguma verdade em seu discurso (AMARANTE, 1995)

Em seu artigo, Resende também faz uma retrospectiva para explicar melhor esta aceitação da loucura na idade média quando cita o livro *Elogio à Loucura*, de Erasmo de Roterdã, lançado em 1509, onde lemos que “a loucura parecida diluída imprecisamente em todos os homens, era, por assim dizer, natural.” (REZENDE, 2000, p.19).

Além disso, Resende (2000) afirma que a loucura era um fenômeno exíguo, dado que as comunidades eram pequenas e a expectativa de vida curta, o que extinguiu o aparecimento de transtornos que poderiam surgir na velhice. Além do mais, a condição para o trabalho não se mostrava determinante naquela sociedade, ou seja, a habilidade laboral não constituía um valor em si, que diferenciava o “normal do louco”.

Porém, vale dizer, que essa aceitação era restrita, ao passo que, apesar de gozar de liberdade, o louco era comumente alvo de chacotas, como se observa em registros históricos pré-capitalistas, de acordo com Resende (2000).

A loucura passa a ser vista de forma diferente a partir do momento que “a sociedade cria regras supra individuais que obrigam os indivíduos a se comportarem de forma contida em prol do bem-estar coletivo, e, mais do que isso, em benefício da produção e reprodução da vida social em congruência com a economia” (RESENDE 2000, p. 20).

Logo, a loucura é considerada um problema social com o declínio do campesinato e a instauração da manufatura. Esse tipo de trabalho inaugurava uma nova noção, mais racional

do processo de trabalho, que por sua vez, engendrava um aparato jurídico ao qual cabia coibir “a mendicância, a vagabundagem e a ociosidade”. Esse aparato era assentado em medidas extremamente repressivas e viabilizado através de instituições criadas para esse fim, como “casas de correção e trabalho e os chamados hospitais gerais” (RESENDE 2000, p.23, 24).

Assim, na idade clássica<sup>4</sup>, o louco passa a ser recolhido juntamente com os leprosos, prostitutas, vagabundos, ladrões e outros que representassem uma ameaça à sociedade. Esse enclausuramento não era feito com a intenção de medicalização, sendo o louco e os demais “fora da ordem” considerados despossuídos de razão e, portanto, eram segregados do convívio com a sociedade, tratados por muitas instituições como criminosos ou endemoniados.

Com a difusão das ideias do iluminismo<sup>5</sup>, os princípios da Revolução Francesa, “liberdade, igualdade e fraternidade” e a declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos, no final do século XVIII, cresceu também o número de denúncias contra o sistema ao qual os loucos eram submetidos, que Resende (2000, p. 25) define como “sequestrações”, pois eram internações arbitrárias. A esse movimento foi dado o nome de “tratamento moral”. Passou-se então a defender a separação dos loucos dos demais a fim de tratá-los adequada e sistematicamente

O “tratamento moral” ecoa das ideias de Phillipe Pinel<sup>6</sup>, e, embora não tenha se constituído em um campo acabado de conhecimento, como afirma Resende (2000, p. 27), é definido como “a utilização conveniente da disciplina, onde todos os aspectos que compõem a instituição asilar concorrem para esse fim” (AMARANTE apud RESENDE, 2000, p. 26)

Pinel é o primeiro a desacorrentar os loucos que eram presos em porções, excluídos da sociedade que os temiam por julgá-los agressivos e perigosos. Imortalizou-se por considerar que os seres humanos que sofriam de perturbações mentais deveriam ser tratados como doentes e não acorrentados. Foi também o primeiro médico a tentar descrever e classificar algumas perturbações mentais, demência precoce ou esquizofrenia. Baniu tratamentos antigos, tais como sangrias, vômitos induzidos, purgações e ventosas, substituindo-as por tratamento digno e respeitoso, que inclui terapias ocupacionais. Dentro dessa linha, foi um

---

<sup>4</sup>Entende-se pelo período entre a idade média e o século XVIII.

<sup>5</sup>Este movimento surgiu na França do século XVII e defendia o domínio da razão sobre a visão teocêntrica que dominava a Europa desde a Idade Média. Segundo os filósofos iluministas, esta forma de pensamento tinha o propósito de iluminar as trevas em que se encontrava a sociedade.

<sup>6</sup>Philippe Pinel (1745-1826) foi pioneiro no tratamento de doentes mentais e um dos precursores da psiquiatria moderna. Formado em medicina pela Universidade de Toulouse (França), dirigiu os hospitais de Bicêtre e Salpêtrière.

dos primeiros a libertar os pacientes dos manicômios e das correntes, propiciando-lhes liberdade de movimentos por si só terapêutica. (Sec. Saúde S.P., 2013)

Vê-se, portanto, que a partir da idade clássica até a modernidade a loucura ficará cada vez mais vinculada ao discurso psiquiátrico. Consequentemente a “liberdade” da qual o louco desfrutava na idade média, vai cada vez mais sendo limitada. Surge a psiquiatria como instituição com poder para classificar, estudar, coibir e registrar o discurso do louco no âmbito da medicina e do hospital. A “liberdade” da qual o louco desfrutava na idade média, continua sendo limitada.

Retomo apenas um episódio, contado pelo filho e biógrafo de Pinel, Scipion Pinel, e comentado, entre outros, por Foucault (1993, p. 460) e Serpa Jr. (1996, p. 17-8). Reza a lenda que, em 1793, Couthon (uma das três maiores autoridades da revolução francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) teria inspecionado pessoalmente o hospital de Bicêtre, recém-assumido por Pinel. Após os primeiros contatos com os loucos, Couthon teria dado por encerrada a inspeção, dizendo ao responsável: Ah! cidadão, você também é louco de querer desacorrentar tais animais? ... Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção. Ao que Pinel teria respondido: Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousou esperar muito de meios completamente diferentes. O gesto pineliano de desacorrentar os loucos para implementar meios completamente diferentes, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma. (TENÓRIO, 2002, p.26).

Sendo assim, desde Philippe Pinel até a modernidade, a loucura vai sendo cada vez mais tutelada e, com o endosso da psiquiatria, cujo poder acabara de emergir, não será curada ou libertada, mas, pelo contrário cada vez mais segregada e asilada. (AMARANTE, 1995)

Percebemos então que a loucura era respeitada na idade média e que com o advento da modernidade os valores sociais se voltam cada vez mais para o campo econômico e as pessoas se tornam força de trabalho em potencial. Isso muda a posição da loucura e do louco na sociedade, pois a partir de agora a loucura deverá ser tratada. Não é por acaso que surge a psiquiatria como disciplina destinada aos processos desta questão. Tudo isso diz respeito à trajetória da loucura à psiquiatria na Europa, mas e no Brasil? Quais as particularidades histórico-sociais?

No período colonial, a princípio, o louco não representava uma ameaça à sociedade, os ricos eram tratados na Europa e os pobres sumiam no que hoje é considerado o enorme território brasileiro. Não se identificava a necessidade de intervir nessas condutas, encarando-

as como expressão de individualidade. Entretanto, ao endossarem a categoria dos desocupados<sup>7</sup> são “arrastados na rede comum da repressão à desordem” (Resende, 2000, p66).

A atenção à loucura no Brasil difere-se da história europeia, como aponta Resende (2000):

No Brasil o doente mental faz sua aparição na cena das cidades, igualmente em meio a um contexto de desordem e ameaça à paz social, mas, diferentemente do que se observou na Europa, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, tradicionalmente pouco discriminatória para diferença. Ou seja, aquelas condições classicamente invocadas como determinantes de um corte a partir do que o insano torna-se um problema [...] ainda não tinha se instalado no Brasil e a circulação de doentes pelas cidades pedia providência das autoridades. (RESENDE, 2000, p. 37)

Desta forma, declara Resende (2000) que os motivos que levam ao enclausuramento dos loucos se assemelham a Europa: ociosidade, desordem, perturbação e entrave ao crescimento econômico.

No início do século XIX com a urbanização das cidades, as epidemias começaram a incomodar os negócios agrários. Em vista disso, se introduz o termo sanitarismo que compreendia a ideia de varrer das cidades os mendigos, doentes, vadios e loucos. Surge, então, a necessidade de um lugar para esconder estas pessoas, o que incentivou a criação do primeiro hospício no Rio de Janeiro por D. Pedro II em 1852, que levava o nome do seu fundador. Um ano depois da sua inauguração, o hospício já estava superlotado (Resende, 2000).

Daí em diante foram criados diversos manicômios em vários estados brasileiros. Muitos eram denominados colônias agrícolas, pois se localizavam em áreas rurais ou muito afastados das grandes cidades, com acesso ruim, com o pretexto de proporcionar ar puro e tranquilidade aos internos e de usar o trabalho como atividade terapêutica. Na verdade, esses locais eram usados para esconder os loucos da sociedade por se tratarem de “uma ameaça à ordem e à paz social” (Resende, 2000)

Segundo Resende (2000) “A ideia da implantação de colônias agrícolas para doentes mentais se coadunava com a decantada vocação agrária da sociedade brasileira”. É o caso do Hospício de Juqueri no Estado de São Paulo, com capacidade inicial para 800 pessoas, que pretendia recuperar os internos através do trabalho e devolvê-los para a sociedade como cidadãos úteis. Observa-se, então, uma relação destes manicômios espalhados por todo

---

<sup>7</sup>A economia fundada no trabalho servil fazia com que o trabalho fosse tido como atividade degradante e pejorativa e os trabalhadores, pessoas indignas. Deste modo, crescia uma massa que não se sujeitava ao trabalho e, por vezes, enveredavam-se para o crime. (RESENDE, 2000, p. 34)

território nacional sendo muitos deles colônias agrícolas, onde “o trabalho passou a ser ao mesmo tempo, meio e fim do tratamento” (RESENDE, 2000, p.55).

Uma particularidade deste período foi a influência do psiquiatra mais famoso no Brasil, Juliano Moreira, que propunha o tratamento dos doentes mentais através do trabalho, terapia esta adotada em vários hospícios. Um exemplo disso é o Hospício Juliano Moreira inaugurado em 1927, na Paraíba, em homenagem ao referido psiquiatra.

Com superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, espaço físico decadente, as colônias agrícolas foram abandonando o trabalho no campo como atividade terapêutica, uma vez que se contrapunha ao país que se industrializava (RESENDE, 2000).

Assim, os manicômios passaram a ser simplesmente depósitos humanos onde os internos passavam por tratamentos como uso de eletrochoques, banhos frios e quentes e muitos maus tratos como dormir em cima de capim, permanecer ao relento, acorrentados e aprisionados.

Um dos manicômios mais conhecidos na época foi o Hospital Colônia, em Barbacena, Minas Gerais, criado em 1929, descrito no livro-reportagem, “*Holocausto Brasileiro*”, de Daniela Arbex. Os pacientes psiquiátricos sofreram toda a sorte de constrangimentos, até mesmo na hora da morte, sendo estas computadas em mais de 60 mil, o que a autora classifica de ‘genocídio’. Muitos nem sabiam as razões de estar no Hospital Colônia. Não havia critérios para internação e era rotina padronizar os diagnósticos. A maioria dos pacientes era internada no Hospital Colônia apenas por apresentarem algum tipo de incômodo, como diz Arbex (2013):

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, pessoas rebeldes, gente que tornara incômoda ou ameaçava a ordem pública. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado os seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta eram crianças[...] O Colônia transformou o destino de desafetos, militantes políticos, mendigos, negros, pobres, e, todos os tipos de indesejados, inclusive os insanos. (ARBEX, 2013, p. 26)

Segundo Arbex (2013), entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para faculdades de medicina do país, sem que ninguém contestasse. O cemitério onde eram enterrados os corpos não os comportava, a sinistra solução era decompor os cadáveres em ácido no pátio bem em frente aos internos e comercializar as ossadas.

A realidade do Hospital Colônia expõe a política de saúde mental no Brasil, ao passo que todas as atrocidades cometidas ali tinham a anuência das instâncias médicas e administrativas. A oposição ao tratamento dispensado no Hospital Colônia não era levada a sério. O consentimento do Poder Público é evidente – e terrificante – podendo ser exemplificado na recomendação, em 1959, para que outros hospitais, assim como o Hospital Colônia, utilizassem o chamado leito chão, que consistia em capim no lugar de camas. O capim ficava ao sol durante o dia para secar e era utilizado durante a noite. Contudo, os internos ficavam nus e deitados sobre capim no chão em noites frias, isso provocou a morte de milhares deles (Arbex, 2013). Se este resultado foi providencial ou mesmo intencional é uma questão que fica. Onde anteriormente era o Hospital Colônia hoje é o Centro Hospitalar Psiquiátrico e ainda possui alguns internos. No CHPB existe um prédio onde está instalado o Museu da Loucura aberto a visitas.

Por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde, em novembro de 1963, tiveram início às discussões sobre a Reforma Sanitária que pretendia superar o modelo sanitário campanhista em vigor, propondo sua substituição por uma rede municipalizada de saúde. O Golpe Militar de 1964 interrompeu essas discussões, confiscando os poderes locais, deixando os municípios sem autonomia de gestão e os recursos financeiros subordinados ao apoio político da ditadura, fragilizando a capacidade de formulação e gestão das ações locais de saúde, pelos vinte anos subseqüente (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2002)

A partir de 1964, com a ditadura militar, houve então uma reforma institucional do governo que impedia o debate aprofundado sobre o tratamento dispensado à insanidade. Em contraponto, essa reforma, que visava o fortalecimento do “capital”, possibilitou a privatização em conformidade com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1960, passando o Estado a utilizar os serviços psiquiátricos do setor privado. Isso favoreceu a empresa médico-industrial, que culminou na medicalização massiva, engendrando uma indústria da loucura. Amarante (1995). Isso é a loucura: antes era um impasse ao progresso, agora tornou-se lucrativa.

Resende (2000) preconiza que as internações em hospitais privados praticamente triplicaram entre 1965 e 1970. O autor ressalta também que havia uma preocupação tangível de diferenciar o hospital privado previdenciário do hospital público, principalmente no que dizia respeito à hotelaria – e não ao tratamento em si ou busca pela cura.

Ainda de acordo com Resende (2000), muitas moções foram registradas no início da década de 70 no intuito de que fosse empregado algum empenho curativo no tratamento à loucura. Essas moções estavam alinhadas ao contexto econômico, onde verificava-se a

escassez de mão de obra, por isso, as propostas objetivavam um tratamento não isolado mas que permitisse o vínculo do paciente com o trabalho.

Em resposta a isso se destacam o controle sobre o tempo de permanência, a repressão da internação e a minimização dos encaminhamentos nesse sentido. Em 1972, o Ministério da Saúde lança os princípios básicos norteadores da assistência psiquiátrica no Brasil (Resende, 2000).

Entretanto, a atenção dada à psiquiatria no país se esvai em meados da década de 70, devido a evidenciação da assistência médica por vários fatores, tais quais, o aumento da morbidade e mortalidade infantil, o aumento de doenças crônicas, inclusive as epidemias de meningite e a extensão da cobertura previdenciária como estratégia de governo que vinha perdendo legitimidade (RESENDE, 2000, p. 66).

Mais tarde, em 1978, emergem movimentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que questionam as políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época (Vasconcelos, 2010). Somado a esse movimento temos também a intervenção de psiquiatras de renome, principalmente Franco Basaglia. Considerando a importância deste psiquiatra italiano, Franco Basaglia, para a luta antimanicomial brasileira, trataremos agora brevemente as linhas gerais da sua perspectiva e influência.

Antes de apresentarmos um resumo da trajetória da luta contra o que vinha acontecendo nos manicômios, dissertaremos um pouco sobre a influência de Franco Basaglia, pois o seu trabalho foi de grande importância nesse movimento aqui no Brasil.

## **1.1 - A INFLUÊNCIA DE FRANCO BASAGLIA NA LUTA ANTIMANICOMIAL DO BRASIL**

A partir da atuação de Franco Basaglia, foi aprovada na Itália em 1978, a lei 180, que determina a extinção dos manicômios, sendo o primeiro a conseguir isso, e a reformulação das práticas psiquiátricas. A lei ficou conhecida como Lei Basaglia. (Amarante, 1995)

Amarante (1995) narra que a crítica de Basaglia à psiquiatria tradicional tem início na década de 60, no manicômio de Gorizia<sup>8</sup>, através de um trabalho de humanização do hospital. Porém, tornava-se urgente superar a simples humanização dos manicômios, pois esta experiência em Gorizia, revelou à Basaglia a estrutura excludente dos manicômios. A partir

---

<sup>8</sup> Gorizia é cidade italiana onde Basaglia trabalhou

daí surgem os três pilares de crítica da tradição basagliana: “a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, a origem de classe das pessoas internadas e a não-neutralidade da ciência” (BARROS, apud AMARANTE, 1995, P. 47)

Segundo Amarante (1995) o trabalho de Basaglia continuou na cidade de Trieste – Itália, com o objetivo de combater com o preconceito que desvaloriza o louco e em contrapartida trabalhar a sua autonomia para que diante de tantas questões passe a falar de si mesmo. Amarante descreve um pouco do trabalho de Basaglia em Trieste:

Basaglia chega à Trieste em outubro de 1971, onde dá início a um processo de desmontagem do aparato manicomial, seguido da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Assim, são construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana. São abertos também vários grupos-apartamento, que são residências onde moram usuários, algumas vezes sós, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes. (AMARANTE, 1995, P. 49)

Com a repercussão das experiências em Gorizia e Trieste, o Partido Radical (Itália) propõe um referendun para a revogação da legislação psiquiátrica na Itália em vigor (que datava do ano de 1904), intencionando a suspensão do controle institucional sobre os loucos e a loucura. Antes da realização do referendun, o Estado cria uma comissão de especialistas para revisão da legislação italiana. O trabalho e o pensamento de Basaglia é que possibilita este debate, sendo que ele mesmo não participa desta comissão. Em 13 de maio de 1978 é aprovada a Lei 180, que fica assim conhecida como Lei Basaglia por ter como inspiração as suas ideias. (Amarante, 1995)

No mesmo ano em que fora aprovada a Lei Basaglia, Franco Basaglia visita o Brasil e participa de encontros com o MTSM, o que será decisivo para a psiquiatria nacional. Basaglia volta no ano seguinte, 1979, fortalecendo o debate sobre as condições degradantes dos asilos psiquiátricos no Brasil como, por exemplo, o Hospital Colônia de Barbacena, local que visitou e comparou a um campo de concentração. A presença de Basaglia atraiu a atenção da imprensa e gerou uma série de reportagens, como as de Hiram Firmino sob o título “*Nos porões da loucura*” e o importante documentário de Helvécio Ratton, “*Em Nome da Razão*” de 1980. (Amarante, 1995)

Segundo Amarante (1995), a consequência mais importante da influência de Basaglia se deu em 1989, em Santos, onde, após várias mortes, a Clínica Psiquiátrica Anchieta é fechada e a Prefeitura de Santos passa a adotar métodos semelhantes aos de Basaglia, criando

oficinas de trabalho para geração de renda dos ex-internos, cooperativas de trabalho, projetos culturais de inserção social, com destaque para o rádio e a TV Tam Tam. A partir daí, somado à movimentação da luta antimanicomial, o modelo hospitalocêntrico começa a ser questionado e a renovação da assistência psiquiátrica espalha-se por todo Brasil.

Assim, após vermos a fundamental influência de Basaglia no movimento antimanicomial no Brasil, vamos acompanhar agora o resumo da história desse movimento.

## **1.2 – A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL, SEUS MOVIMENTOS E BANDEIRAS**

Como apontado anteriormente, a década de 1970 foi marcada por uma notável efervescência política. O combate ao autoritarismo estatal faz com que surjam questionamentos em todas as esferas sociais e colocam a loucura novamente em voga, tendo em vista a insatisfação com a assistência pública e com a expansão da saúde privada junto às incontáveis denúncias de maus tratos nos hospícios do país. Quem nos conta como surgiram estas denúncias é Amarante (2006), um dos denunciantes na época:

Em 1978, eu e mais dois colegas plantonistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, decidimos denunciar uma série de violações aos direitos humanos das pessoas lá internadas. Como se tratou de uma denúncia escrita, registrada em documento oficial, a resposta foi imediata e violenta, como era comum naqueles tempos. Além de nós três, foram demitidos mais 263 profissionais que ousaram nos defender ou que confirmaram nossas denúncias. (AMARANTE, 2006)

Surge, a partir daí, embasado em uma postura humanitária, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que foi de extrema importância para a reforma psiquiátrica e que originou o movimento da luta antimanicomial nos anos que se seguiram.

Paralelamente ao movimento de reforma psiquiátrica, emergia o movimento da reforma sanitária muito importante para a realização da reforma psiquiátrica, como explica Tenório (2002):

A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. A importância é colocada na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o

problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico. (TENÓRIO, 2002, p. 32)

O MTSM passa então a promover debates, encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações, entidades da sociedade, produz abaixo-assinados, cartas abertas, cartas às autoridades de saúde, notas públicas, sendo que sobre isso, Vasconcelos (2010), destaca os principais objetivos e palavras de ordem no período de efervescência do MTSM:

- denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;
- denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS;
- denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;
- primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços. (VASCONCELOS, 2010, p. 23)

A década de 80 é marcada pelo período de luta pela desinstitucionalização, no âmbito do desejo de construir uma sociedade democrática pós-ditadura. Nesta época aconteceram muitos eventos importantes, os quais merecem destaque:

- A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986
- I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987
- II Congresso Nacional de Trabalhadores de saúde mental, conhecido como o Congresso de Bauru, em 1987.
- A criação do I Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo, em 1987
- O 1º Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos, em 1989
- A apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado ou “Projeto Paulo Delgado”.
- II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992.
- A criação da associação Loucos pela Vida- 1995

Essa série de eventos marca uma ruptura com o modelo manicomial, dando início ao processo de reforma psiquiátrica brasileira, gerando uma mudança não só no aspecto técnico-assistencial, como também no que diz respeito às referências político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1995, p.75)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em Brasília no período de 17 a 21 de março de 1986 e diferente das outras que tinham a participação somente de profissionais e

tecnocratas do setor da saúde, esta conferência teve ampla participação popular, com usuários e familiares que participaram de pré-conferências estaduais e municipais.

O plenário dos trabalhadores de saúde mental organizou vários encontros para criar um fórum independente de discussões e criticar as políticas oficiais em relação à saúde mental (MTSM, 1987). O encontro de janeiro de 1986 teve a participação de Franco Rotelli, diretor do Serviço de Saúde Mental de Trieste, desde a saída de Basaglia. Este argumentou que o “problema da exclusão é mais cultural que econômico (Amarante, 1995, p. 79). A partir desse encontro o processo de desinstitucionalização passa mais para o caráter antimanicomial e, em relação ao aspecto teórico conceitual, a influência de Basaglia torna-se fundamental para o MTSM.

A luta antimanicomial tem seus ganhos e perdas na década de 1980. Em 1982, a vitória de governos estaduais oposicionistas (Tancredo Neves) permite a entrada de lideranças do MTSM nas secretarias estaduais de saúde, o que possibilitou a intervenção nos hospitais psiquiátricos. Mas, em 1987, houve o fechamento político para os interesses democrático-populares e para as políticas de saúde mental, tendo em vista o governo federal de Sarney, em São Paulo, o governo de Fleury e, em Minas Gerais, o de Newton Cardoso. Apesar disso, algumas conquistas foram realizadas, como a Constituição de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica de Saúde que apontavam para a construção do Sistema único de Saúde (SUS). (VASCONCELOS, 2010, p. 24)

Nesse período, uma ala do MTSM faz crítica ao próprio movimento alegando que o MTSM se restringiu às lutas a partir de dentro do aparelho de Estado, salientando que era necessária uma realiança do movimento de saúde mental com os movimentos populares e com a opinião pública em geral. Os militantes do MTSM, ao se inspirarem no modelo proposto por Basaglia, sugerem um avanço dos objetivos estratégicos:

Colocar em xeque o hospital psiquiátrico convencional como dispositivo terapêutico, através da bandeira “Por uma sociedade sem Manicômios”, lutando-se pela implantação de serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional (VASCONCELOS, 2010, p. 26).

O MTSM passa, a partir de outros encontros, a consolidar sua posição, propondo sua separação do Estado e intervindo sócio culturalmente para discutir a loucura e a psiquiatria. Daí consolida-se o Lema do MTSM: “Por uma sociedade sem manicômios”.

Após vários encontros e discussões sobre a saúde mental realiza-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental em Junho de 1987, na UERJ Universidade Estadual do Rio de

Janeiro. Esta Conferência foi importante pela mudança teórica e política do MTSM que se afastou do Estado e por sua aproximação dos usuários e familiares (AMARANTE, 1995).

No II Congresso Nacional do MTSM, que foi realizado entre 03 a 06 de dezembro de 1987 em Bauru, houve apoio do Partido dos Trabalhadores. As discussões giraram em torno de três temas principais:

1. Por uma sociedade sem manicômios. 2. Organização dos trabalhadores de saúde mental. 3. Análise e reflexão das nossas práticas concretas. Esse Congresso, reunindo familiares e trabalhadores da saúde mental, tomou as ruas de Bauru numa primeira manifestação pública pela extinção dos manicômios (AMARANTE, 1995).

A aproximação do MTSM a outros setores da sociedade vai gerar outro marco importante neste processo: As associações de usuários e familiares. Em São Paulo, em torno do Hospital Colônia Juqueri é criada a “Associação Loucos pela Vida”. Essa e outras entidades foram importantes na renovação das práticas e cuidados com os usuários e na transformação do modelo tradicional de tratamento, que previa o asilo. (AMARANTE, 1995).

Já o congresso de Bauru marcou a mudança na luta antimanicomial e teve outras ações como consequência. Uma dessas consequências foi a criação do primeiro CAPS - Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo no ano de 1987, conhecido como o CAPS da Rua Itapeva. Esse Centro vai gerar várias mudanças no serviço prestado aos usuários. Como propunha o projeto inicial, o CAPS funcionaria como filtro entre hospital e comunidade e seu modo de tratar o usuário seria no sentido de integrá-lo à sociedade. (AMARANTE, 1995).

Um termômetro da importância da luta antimanicomial no cenário político e social do país na conjuntura em questão foi a Constituição Federal de 1988. Ela absorve os princípios defendidos pela Reforma Sanitária e apresenta noções importantes no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica na seção dedicada exclusivamente à saúde.

Em 3 de maio de 1989, houve uma virada na construção da Reforma Psiquiátrica brasileira. Com o escândalo descoberto na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, a Prefeitura fechou a instituição, o que possibilitou o surgimento de um modelo não manicomial. Assim, apareceu o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). A partir de então o Ministério da Saúde regulamentou e implantou os NAPS e CAPS por todo país.

O caso de Santos deu visibilidade nacional à questão, sendo assim, para substituir o modelo manicomial, o Deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresenta o projeto de Lei 3.657/89 que significava uma mudança jurídico-político e mental e propunha a extinção progressiva dos manicômios.

A apresentação do Projeto de Lei 3.657/89 propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e objetivava a extinção progressiva dos manicômios no país. Entretanto, foi somente depois de doze anos de tramitação pelo Congresso que veio a aprovação, sendo transformado na Lei 10.216, em 6 de abril de 2001, a qual ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou ainda Lei Paulo Delgado. Esta garante o processo de substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial (BRASIL, 2001).

Muitos estados também aprovaram seus projetos de lei neste mesmo sentido, consolidando esse processo de mudanças. Sobre a Lei 10.216 da Reforma psiquiátrica e participação dos usuários e familiares, destaca-se que:

É necessário o acompanhamento da aplicação da Lei, porque as mudanças dependem também da participação da sociedade, do interesse dos profissionais em mudar, das reivindicações sociais e da avaliação das transformações operadas. A Lei é condição necessária, mas não suficiente para a mudança. Urge a efetivação dessa intenção pelo gesto: pela municipalização das ações de saúde mental, como política do SUS (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2002, p.9).

Ainda com a finalidade do fortalecimento do movimento, institui-se o dia Nacional da Luta Antimanicomial em 18 de maio, que busca expandir através da união cada vez mais pessoas ligadas a essa causa. Após esta contextualização histórica da gênese e do desenvolvimento da luta antimanicomial, no Brasil, trataremos, a seguir, detidamente sobre a reforma psiquiátrica.

### **1.3 - A REFORMA PSIQUIÁTRIA NO BRASIL**

Um dos principais marcos para a reforma psiquiátrica reivindicada pelo Movimento de luta antimanicomial foi o projeto de Lei Paulo Delgado lançado em 1989, propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial, acompanhado também da Conferência de Caracas, 1990 e da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, abrindo um novo período de consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil.

A partir daí inicia-se o processo de desinstitucionalização psiquiátrica e abertura de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo Brasil que iriam substituir os manicômios e hospitais psiquiátricos convencionais.

Segundo Tenório (2002), a reforma psiquiátrica vai além de aperfeiçoar e humanizar asilos, mas também garantir a cidadania dos portadores de transtorno mental:

[...] a marca distintiva da reforma psiquiátrica está no fato de que, nas últimas décadas, a noção de reforma ganha uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle. A expressão reforma psiquiátrica passa então a exigir uma adjetivação precisa, denotando um movimento que tem como característica essencial: no Brasil da restauração democrática, sua característica dominante é o repto da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. O desafio paradoxal da cidadania interdita. (DELGADO, 1992 apud Tenório, 2001, p. 27)

A promulgação da Lei 10.216, de 2001, “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais” se mostra como um avanço significativo, colocando o Brasil no grupo de países que possuem uma moderna legislação no que tange à saúde mental (ALVES, 2008).

Essa lei manifesta a cidadania e dignidade do portador de transtornos mentais como elementos inalienáveis, cuja aplicação deve se dar sem preconceito de qualquer espécie. Seu segundo artigo declara:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001)

A lei 10.216 traz uma inovação importante ao regulamentar os tipos de internação por transtorno mental que só podem ser feitas após laudo médico. São elas: internação voluntária, involuntária e compulsória, sendo a última cabível apenas por determinação do juiz competente. Essa regulamentação afirma a internação como recurso último, vedando ainda a inserção em instituições com características asilares, além de buscar fortalecer os serviços substitutivos (RIBEIRO, 2010)

Pode-se pontuar também como progresso advindo da citada norma a previsão de desinstitucionalização dos pacientes executada por uma política de reinserção social, com assistência sistemática e uso de serviços extra hospitalares (RIBEIRO, 2010).

Sendo assim, a lei 10216 objetiva explicitamente inaugurar um novo modelo de cuidado da loucura, que se concretizará dialética e paulatinamente a partir de sua promulgação.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a reforma psiquiátrica no Brasil era identificada por dois movimentos simultâneos e paralelos:

- a) a criação e a implantação de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva.
- b) a monitorização e a redução progressiva e programada de leitos psiquiátricos existentes.

Desta forma, é correto afirmar que a reforma psiquiátrica é um processo contínuo e não finalizado, que envolve a construção e afirmação constante da cidadania do louco, através da garantia da sua liberdade.

Os dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas apontam que o movimento de desospitalização dos portadores de transtornos mentais continua em curso. Entre 2002 e 2012 houve uma queda no quantitativo de leitos psiquiátricos de 51.393 pra 29.958 e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de 75,24% para 28,91%. Por outro lado, a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) subiu de 424 para 1981 e o percentual de gastos extra hospitalares aumentou de 24,76% para 71,09%. Em 2012, houve ainda importante investimento financeiro nos CAPS, que passou de 460 milhões no ano anterior para 776 milhões, representando um aumento de 68%. (ALVES, 2008, p.)

Logo, a luta não se esgotou nos anos idos e encontra hoje desafios a sua plena efetivação, tendo em vista que a defesa de seus elementos vai à contramão da política atual, que busca minimizar os gastos, focalizar os atendimentos e reduzir a intervenção estatal naquilo que potencialmente possa gerar lucros privados. O problema contemporâneo centra-se nisso: combinar os avanços e continuar a promovê-los no cenário adverso que se apresenta.

Como aponta Tenório (2002), a discussão sobre a clínica psiquiátrica também deve permanecer em xeque, como uma exigência da invenção e melhoramento constante de dispositivos e tecnologias que afastem cada vez mais esse campo das estruturas de cuidados tradicionais e se pautem na diversificação, abertura e intensificação de vínculos comunitários.

Esta abordagem sobre a loucura, sobre a luta antimanicomial com suas bandeiras e influência e o movimento da reforma psiquiátrica diz respeito à intenção de consubstanciar os

elementos necessários ao objeto de estudo aqui proposto: o trabalho do CAPS 1, unidade Ouro Preto-MG para a efetivação da reforma psiquiátrica. A partir deste percurso, no segundo capítulo, vamos abordar os avanços e desafios da reforma psiquiátrica, criação do SUS e CAPS como dispositivos de atendimento integral e universal.

## CAPÍTULO 2 – REFORMA PSIQUIÁTRICA HOJE: AVANÇOS, DESAFIOS

*“Se o amor faltou e causou a doença,  
Dar amor pode curar”  
Dra. Nise da Silveira*

Após percorrermos os caminhos da luta antimanicomial à Reforma Psiquiátrica, interessa saber como se desenvolve nos dias de hoje a Reforma Psiquiátrica, quais são os seus avanços e desafios. Tomamos aqui a definição de Reforma Psiquiátrica usada por Amarante, “como um conjunto de propostas e organizações técnico-administrativas, sobre as intervenções psiquiátricas, para transformar a relação da sociedade brasileira com o doente mental”. (AMARANTE apud Barros, Silva e Oliveira, 2002, p.8)

Esta transformação da relação da sociedade brasileira com o doente mental teve início com o movimento da reforma psiquiátrica, o qual foi descrito no primeiro capítulo, que provocou o fechamento de vários manicômios e conseqüentemente gerou questionamentos sobre as causas e conseqüências da desinstitucionalização. Apesar de muitas críticas, Bezerra (2007) afirma que o sucesso do movimento da Reforma Psiquiátrica,

[...]pode ser medido em parte pelo fato de que ninguém mais resiste abertamente ao ideário antimanicomial. Mesmo os defensores dos hospitais psiquiátricos que tentam reverter os dispositivos legais e as articulações políticas que sustentam o novo cenário psiquiátrico no país afirmam estar de acordo com as diretrizes gerais do movimento transformador da assistência, centrando suas críticas e reivindicações no que apresentam como insuficiências ou inconsistências do novo modelo assistencial. (BEZERRA, 2007, p.244)

E o que quer dizer desinstitucionalização? Hirdes (2009) afirma que o termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distritos, território. Este termo tem sua origem no movimento italiano de reforma psiquiátrica. A autora cita a explicação de Rotelli ao dizer que “o problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”. (HIRDES, 2009, p.298).

Este é o caminho que o movimento de luta antimanicomial apoiado na influência de Franco Basaglia apontou, a desinstitucionalização dos portadores com transtorno mental dos manicômios para um tratamento na comunidade.

Segundo Hirdes (2009), Amarante traça três formulações importantes de desinstitucionalização, a saber: a desinstitucionalização como desospitalização, “voltada

principalmente para objetivos administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos) e menos para uma real transformação da natureza da assistência”. A desinstitucionalização como desassistência, que consiste em “abandonar os doentes à própria sorte”. Isto é, não enxergá-los como detentores de direitos. Amarante atribui esse formato aos segmentos conservadores. E, por último, a desinstitucionalização como desconstrução, “tendência na qual o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira se espelha. Esta concepção se assemelha ao percurso de Basaglia na Itália”. (AMARANTE apud HIRDES, 2009, p.299). Hirdes (2009) afirma acima que o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira se espelha na tendência da desinstitucionalização como desconstrução, ao que Bezerra (2007), vem nos explicar:

Mais do que buscar a aceitação de uma nova política assistencial, o desafio nesse campo é produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico. Trata-se de promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar, olhar fundado numa atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com sua normatividade psíquica restringida. (BEZERRA, 2007, p. 247)

Sobre este tema, também é de muita importância a contribuição que nos traz Rotelli cuja concepção mais importante é de que a “cura” é a invenção de “saúde” e que é preciso construir uma nova política, a de saúde mental. O autor também destaca a importância de considerar os elementos que caracterizam a verdadeira desinstitucionalização:

“Um trabalho prático de transformação que contempla: a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade – probabilidade; o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas.” (ROTELLI, apud HIRDES, 2009, p. 300)

Ainda sobre a desconstrução, Bezerra (2007) diz que a loucura e o sofrimento que ela gera é pauta de sujeitos de diferentes âmbitos de atuação. Esses sujeitos não estão limitados ao saber técnico e trazem à tona a discussão de uma forma mais acessível. O autor afirma que as propostas dessa forma de falar sobre a saúde mental têm sido benéficas no

Brasil, e elas surgem tanto no interior dos serviços sócio assistenciais quanto na dinâmica da vida social de modo geral.

Nesse sentido, destaca-se o cinema como expoente dessa discussão, Bezerra (2007) menciona o filme *Bicho de Sete Cabeças*, de Laís Bodanski, feito em 2001, e *Estamira*, longa de 2004, de Marcos Prado. Citamos também o documentário *Em nome da Razão* (1979), de Helvécio Ratton, e mais recentemente *Nise – o coração da loucura* (2015), de Roberto Gareli e o documentário *Holocausto Brasileiro* (2015), de Daniela Arbex, produzido a partir do livro da autora. Todos estes materiais constantemente produzidos colaboram para que não haja recuo no caminho de efetivação da Reforma Psiquiátrica.

Isso vai de encontro favoravelmente à afirmação de Rotelli (apud HIRDES, 2009, p. 30) de que um elemento essencial é a movimentação por essa causa, ou seja, o envolvimento de profissionais e pacientes no dia a dia que gera “comunicação, solidariedade e conflitos, ingredientes fundamentais para a mudança das estruturas e dos sujeitos”. Conclui-se que a desinstitucionalização que buscamos passa por uma dinâmica coletiva, que inclua todos aqueles que trabalham com o portador de transtorno mental, mas não se esgote nos espaços de trabalho, deve atingir a população em geral (Rotelli apud HIRDES, 2009, p.30).

Sobre a importância da discussão da saúde mental e, mais ainda, a importância dessa discussão atingir cada vez mais a população, destacamos a data de 18 de maio, que ficou marcada como dia nacional da luta antimanicomial, instaurada na cidade de Bauru/ SP, durante o Congresso de Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental, em 1987. Esse dia além de lembrar os direitos à liberdade, à cidadania, à vida dos portadores de sofrimento mental, também é dia de protestos.

Geralmente a comemoração de 18 de maio em todas as cidades do Brasil, se estende por uma semana de estudos, seminários, passeatas, nos quais os profissionais da saúde mental, usuários e seus familiares participam dando visibilidade ao movimento da luta antimanicomial que muitas vezes se vê ameaçado pelo sistema, uma vez que o capitalismo em sua fase madura tende a descaracterizar as demandas da classe trabalhadora, ou tratá-las de forma ineficaz, pequena e pontualmente. Isso acontece porque os gastos com políticas sociais são considerados onerosos para o Estado, em um movimento simultâneo de causa e consequência, a iniciativa privada ganha espaço e, também porque com a minimização do Estado para aqueles que não podem acessar a saúde através do mercado, resta a solidariedade e a boa vontade da população.

Uma das reivindicações do novo modelo assistencial à saúde mental trata-se da substituição de internações em hospitais psiquiátricos por leitos psiquiátricos em hospitais

gerais. Segundo Tenório (2002), “os leitos psiquiátricos em hospital geral costumam representar uma tendência de diminuição do tempo de permanência e, sobretudo, têm o sentido maior de romper com a cultura segundo a qual lugar de louco é no hospício” (TENÓRIO, 2002, p.45).

Este tema dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais é muito discutido principalmente pela arquitetura e condições do estado de conservação dos hospitais, embora já encontre respaldo na Portaria 148, de 31 de janeiro de 2012. Essa portaria institui regras de funcionamento do serviço hospitalar de referência para atenção aos que sofrem de doença mental, incluindo também usuários de álcool e outras drogas. Esse serviço, segundo a Portaria, integra a Rede de Atenção Psicossocial, e faz-se necessário pois é um suporte para a Rede nesse cenário de aumento significativo do consumo de substâncias psicoativas e vulnerabilidade social. O documento traz também diretrizes para a estruturação física do Serviço Hospitalar e dispõe sobre a Equipe Multidisciplinar responsável.

Bezerra (2007) é otimista ao dizer que

Apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, é fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos. Os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental. A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização – cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura. (BEZERRA, 2007, 243)

Percebemos, assim, como são importantes os princípios fundamentais do Sistema Único de saúde (SUS) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para efetivação de fato da Reforma Psiquiátrica. São os CAPS, serviços substitutivos aos manicômios e organizados dentro da lógica do SUS que além de promover tratamento aos portadores de transtornos mentais em comunidade, irão contribuir para a compreensão cultural sobre a loucura. Tendo o SUS o seu princípio fundamental, a universalidade, o CAPS surge com a mesma diretriz, oferecendo um serviço de portas abertas para a promoção da saúde mental. E é sobre o SUS que vamos falar no próximo item. Mais do que prestar atendimento à população brasileira, os preceitos do SUS apontam um caminho para a igualdade de classes.

## **2.1 – A IMPORTÂNCIA DO SUS PARA EFETIVAÇÃO DA REFORMA PSQUIÁTRICA**

A Reforma Sanitária caminhou paralelamente como o movimento da Reforma Psiquiátrica, sendo que a Reforma Psiquiátrica produziu os CAPS e a Reforma Sanitária produziu o SUS. Refletindo sobre isso encontramos a importante relação entre o SUS e a efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica. Isso porque, a criação do SUS foi “o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil”, afirmam Costa e Souza (2010) e significou, constitucionalmente, a consolidação dos direitos dos brasileiros por parte do Estado.

Esse reconhecimento está ligado às Conferências que o precederam. No contexto internacional, alguns acontecimentos foram bastante relevantes e exerceram influência para a realização da Reforma Sanitária no Brasil. Como a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu em 1978, no Cazaquistão e que contou com a participação de 134 países e 67 organismos internacionais, na qual se estabeleceu que os Estados deveriam participar ativamente na promoção da saúde, enquanto no Brasil, manifestações pela redemocratização se fortaleciam e, entre as pautas de luta, figurava a saúde pública, como já foi dito no primeiro capítulo do presente trabalho.

A Reforma Sanitária italiana foi outro acontecimento no âmbito internacional que influenciou a Reforma Sanitária brasileira e que de acordo com Paranaguá Santana (2011 apud FERNANDES, 2011, p.14) “emprestou” o nome para a reforma que aconteceu no Brasil:

Não é uma invenção nossa. Na verdade esse nome foi ‘copiado’ da experiência italiana, que foi realmente uma das referências importantes para todos os que foram da primeira geração do movimento da Reforma Sanitária brasileira

Na Itália a proposta de lei foi difundida pelo Partido Comunista Italiano, em 1965. O país vivia, semelhante ao que passaria o Brasil, um contexto de democratização, enfrentando resistência e dificuldades para ser implantada (FERNANDES, 2011).

A reforma na Itália ocorreu como parte de um processo na qual as classes trabalhadoras e intelectuais estavam comprometidas com mudanças sociais e políticas e foi

considerada um dos caminhos do processo de transformação pelo qual passou a sociedade e o Estado (FERNANDES, 2011).

Um dos principais atores da reforma italiana foi o médico sanitário e também senador pelo PCI (Partido Comunista Italiano), Giovanni Berlinguer. Giovanni também chegou a visitar o Brasil no final da década de 1970, durante a ditadura militar com o propósito de participar de um debate no Sindicato dos Médicos.

Apesar da semelhança entre as duas reformas, deve-se levar em consideração as particularidades de cada uma e ressaltar a contribuição de Berlinguer na reforma brasileira, que segundo ele, se identificam por serem “os dois únicos casos de grande mobilização política e social em torno das reformas no sistema de saúde” (Teixeira & Mendonça, 1989, p.201 apud FERNANDES, 2011).

No Brasil, após mais de vinte anos de ditadura militar, em 1985, foi eleito presidente por meio do voto indireto, Tancredo Neves, mas por ocasião de sua morte, seu vice José Sarney toma posse. Com o fim do regime militar, encerram-se também algumas de suas estruturas políticas e militares. Neste ano também são realizadas eleições diretas para prefeitos nas capitais, e no ano seguinte, o Congresso encarrega-se de elaborar uma nova Constituição, com a finalidade de levar o país de volta à democracia. Este processo, contudo, se desenrola em meio a uma crise econômica, o que força os governantes a criar planos emergenciais com o objetivo de diminuir a inflação e fomentar o crescimento econômico (PAIVA & TEXEIRA, 2014).

Este momento de reformulação pelo qual passava o país, conformava-se em torno de uma expectativa de que o final da ditadura militar corresponderia a um momento de ruptura e que uma nova sociedade, bem como a saúde pública se constituiria em novas bases (PAIVA & TEXEIRA, 2014).

Neste processo de instituição da democracia e luta por um modelo de proteção social e garantia do direito a saúde integral, o chamado movimento sanitário, tinha objetivos concretos. O primeiro desses objetivos era o de instituir a saúde como um direito de todo cidadão, independente do mesmo ter contribuído ou não, ser trabalhador rural ou estar em situação de desemprego. O segundo era o de inclusão de todos os cidadãos ao acesso a saúde de cunho preventivo e/ou curativo e para que tal objetivo fosse alcançado estas ações deveriam estar integradas em um único sistema. Terceiro, realizar a descentralização da gestão administrativa e financeira de modo que fosse possível alcançar o quarto objetivo que era o do controle social das ações de saúde (PAIVA & TEXEIRA, 2014).

Ou seja, o movimento denominado Reforma Sanitária tinha como proposta a construção de uma política de saúde verdadeiramente democrática, alicerçada em princípios como equidade, universalização, justiça social, descentralização e unificação das ações em saúde.

A insatisfação popular neste período era crescente e, é nessa conjuntura que ocorre no Brasil uma grande mobilização pela reforma do sistema de saúde, que teve como marco em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista, que eram fortalecer o setor público de saúde, estender a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, instituindo dessa forma um sistema único (Paiva, Teixeira, 2014). Esse evento foi de suma importância, sendo considerada referência primária da Reforma Sanitária do país. Além disso, colocou em debate questões como a “necessidade de ampliação do conceito de saúde e de um novo Sistema Nacional de Saúde, a separação de “Saúde” da “Previdência” e a orientação da política de financiamento para o setor saúde” (Brasil, 1986 apud SOUZA & COSTA, 2010, p.511).

O relatório final dessa Conferência aponta quatro pontos que mereciam ênfase depois dos intensos debates, são eles 1) o fato de que as mudanças que aspiravam no que se referia a saúde não se esgotava em uma reforma administrativa ou financeira, mas exigia uma transformação intensa que ressignificasse o próprio conceito de saúde, 2) a natureza do Novo Sistema Único de Saúde, que abarca a discussão do “fortalecimento e expansão do poder público”, 3) a separação da Saúde da Previdência, onde a maioria concordou que a Previdência deveria ficar responsável pelas “ações próprias do seguro social; como pensões, aposentadorias e demais benefícios”, enquanto a Saúde seria de responsabilidade de um órgão único e federal, e 4) o financiamento e seus princípios norteadores. Desse modo, esse documento

[...] ficou consolidado como um instrumento que veio influenciar as responsabilidades do Estado em assegurar o direito à saúde para toda a população, garantindo condições de acesso e qualidade dos serviços, servindo de subsídio para a elaboração da nova Constituição de Saúde do Brasil, além de estabelecer como principal objetivo a ser alcançado um sistema de saúde com atribuições e competências para os níveis Federal, Estadual e Municipal, o que culminou na construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como uma necessidade imediata e de transformação progressiva para o Sistema Único de Saúde. (SOUZA E COSTA, 2010)

Em suma, como mencionado, no documento final da VIII CNS, conhecido como Declaração de Alma-Ata, ficou estabelecido a nível mundial o compromisso e a participação efetiva dos Estados na saúde de seus cidadãos, através de políticas de saúde cujo objetivo seria assegurar o bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais (SOUZA & COSTA, 2010). Além disso, este documento ditou a tônica do artigo 196 da Constituição Federal que foi redigida dois anos depois, em 1988. O artigo 196 começa a dispor sobre a saúde, afirmando que, como direito de todos e dever do Estado, ela deve ser assegurada através de políticas sociais e econômicas cujo objetivo deve ser o de minimizar os riscos de doenças e atuar na proteção, prevenção e recuperação.

Na década de 1988 é finalizado o processo de retorno da democracia no Brasil e neste contexto procura-se instaurar um estado de bem-estar social. Assim a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania, dando origem ao processo de criação de um sistema de saúde único, universal, público e descentralizado (PAIVA, TEXEIRA, 2014).

Assim posto, a Constituição Federal de 1988 consagra a saúde como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988 apud SOUZA & COSTA, 2010, p.511)

No capítulo II, art.198 da mesma constituição é reafirmado que as ações e os serviços públicos da saúde compõem uma rede regionalizada, hierarquizada e fazem parte de um sistema único alicerçado nas diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Deste modo, foi concebido o Sistema Único de Saúde. O SUS foi o maior movimento de inclusão social reconhecido na história do Brasil, representando em termos constitucionais um compromisso do Estado com os direitos dos seus cidadãos (SOUZA & COSTA, 2010).

O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem:

[...] o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição de 1988. Esse sistema alicerça-se nos princípios de **acesso universal**, público e gratuito às ações e serviços de saúde; **integralidade** das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; **equidade**, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; **descentralização** dos

recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; **controle social** exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizadores da sociedade civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2004, p. 13).

Um dos princípios importantes que norteiam o SUS é o da universalização do acesso às ações e serviços de saúde. O que significa que todo cidadão deve ter acesso à saúde pública sem privilégios ou barreiras, tem o direito de ser atendido conforme suas necessidades, de forma resolutiva, de acordo com os limites e possibilidades do sistema, levando em consideração as necessidades coletivas. Este princípio está em conformidade com o da equidade, que considera a existência de desigualdades a serem enfrentadas no contexto brasileiro provenientes do modo de produção vigente e corresponde a capacidade de analisar de forma justa e imparcial cada caso, de modo que não ocorram desigualdades e/ou injustiças (FIOCRUZ).

Outro princípio que alicerça o SUS é o da integralidade que diz que o acesso à saúde deve ser garantido desde as ações de promoção até as de recuperação da saúde, individuais e coletivas, incorporando o conceito ampliado de saúde (FIOCRUZ). Ainda sobre este princípio Souza & Costa (2010) afirma que a integralidades representa um dos grandes desafios do SUS e que a integridade das ações refere-se à continuidade do atendimento e do cuidado em relação aos usuários em todos os níveis. Mas que por diversas vezes essa integralização não se efetiva, seja por descompromissos de gestores e servidores ou pelas dificuldades impostas pelas unidades, deixando a população sem o devido cuidado e atendimento e sem conhecimento dos seus direitos.

No que diz respeito aos direitos dos cidadãos, estes, garantem-se na democracia participativa, na qual os cidadãos exercem influência na definição e execução das políticas de saúde, por meio do controle social, resguardada pela Lei 8.142/1990 que diz respeito:

[...] à representação dos usuários no processo de participação do fazer e pensar saúde, seja nas Unidades de Saúde, nos Conselhos ou nas Conferências de Saúde que ocorrem oportunamente nas três esferas de governo (SOUZA & COSTA, 2010, p.513).

O princípio da descentralização é uma estratégia para minimizar essas desigualdades, prevendo não apenas a transferência de renda da esfera federal para as demais esferas, bem como efetivar a descentralização de recursos financeiros e poder. Devendo o SUS funcionar de forma regionalizada e hierarquizada, levando em consideração as características do território para desta forma definir as ações em conformidade com cada realidade (FIOCRUZ).

Referente ainda ao princípio da descentralização, pode haver um problema relacionado a gestão dos recursos destinados aos estados e municípios, no caso de falta de compromisso e responsabilidade quando da administração dos mesmos. Daí a importância da correta aplicação dos recursos destinados ao setor saúde. Para assegurar que estes recursos sejam devidamente aplicados as Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) exerceram um importante papel no processo de descentralização, ao definir competências, responsabilidades e condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as condições de gestão no SUS (Viana e col., 2002 apud SOUZA & COSTA, 2010).

A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença” (Who, 1946 apud SOUZA & COSTA, 2010, p.513). Afirma ainda que, gozar de uma saúde plena constitui um dos direitos fundamentais do ser humano, portanto, faz-se necessário uma integração entre a saúde com diversos outros setores e aspectos da produção e reprodução da vida, para que seja possível se alcançar de fato o estado de saúde de fato e de direito.

Apesar do SUS ser considerado um projeto modelo, no que diz respeito a prevenção e promoção da saúde, ao menos no papel, apresentando propostas legislativas completas, quando se trata de um sistema de saúde de nível nacional, em um país com amplo território e com desigualdades em todos os âmbitos, sociais, econômicos e políticos, como no caso do Brasil, a realização da sua efetivação é repleta de enormes obstáculos (SOUZA & COSTA, 2010).

A implantação do Sistema Único de Saúde muda a forma das diretrizes para o atendimento de pacientes com transtornos mentais. Uma dessas mudanças diz respeito à substituição de leitos de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Assim o paciente não é mais atendido apenas por médicos e enfermeiros, mas por uma equipe multidisciplinar, que juntos trabalham pela reinserção deste paciente na sociedade (ZAMPIVA & SANTOS).

## **2.2 – A CRIAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE APOIO – CAPS**

Se a Constituição de 88 significava um grande avanço no campo da saúde e também no reconhecimento dos direitos humanos, vale destacar que os seus reflexos na área de saúde

mental foram ampliados depois da Conferência para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, que aconteceu em 1990, em Caracas (BARROS apud BARROS, SILVA, OLIVEIRA, 2002, p. 8). Nesta Conferência ficou clara a necessidade de se pensar em um novo modelo de assistência ao portador de transtorno mental, já que a ineficácia do formato manicomial era uma certeza.

A partir do encontro de Caracas (Barros, 2002) e na mesma direção, houve no Brasil duas Conferências de Saúde Mental. Os relatórios gerados das reuniões nacionais propunham o estabelecimento de uma rede diversificada de assistência que, aos poucos, deveria substituir as instituições de caráter asilar.

A partir destas discussões e movimentos, “os NAPS/ CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92” (Brasil, 2004). Sendo que até os dias atuais, são nestes locais que os portadores de transtornos mentais encontram apoio para terem seus direitos respeitados e exercerem a sua autonomia, através de várias ações que intencionam promover a emancipação e liberdade dos usuários.

Sobre como originaram estas estruturas substitutivas, Hirdes (2009) aponta que:

[...] a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, em 1989, um marco da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, em que ocorreu uma intervenção médico-legal num asilo. Esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de estruturas substitutivas. (HIRDES, 2009, p.298).

Foi a partir desta e de outras intervenções, que se iniciou a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e aos manicômios como: CAPS, redes de atenção à saúde mental, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, centros de convivência, residências terapêuticas, de acordo com a cultura de cada lugar. (Hirdes, 2009)

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS têm previsto seus serviços das seguintes formas:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral,

incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar. (BRASIL, 2011)

Os CAPS – assim como os NAPS os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país – são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS. O Ministério da Saúde (2005), afirma que os CAPS visam:

Prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuam no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

O enunciado acima do Ministério da Saúde determina como devem ser os CAPS, mas como advertiu Hirdes (2009, p.300), “será que há pertinência entre o desenvolvido e o enunciado?”. Este é o principal questionamento que gerou este trabalho. E para tentar responde-lo faz-se necessário conhecer melhor as características dos CAPS, as quais podemos destacar:

[...] os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil) e CAPSad (álcool e drogas). Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes serviços, têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante cinco dias úteis da semana durante o dia, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. (Brasil, 2005).

Sobre o entendimento de como deve ser o CAPS continuamos ressaltando o que o Ministério da Saúde determina:

[...] o trabalho desenvolvido pelo CAPS será em meio terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento acompanhar as atividades organizadas na unidade. Para isso os CAPS oferecem oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, grupos de leitura; atendimento para a família, visitas domiciliares; atividades comunitárias, atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade que tem como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a comunidade e a sociedade em geral; Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço, é uma atividade que reúne técnicos, usuários, familiares pra juntos discutirem, avaliar e propor encaminhamentos para o serviço. A intenção é que o usuário não fique a maior parte do tempo dentro do CAPS”. (Brasil, 2004)

Além dos CAPS está previsto no programa da política de saúde mental do Ministério da Saúde, a elaboração das Residências Terapêuticas que são casas no perímetro urbano desenvolvidas para atender as demandas de moradia das pessoas que sofrem de transtornos mentais profundos. Essas Residências comportam até oito moradores e são assistidas por um cuidador, cuja função é orientá-los e auxiliá-los nas tarefas diárias, nos conflitos que possam surgir, na convivência e vivência da cidade, sempre incentivando e fortalecendo a autonomia do usuário. Todas as Residências Terapêuticas são referenciadas por um CAPS (Brasil, 2004).

O Ministério da Saúde através de suas portarias, prevê ainda a construção de espaços voltados a efetivação do lazer, cultura, cidadania, autonomia do usuário. Esses espaços são denominados Centros de Convivência:

[...] se configuram como instituições públicas que integram a rede substitutiva de atenção à saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros visam facilitar a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais através de espaços de convívio e trabalho das diferenças na comunidade (DAMASCENO & REINALDO, 2009, p.179).

A atuação dos Centros de Convivência é prioritariamente no campo da cultura e se constitui em uma grande estratégia para a promoção da cidadania e efetivação da inclusão social. As oficinas e atividades coletivas são base estruturante de seu trabalho. Contudo, estes espaços costumam ser implementados em localidades onde já foram capazes de construir

minimamente uma rede efetiva de acolhimento e proporcionar ações eficazes no que se refere aos cuidados em saúde mental (DAMASCENO & REINALDO, 2009).

São as portarias do Ministério da Saúde que ditam as diretrizes para o trabalho no CAPS e também informam as mudanças na área de saúde, como é o caso da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”. (Brasil, 2011).

Esta Portaria também determina como atividades comuns:

[...] a medicação, o acolhimento aos familiares em atendimentos individuais e coletivos, visitas domiciliares, atividades de caráter comunitário, prestação de orientação e suporte social. Essas ações devem ser realizadas sempre buscando uma constante aproximação com as equipes da rede básica de saúde e assistência, pois esses dispositivos auxiliam na identificação de demandas, no acompanhamento familiar e na frequente capacitação e suporte para o trabalho das equipes. (Brasil, 2011)

O incentivo à interdisciplinaridade entre o CAPS e o Posto de Saúde da Família (PSF) pode também ser apontado como um impulso à efetivação da Reforma Psiquiátrica porque estabelecerá relações entre estes dois campos, produzindo uma nova cultura de saúde/doença mental, que compreende a comunidade como espaço privilegiado de apreensão das necessidades e possibilita trocas de experiências e informações que se complementam e melhoram o tratamento, pois esse é feito levando em conta a totalidade. (HIRDES, 2009, p. 304)

Amarante(1995) alerta que:

[...] apesar dessas mudanças ainda surgem alguns problemas como na qualidade da assistência. O que se vê, por exemplo, é que mesmo o serviço sendo externo ele pode reproduzir práticas tradicionais, além disso, as Associações de usuários e familiares também podem ser manipulados por empresários e não seguir um caminho de democratização para os usuários. Constata-se ainda hoje que o modelo de internação foi pouco afetado, as doenças mentais incapacitam para o trabalho, causam internações e provocam muitos gastos hospitalares. (AMARANTE, 1995, p.85)

Sobre a qualidade da assistência, a qual se refere Amarante, Bezerra (2007) também pontua que a formação de profissionais capazes de realizar uma reflexão aprofundada a partir de uma perspectiva crítica é um dos desafios que foi colocado pela Reforma. O autor

acrescenta que “a análise crítica é fundamental para que os profissionais consigam lidar com as dificuldades do trabalho, uma vez que o campo da saúde mental, assim como outros âmbitos da assistência, é um espaço de tensão da luta de classes. Além disso, é preciso exercitar o viés crítico para que a prática cotidiana se afirme como movimento de transformação contínua da realidade” (BEZERRA, 2007, P.246).

Os novos movimentos no interior dos serviços de saúde mental pedem uma formação qualificada, tendo em vista a importância cada vez maior da intersetorialidade, a mudança do trabalho dos técnicos, a sensibilização aos determinantes políticos e não apenas clínicos (BEZERRA, 2007, p.246).

É pensando em promover CAPS antimanicomiais que Merhy (2004) tem se dedicado nos últimos anos a cuidar do cuidador, termo que ele usa para se referir aos profissionais da saúde. E faz uma reflexão crítica tomando emprestado de Angela Copozzolo um termo mais interessante ainda ao dizer que o CAPS e seus trabalhadores estão no “olho do furacão” antimanicomial. Estar no “olho do furacão” é atirar um inimigo poderoso: o conjunto dos que se constituíram e constituem o mundo, e um mundo manicomial.

Ele reafirma que as experiências dos CAPS têm sido de suma importância na negação do modelo manicomial, e melhoram cotidianamente a vida de milhares de pessoas que direta ou indiretamente se ligam aos serviços oferecidos. Merhy continua em sua reflexão, apontando que a discussão a respeito da construção anti-manicômios pode ser bem extensa, já que, segundo ele, o manicômio não diz respeito apenas a um local, mas, mais do que isso, representa uma “prática social, cultural, política e ideológica”, porém o CAPS tem dado conta de mudar esse modelo em todas as suas formas. Por isso, sua preocupação com os profissionais é pertinente, uma vez que:

[...] trabalho humano tem que ser portador de capacidade de vivificar modos de existências interditados e antiprodutivos, tem que permitir que vida produza vida, implicação última de qualquer trabalho em saúde, enquanto trabalho que opera na sua dimensão tecnológica, centralmente, modos em ato de trabalho vivo, que podem e devem, na minha concepção, adquirir sentido na medida que a sua “alma” seja a produção de um cuidado em saúde dirigido para ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários. Para quem a vida, como utilidade, faz muito sentido. (MERHY, 2004. p.5)

Esta questão dos recursos humanos também é importante para HIRDES (2009) que adverte que a formação, capacitação e instrumentalização constante de todos que trabalham com saúde mental, a gestão qualificada dos serviços de saúde e o cuidado com os serviços

prestados são os pilares que asseguram os CAPS como “lugares de passagem”, evitando uma volta paulatina ao modelo manicomial.

É impossível não constatar que muitos desafios encontrados para a efetivação da Reforma Psiquiátrica são produzidos pela crise econômica e política pela qual estamos atravessando, não só “crescentes desafios, mas retrocessos”, que segundo Vasconcelos (2016):

[...]são gerados pela crise progressiva induzida pelas políticas neoliberais e pela recessão econômica mundial no final da década e pelo desinvestimento nas políticas sociais em geral e particularmente no SUS; difusão do consumo do crack e o despreparo da rede de atenção psicossocial para implementar nacionalmente uma assistência eficaz de cuidados neste campo, abrindo espaço para políticas de limpeza urbana, com internações forçadas, ou para a proliferação das comunidades terapêuticas de natureza privada ou filantrópica, baseadas em tratamento moral; crescente crise política e ética da forma do governo de coalizão política indiferenciada, sustentada em corrupção sistêmica, atingindo explicitamente o governo federal, e retrocessos e tentativas golpistas orquestrados pelos setores mais conservadores da política brasileira, via judicialização partidarizada e seletiva de suas ações dirigida principalmente para as forças políticas de centro-esquerda e seus aliados. Entrega do Ministério da Saúde para um ministro e coordenador de saúde mental conservadores em 2015 e risco iminente de retrocessos no campo da saúde mental. (VASCONCELOS, 2016, p.41)

Desse modo vimos que é esta perspectiva neoliberal, elitista e conservadora da atual política brasileira, que descuida das políticas afirmativas e assistenciais das classes populares, as quais necessitam e recorrem às políticas públicas de saúde mental, sendo o CAPS atingindo diretamente perdendo insumos e apoio.

Diante do que foi exposto até agora questionamos se o CAPS1 unidade Ouro Preto consegue praticar as diretrizes determinadas pela Secretaria de Saúde e queremos saber quais são os avanços e desafios enfrentados no seu cotidiano para a afirmação da Reforma Psiquiátrica.

No próximo capítulo analisaremos se há pertinência nos objetivos do CAPS determinados pelo Ministério da saúde e qual é a prática vivida pelo CAPS 1 Ouro Preto para afirmação da Reforma Psiquiátrica.

## **CAPÍTULO 3 – UM OLHAR SOBRE O CAPS 1 OURO PRETO**

E como nós vamos lidar com a nossa loucura e a loucura do outro?  
(P8)<sup>9</sup>

Nos capítulos anteriores, a partir de pesquisa bibliográfica, buscou-se construir a estrutura teórica que norteia este trabalho. Com o objetivo de consolidar uma aproximação maior com o tema aqui proposto - Afirmação da Reforma Psiquiátrica - Um olhar sobre o CAPS1 Ouro Preto – e com a intenção de fundamentar este trabalho no que tange ao papel social da pesquisa, o presente capítulo busca a articulação com a dimensão empírica. Para tanto, recorreu-se ao período de observação sobre o cotidiano dos profissionais, usuários e familiares, durante estágio supervisionado em Serviço Social no campo CAPS1 Ouro Preto, além de entrevistas realizadas durante o desenvolvimento desta pesquisa devido a necessidade de buscar mais elementos para relacionar o material bibliográfico com a realidade do CAPS1.

Como ressaltamos na Introdução deste trabalho, “a investigação da realidade é fundamental e precisa ser transversal a todas as ações”. (CFESS, 2009, p. 68). Para tanto,

---

<sup>9</sup> Citação do profissional P8 ao ser entrevistado sobre o que é loucura.

considerou-se pertinente utilizar a observação e a entrevista na coleta dos elementos necessários para a elaboração deste estudo.

O tipo de observação que melhor satisfazia os propósitos deste estudo, foi a observação participante, que de acordo com Gil “consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada” (2008, p.103). Assim sendo, o observador coloca-se como membro de determinado grupo, alvo da observação, coletando informações a partir da inserção no mesmo. Ainda segundo Gil (2008), a observação participante pode ser realizada de duas formas: de forma natural quando o observador pertence ao grupo ou comunidade estudada ou artificial quando o observador se infiltra no grupo ou comunidade com a finalidade de realizar um estudo ou pesquisa. A observação participante, como outras variedades de pesquisa, apresenta algumas vantagens e desvantagens. Podemos listar como vantagens desse método: 1) o acesso rápido a dados acerca de situações habituais aos quais os membros do grupo/comunidade estejam envolvidos; 2) acesso a dados de domínio privado; 3) possibilita captar as falas e comportamentos dos sujeitos observados. E dentre as desvantagens podemos citar especialmente às restrições determinadas pelo papel assumido pelo pesquisador/observador.

Quanto às entrevistas, optou-se pela forma semiestruturadas, guiadas por um roteiro de questões abertas e flexíveis em relação à ampliação de questionamentos no decorrer da entrevista. Segundo a definição de Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem:

[...] como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. (TRIRIVIÑOS, 1987 apud MANZINI, 2004, p.2)

O autor complementa ainda, afirmando que esse tipo de entrevista propicia não apenas o diagnóstico dos fenômenos sociais, mas da mesma forma, a explicação e compreensão destes na sua totalidade (MANZINI, 2004).

Ademais, as entrevistas são bastante utilizadas em estudos/pesquisas de cunho exploratório, com a finalidade de captar elementos para fundamentação de determinada tese, bem como estudar um tema em profundidade (GIL, 2008).

As entrevistas foram gravadas em áudio para obter melhor registro e compreensão da narrativa. As gravações foram transcritas, omitindo nomes ou informações para não identificar os entrevistados. Foram realizadas com seis profissionais do CAPS 1, sendo estes: assistente social, psiquiatra, psicólogo, gerente, monitora de oficina, e terapeuta ocupacional.

Entrevistamos ainda um psiquiatra do CAPSi e um psiquiatra do CAPSad por terem participado ativamente da implantação do CAPS em Ouro Preto. Os profissionais entrevistados serão designados de P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8.

O objetivo das entrevistas foi apreender a percepção dos mesmos acerca da rotina de trabalho, das mudanças percebidas no período de trajetória profissional e desenvolvimento do CAPS, bem como captar a percepção quanto aos avanços e desafios no que diz respeito à saúde mental em Ouro Preto, levando em consideração o cenário político e social atual.

Nosso trabalho prossegue nos próximos subitens abordando a gênese do CAPS1 em Ouro Preto, sua dinâmica, seus desafios e avanços, ação da conjuntura política e social sobre o CAPS1 e como não poderíamos deixar de explanar, o Serviço Social no CAPS1 Ouro Preto, com apresentação das entrevistas que abordam esses temas interligando com o referencial teórico.

### **3.1 – DO EMBRIÃO À IMPLANTAÇÃO DO CAPS EM OURO PRETO**

O que a gente socialmente define como loucura é um tipo de sensibilidade  
(P7)

Para compreendermos a efetivação do CAPS 1 no município de Ouro Preto, fez-se fundamental investigarmos sua origem, objetivando mostrar também, além da sua origem o percurso traçado até os dias de hoje, tendo em vista as diferenças e semelhanças advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica em contextos particulares.

Como observamos nos capítulos anteriores, podemos dizer que os CAPS surgem como resultado da luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica em todo o Brasil. Em entrevista, profissional do CAPS1 Ouro Preto relata sua experiência quando trabalhou em hospitais de Belo Horizonte:

[...] antes da luta antimanicomial os pacientes não tinham muito lugar, viviam rejeitados, separados, isolados da família, da sociedade, de tudo mais. Trabalhei em vários [...] Fui pra Pínel, não gostei do atendimento da Pínel, sai no outro dia, fui pra clínica Psico Minas que já fechou também. Também não gostei, era uma desumanidade. Eles tomavam banho de água fria, uma coisa que você não concorda de jeito nenhum. Trabalhei na Clínica Nossa Senhora de Lourdes, quando eu cheguei lá a comida era uma lavagem, eu ia sair de lá eles: não, pelo amor de Deus! Me ajuda que a gente quer ajudar. Eles não tinham cobertor, eles rasgavam o colchão e entravam dentro da

napa do colchão para poder dormir lá dentro. Muita coisa triste que eu já vi nesse mundo. Sem falar das celas, a gente falava celas, jaulas isoladas, os pacientes quando entravam em crise ficavam isolados num quatinho. Triste demais da conta. (P2)

Até a estruturação do CAPS em Ouro Preto, que efetivou-se em 2000, o tratamento aos portadores de transtornos mentais não era diferente das outras cidades do Brasil, que também conviviam com práticas desumanas, conforme vimos no capítulo 1 e sobre o qual Rezende (2002) chamou de sequestrações<sup>10</sup>, uma vez que:

Tinha uma pessoa aqui em Ouro Preto que passava a mão nos doidos de todos os gêneros e punha dentro da ambulância e levava para os hospitais de Belo Horizonte e depois de um certo tempo as pessoas voltavam, adoeciam de novo, depois elas sumiam, eram esquecidas nos hospitais, nos grandes hospitais, meio que depositadas lá. (P8)

Outro fato narrado pelo mesmo profissional foi abordado no capítulo 1 e caracteriza bem o sistema de tratamento e industrialização da loucura. A indústria da loucura se “constituiu no Brasil a partir dos anos 60 quando os hospitais psiquiátricos que eram conveniados com o INPS incentivavam a cronicidade das doenças com o objetivo do lucro”. (AMARANTE, 1995, 13).

Isso sim podemos chamar de loucura: antes era um impasse ao progresso e por isso os loucos tinham que ser confinados, agora tornara-se lucrativa e por isso continuavam sendo mal tratados, aprisionados por tempo indeterminado e submetendo-os ao uso abusivo de medicamentos.

Haviam 3 psiquiatras que atendiam em Ouro Preto e eram sócios proprietários de hospitais psiquiátricos em Belo Horizonte, estes atendiam as pessoas e as mandavam para os hospitais dos quais eram donos, quando essas pessoas saiam dos hospitais, o tratamento não tinha continuidade, adoeciam de novo e novamente eram mandadas para o hospital. Chamávamos isso de porta giratória e era uma fábrica de ganhar dinheiro com o sofrimento dos outros. (E7)

Como vimos acima, em Ouro Preto, os portadores de transtornos mentais assim como em outros lugares do país, eram confinados, excluídos e maltratados. Fazia-se necessário que o município de Ouro Preto adequasse os seus serviços de atendimento aos portadores de transtornos mentais à proposta do Movimento da Reforma Psiquiátrica que já vinha sendo aplicada nas capitais do Brasil e outras grandes cidades. Dos profissionais entrevistados, três relatam que o primeiro embrião do que viria a ser uma equipe de saúde mental começa a se

---

<sup>10</sup> Internações arbitrárias

organizar em 1993 com atendimentos realizados no ambulatório de saúde mental de Ouro Preto, que se localizava no bairro Antônio Dias.

Observamos que o ambulatório de saúde mental de Ouro Preto iniciou seus trabalhos um ano após a portaria 224/92 regulamentar a criação dos CAPS/NAPS (cf. capítulo 2, p.29)

Então, começa com uma equipe composta por dois psicólogos, um terapeuta ocupacional e um psiquiatra, no Ambulatório do Antônio Dias, Ambulatório de Saúde mental. Aí em 1999 tem um concurso maior, aí a gente entra numa turma grande, [...] então dá uma reforçada nesse ano de 1999. (P7)

Mesmo após a regulamentação da portaria 224/92, a implantação dos CAPS no município de Ouro Preto não se realizou de imediato, foi acontecendo gradativamente, caracterizando assim o movimento de reforma psiquiátrica na cidade de Ouro Preto, conforme relato dos profissionais entrevistados.

Em 2000 a gente consegue uma casa muito boa ali nas Lajes, uma casa bacana, que tinha espaço para ter oficinas terapêuticas, aí começa as oficinas terapêuticas. Aí em 2000 também para poder afirmar isso, a gente faz acho que em 2001, a gente faz a primeira conferência de saúde mental, nunca tinha tido uma conferência municipal de saúde mental. Aí o Ministério chama, eu acho, a terceira conferência nacional de saúde mental, aí tem que fazer as municipais e estaduais, aí a gente faz e flui, aí começa a estruturar uma rede de atenção psicossocial. (P7)

O profissional ainda relata que na época da implantação, a equipe era muito pequena com apenas oito profissionais, mas o aumento da demanda forçou o gestor a investir. Dessa forma, hoje a RAPS Ouro Preto conta com aproximadamente 40 profissionais na área de saúde mental.

Hoje em dia tem mais de 2.000 CAPS, todo lugar tem CAPS porque tem incentivo financeiro, mas, na época, a gente começa isso e tem uma certa resistência da equipe, a gente vai vencendo essa resistência e estrutura o primeiro CAPS então. [...] aí muda totalmente o modo de trabalhar e começa a propor essa construção da rede, aí faz o CAPS, que é um CAPS 1, mas que acaba sendo o que a gente chamava de CAPS tudo, que atendia álcool e droga, atende psicótico, atende criança, era um CAPS que atendia tudo. (P7)

De acordo com as necessidades específicas de cada usuário, tornou-se imprescindível a divisão dos CAPS em Ouro Preto, resultando no CAPS 1, que se direciona a tratamento dos portadores de transtorno mental acima de 18 anos, CAPS AD, relativo a usuários de álcool e outras Drogas e CAPSi, cujo atendimento é prestado a crianças, cada qual com sua equipe

separadamente. Segundo P7 “isso é uma construção que foi feita a partir principalmente de 2000.”

Durante as entrevistas pode-se perceber que houve muitos avanços desde a estruturação do CAPS até o momento atual. Muitos avanços se devem a melhoria da legislação, como a promulgação da Lei 10.216, em 2001, conhecida também como Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Por exemplo, no caso das internações, a Lei 10.216 decreta que as mesmas só podem ser realizadas com laudo médico, vedando também que sejam feitas internações em instituições com características asilares (Ribeiro, 2010). Faz-se necessário lembrar que a escrita da lei é resultado de pressões conjuntas e sua concretização só se realiza a partir de esforços efetivos dos sujeitos envolvidos.

O entrevistado P8 considera que muito se avançou com a reforma psiquiátrica em Ouro Preto e nos fala da criação dos CAPS:

Eram trinta internações em média por mês, hoje tem de 8 a 15 internações por ano e as outras estão sendo realizadas aqui na Santa Casa, sendo uma mudança significativa. Hoje temos 6 leitos de retaguarda, sendo 4 leitos para adultos e 2 leitos para crianças/adolescentes. A segunda coisa que mudou é essa lógica social que só enxergava o isolamento como tratamento possível. A terceira coisa então que vamos adquirir é continuidade do cuidado e tratamento aqui mesmo. A gente começa atendendo adulto, depois álcool e drogas e depois criança. É uma coragem da equipe, reduzida. Ao invés de aceitar isso como empecilho, aceitamos a tarefa de atender o que aparecia. Isso virou um embrião. Atendia tudo. Até não ser mais possível. Hoje temos CAPS1, CAPSad, CAPSi, todos são credenciados, recebem verbas próprias, tem equipes próprias, fazem parte do que a população pode contar para resolver seus problemas.

Estas conquistas são pertinentes ao pensamento de Tenório (2002) que considera as internações de portadores de transtorno mental e usuários de álcool e drogas em hospitais gerais importante para diminuição do tempo de permanência nos hospitais psiquiátricos e rompe com a cultura de que “lugar de louco é no hospício”. Este é um dos caminhos que o movimento da reforma psiquiátrica vem construindo o de neutralizar o tom estigmatizante e possibilitar que haja trocas sociais para o portador de transtorno mental. (Amarante, 1995)

O entrevistado P2 também indica a mudança de postura dos sujeitos no processo de construção da saúde mental na rede pública ao relatar que hoje “os pacientes entram, os pacientes conversam com a gente de igual para igual. Eu acho que a gente está juntinho, eles não são animais”. Percebe-se que a reestruturação legal da política de saúde mental vem sendo acompanhada de uma ressignificação do cotidiano dos espaços de tratamento de

transtornos mentais, apesar da complexidade que marca as precárias políticas públicas brasileiras.

E é desta forma que o Ministério da Saúde determina como deve ser o atendimento do CAPS aos portadores de transtorno mental: “buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares”. (BRASIL, 2011)

Percebe-se assim que os profissionais do CAPS 1 procuram realizar o que o enunciado acima do Ministério da Saúde determina e que houve uma grande mudança em Ouro Preto com o movimento da RAPS na busca de qualidade de vida para os portadores de transtornos mentais. Mas observa-se também que existem dificuldades impedindo mais avanços e até mesmo a manutenção das conquistas até agora adquiridas.

Através desta demonstração sobre o percurso de implantação do CAPS em Ouro Preto, tomamos conhecimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica nesta cidade e sendo este movimento um processo contínuo, faz-se necessário agora expor o funcionamento do CAPS 1, nos dias atuais para que seja possível uma análise referente ao que propõe o Ministério da Saúde em confronto com a realidade do dispositivo CAPS1 para firmamento da Reforma Psiquiátrica.

### **3.2 – DINÂMICA DO CAPS1, SEUS DESAFIOS E AVANÇOS**

Loucura é uma experiência humana  
(P5)

Atualmente o CAPS 1 localiza-se à Rua Tomé de Vasconcelos, nº 131, no bairro Água Limpa e funciona durante os cinco dias úteis da semana de 8:00 às 17:00. É um lugar de referência e tratamento para pessoas com idade acima de 18 anos que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, cuja gravidade e ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidados intensivos, comunitário, personalizado e que promova a integração na sociedade.

Durante o período de estágio e a partir das entrevistas pode-se observar que as ações concretas planejadas e desenvolvidas pelos profissionais são norteadas pelos princípios constituídos na Linha Guia de Atenção em Saúde Mental e portarias criadas pelo Ministério da Saúde para apoiar os CAPS e determinar o que devem fazer, com o objetivo de alinhar o trabalho de cada profissional.

As principais atividades que o CAPS1 realiza dentro do que determina o Ministério da Saúde são: acolhimento inicial feito por profissional de nível superior de plantão; atendimento individual com psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social; atenção às situações de crise; atendimento para a família; atendimento domiciliar; oficinas terapêuticas; práticas corporais; práticas expressivas e comunicativas; dispensação e aplicação de medicamentos, permanência dia (PD), articulação com a rede de atenção psicossocial e outros setores. Quando o profissional de plantão que tenha nível superior (pode ser o assistente social, psicólogo, enfermeiro ou terapeuta ocupacional) acolhe o usuário, ele passa a ser a sua referência técnica (RT). O caso é discutido com a equipe do dia, que às vezes é a RT, o enfermeiro e o psiquiatra, para formularem o Projeto de Tratamento Individual (PTI). No CAPS1, unidade Ouro Preto, todas às quartas feiras realiza-se uma reunião da equipe para discussão dos casos e demais assuntos.

No seu dia a dia o CAPS encontra uma série de dificuldades para realizar estas atividades. São desafios que se apresentam e impedem uma dinâmica satisfatória para os profissionais e usuários, como: equipe de profissionais reduzida, falta de medicamentos ou material próprio para desenvolvimento de oficinas terapêuticas, falhas na articulação com a RAPS e demais setores, ente outros, que iremos discorrer à frente.

Através das entrevistas, os profissionais discorreram como era a rotina no CAPS1, o entrevistado P4 nos fala que:

Na verdade, a dinâmica aqui é o mais legal, porque não tem rotina, nós não temos rotina, como de manhã a gente está fazendo o acolhimento, que é o técnico de nível superior que faz o acolhimento. Com o auxílio ao ambulatório da policlínica o número de procura pro CAPS é muito maior. É depois da avaliação do técnico que a gente discute, normalmente o técnico discute com a equipe do dia, que as vezes envolve o técnico, o enfermeiro e o psiquiatra, às vezes fica só no técnico e no enfermeiro, qual vai ser a conduta de cada caso. Alguns vão retornar para o posto de saúde, porque o nosso foco é o paciente com transtorno persistente grave, então a gente tem tentado fazer essa orientação do que são os casos leves e retornar para o centro de saúde.

Esta orientação do que são os casos leves deve ser feita para que o atendimento no CAPS1 não fique sobrecarregado. Pensando nisso, o CAPS 1, unidade Ouro Preto se mobilizou no ano de 2016 para se aproximar dos PSFs com o objetivo de melhorar a articulação e amenizar a grande demanda de usuários no CAPS1. Isso está em conformidade com a Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde que determina no subitem 4.1- d: o CAPS deverá “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica,

serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial”. Entretanto esta aproximação com os PSFs não pode ser realizada como nos relata o entrevistado P8:

Trabalhar no território é outro desafio, que já está previsto na política através de suas portarias, mas não conseguimos trabalhar junto com o PSF. Toda descentralização exige uma ampliação dos recursos humanos. Houve uma preparação do CAPS1 o ano passado, seminários, reuniões, oficinas, agora o CAPS1 está sem vários profissionais. Os PSFs se dizem mal preparados. A lógica de redes não dá conta de receber papel, encaminhamento, do atendimento do usuário. (P8)

A fala deste profissional mostra claramente a dificuldade de realizar os serviços básicos do CAPS1 devido à ausência de profissionais, uma vez que é sua atribuição capacitar a rede de saúde de forma a oferecer nos mais diversos âmbitos um tratamento qualificado e digno aos portadores de transtorno mental, porém isso fica inviável com a equipe defasada.

Todos os entrevistados do CAPS1 foram unânimes em dizer que um dos maiores desafios que encontram é a falta de profissionais, no início do estágio (fevereiro de 2016) haviam 24 profissionais trabalhando no CAPS1, no final (junho de 2017) a equipe contava com menos sete profissionais. Pode-se perceber que esta defasagem no quadro de profissionais ocasionou um atendimento imediatista e impossibilitava que o Projeto de Tratamento Individual (PTI) fosse realizado em sua totalidade, ocasionando frustração e exaustão nos profissionais.

Os entrevistados P1e P2 endossam a explanação deste cenário, ao dizerem que:

-Dentro do CAPS você não faz um cronograma rígido, fixo, tem que ter uma agenda flexível. Porque é um espaço de crise. Se o usuário está em crise ele demanda atendimento o tempo todo. Estamos retrocedendo tanto no contexto nacional, aqui começou ano passado [2016] e agora estamos sentindo aqui em termos de recursos e em termos de direito. E no meu trabalho. Se a equipe está reduzida, se não tem uma psicoterapia aí ficamos muito a disposição de dar um suporte maior para a equipe. (P1)

-[...] tem que ter certa paz e condições de desenvolver o trabalho, se toda hora chega acolhimento como vamos fazer o PTI sério se a todo momento você está acolhendo. A porta de entrada é arrombada e a porta de saída é estreita. Fora isso não depende só de CAPS depende se a sociedade responder bem ao que o CAPS aponta ou deveria apontar para essas pessoas. A constituição de 88 está correta quando diz que o atendimento deve seguir algumas leis de equidade, de atendimento a todos. (P3)

Os depoimentos destes dois profissionais estão relacionados, uma vez que os dois relatam sobre a má influência da sobrecarga de atendimentos ao bom desenvolvimento dos

seus trabalhos, uma vez que P3 entende que todos os usuários que procuram o CAPS1 devem ser atendidos, mas deve haver um entendimento melhor do trabalho que o CAPS1 desenvolve pela sociedade e pela rede de atenção psicossocial, enquanto P1 sente que a falta de financiamento para contratação de mais profissionais deixa a equipe reduzida e isso reflete no seu trabalho. Este desafio que os profissionais do CAPS1 encontram no seu dia a dia, torna difícil a execução do que o MS determina quanto à importância da intersetorialidade, a qual Hirdes (2009) em sua pesquisa, citada no capítulo 2, afirma que “é preciso incentivar a intersetorialidade pois através dela haverá troca de experiências e informações”.

Outra portaria, a de nº2.488/2011 também estabelece que “os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2001). Ao presenciar uma das reuniões de preparação dos profissionais do CAPS1, com participação de outros profissionais da RAPS para iniciar uma aproximação no território, foi observado que havia uma preocupação muito grande de como se daria esta aproximação. Contudo, é necessário primeiramente que se crie um vínculo entre os profissionais do CAPS1 com as equipes do PSF. Esta aproximação não deve ser simplesmente imposta pela referida Portaria. Para que o trabalho flua, é importante que se estabeleça um vínculo de confiança de forma gradativa entre as equipes. Acerca dessa dificuldade de estabelecer vínculos entre as equipes, diz o entrevistado P4:

Algumas equipes não deram retorno, não foi possível ter um encontro, muitas já tiveram mais de um encontro, muitas não, umas quatro. E o contato maior tem sido via telefone ou por whatsapp. Nós não conseguimos atender a tempo e a hora mas pelo menos começou sim uma conversa e com o encerramento do contrato de muitos profissionais do NASF, sobrecarregou ainda mais a demanda aqui pro CAPS, então esse é outro fator, são muitos casos leves, que não tem que estar aqui e aí tem tido essa cobrança maior das equipes da saúde e da família, porque muitos entendem que o psiquiatra e o psicólogo tem que atender todo mundo, mas o atendimento ambulatorial individualizado, nós não vemos ações coletivas nos postos de saúde, porque também é muito difícil, você tem que ter disposição, tem que ter uma organização, demora pra mobilizar e eu falo por experiência própria, o meu grupo de terapia comunitária só foi sair no posto depois de 2 anos e meio, porque eu precisei criar vínculo com aquela população, eles conhecerem meu trabalho, pra começar a ofertar uma coisa grupal. Porque tem muito preconceito, “ah eu vou lá pra todo mundo ficar sabendo da minha vida?” (P4)

Como há esta dificuldade de articulação entre as equipes e até mesmo uma visão entre os profissionais de que se é um problema relacionado à saúde mental deve ser imediatamente encaminhado ao CAPS1, quando na verdade este deveria acolher apenas os casos de maior complexidade, ocorre uma sobrecarga de usuários que procuram assistência no CAPS1 e conseqüentemente há uma demanda maior que gera um atendimento ineficaz aos usuários e até mesmo frustração entre os profissionais. Referente a esta questão P8 aponta três desafios que precisam ser ultrapassados ou melhor, ações que se implantadas, poderiam ser um caminho viável para resolução desta questão relacionada à demanda de usuários no CAPS1, que estão previstos nas portarias do Ministério da Saúde e que o CAPS1 Ouro Preto ainda não possui.

Nós ainda não temos um serviço 24 horas, 7 dias da semana, o que dificulta muito. Por exemplo, a pessoa com quadro grave, não dá para você simplesmente atender e mandar ela voltar para casa, ou para a rua. Não temos um abrigo, uma unidade de acolhimento. Aí sofremos mais, a gente se esforça para superar essa ausência. E nem temos o que se começou a chamar de matriciamento da atenção primária, isso qualificaria muito a assistência também. Numa cidade como Ouro Preto que tem 70.000 habitantes, mais 15.000 estudantes, muitos tem planos de saúde, mas podem passar pelo CAPS1. Hoje o CAPS1 tem aproximadamente 8.907 prontuários abertos o que comprova que a demanda é intensa. (P8)

No trecho citado logo acima, P8 fala sobre matriciamento na atenção primária, faz-se necessário assim esclarecer seu significado. A Reforma Psiquiátrica aponta que é imprescindível a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica num esforço para superar o modelo alicerçado no saber médico, hospitalocêntrico, institucionalizado e consumir um modelo que prioriza a ação voltada para a atenção integral e territorializada. O primeiro passo para a reforma seria o suporte necessário para um trabalho de rede, retirar o paciente do manicômio e oferecer assistência não manicomial. Contudo esta primeira etapa por si só não garantiria a desinstitucionalização, seria imprescindível uma mudança mais ampla. Segundo o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (2011), Matriciamento ou Apoio Matricial é “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (p.13). No decorrer do processo de integração da saúde mental à atenção primária este modelo tem sido norteador das práticas na área de saúde mental em diversos municípios, proporcionando um trabalho colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Cabe ressaltar que o apoio matricial é diferente do

atendimento realizado por um especialista em uma unidade de atenção primária tradicional. O apoio matricial pode ser entendido como “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (Figueiredo e Campos, 2009, apud MINISTÉRIO DA saúde, 2011, p.14). Ou seja, o matriciamento equivale a uma ferramenta de transformação, não apenas no que se refere ao processo saúde/doença, mas de toda realidade dessas equipes e comunidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011).

Não somente as equipes de matriciamento como também as de Atenção Primária à Saúde (APS) devem estar conscientes e atentas da realidade na qual estão inseridas, dos limites impostos acerca dos meios necessários para que se efetive os cuidados à saúde mental dentro da sua prática. Para tanto, faz-se necessário, que cada uma entenda seu papel dentro da rede, e juntas possam tomar as melhores decisões possíveis no sentido dos cuidados dos usuários que estiverem sob sua responsabilidade. Por rede entende-se algo que une, entrelaça, que vincula, e que quando bem instrumentalizada proporciona uma melhor visão do todo, quer seja do indivíduo, sua família ou da comunidade, com o propósito de aperfeiçoar a resolubilidade da atenção. E o matriciamento é um exercício da rede, em que a Estrutura de saúde da família (ESF) juntamente com a saúde mental ou o Núcleo de Apoio a Saúde das Famílias (NASF), constroem projetos terapêuticos, inserindo o profissional necessário da rede para o atendimento do usuário e/ou sua família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Trabalhar em rede é tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde numa crescente corrente de corresponsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.203)

A APS é percebida como uma reorganização do modelo assistência alicerçado em sistema de saúde integrado e universal, além de ser a principal porta de entrada para o SUS, tornando-se um dispositivo estratégico para a inversão do modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico. Tem como prioridade, de acordo com suas diretrizes a prevenção de doenças, o controle de agravos e a promoção da saúde, devendo operar no contexto territorial e comunitário e com atuação multidisciplinar e participativa (Correia et al, 2015, apud PEPATO, 2015).

Como vimos, o matriciamento é muito importante para que a reforma psiquiátrica se afirme de verdade, porém como já falado a equipe do CAPS 1 Ouro Preto foi reduzida e além do mais não existe equipe de matriciamento para dar suporte nos atendimentos dos usuários.

Em entrevista, além de profissional apontar este desafio, aponta também outros desafios que dificultam o dia a dia do profissional no CAPS1.

No âmbito institucional a gente passa por um momento de equipe reduzida, então a gente tem poucos profissionais, ontem mesmo eu estava numa permanência dia com 15 pacientes. E pacientes que uns 5 requerem uma atenção mais especial de crise, então acho que esse é um desafio, de trabalhar com a equipe que se tem, então a gente tem a equipe X e tem que se virar pra todo mundo buscar o melhor pro paciente, não é porque a equipe tá reduzida que a gente vai deixar de atender. Então eu acho que esse é um desafio, outro desafio também que eu vejo como eu acompanho o desafio dos pacientes é a família ser inserida no tratamento. Então por exemplo a gente tem várias dificuldades de pacientes que precisam de uma orientação, de uma medicação todo dia certinha no horário, alguns não tem condição de tomar a medicação sozinho, outros tem mas por outras questões não faz com regularidade então é também um desafio, trabalhar a família, inserir o tratamento, tratar do preconceito, dos estigmas que envolvem os transtornos mentais acho que é um outro desafio e outro desafio é que a gente não tem muito recurso então por exemplo tudo que a gente consegue, desde uma cola, a gente que compra então pra eu fazer uma bandeirinha pra nossa festa a cola eu compro, outras pessoas ajudam, trazem o que tem, tecido, então todo material de artesanato a gente tem que tirar as vezes do próprio bolso, a equipe ajuda, sempre a gente recebe a doação de recicláveis, é um outro desafio.(P5)

São muitos os desafios que o CAPS1 enfrenta, como citado acima por P5, falta de recursos, equipe reduzida, porém o preconceito da sociedade para com os usuários e até mesmo da família requer atenção e crítica dos profissionais. Os entrevistados P4 e P1 nos relatam como se apresenta o preconceito dos familiares e da sociedade no dia a dia do CAPS1:

- [...] aí é quando existe essa cobrança que o nosso atendimento é demorado, que a gente demora a dar retorno, mas nós estamos lidando com o manejo do familiar, o preconceito desse familiar com o usuário, até ele entender, aceitar, compreender, o que está vivendo aquela pessoa, pra a partir daí começar um serviço de reabilitação, essa é a nossa dificuldade, tanto com outros profissionais quanto com a família. (P4)

- É aquela coisa, eu acho que a sociedade mascara um pouco as coisas. Uma coisa é dizer eu respeito as pessoas usuárias, eu respeito a pessoa com transtorno mental, de álcool e drogas até que você não tenha ele no seu grupo familiar. Até que ele não cause nenhum prejuízo, que você se julgue prejudicado, pra você marginalizar, eu acho que a sociedade passa um pouco por isso, até é igual a gente estava comentando outro dia de um usuário que circula a cidade e de que as vezes algumas pessoas observam quando ele está dentro do ônibus as pessoas ficarem com medo do jeito que ele chega, mas não oferece risco, então ainda é um estigma da sociedade. (P1)

Os desafios aparecem a todo momento no CAPS1 e a equipe do CAS1 procura avançar buscando formas para desconstruir estes estigmas. Isto nos lembra o que disse Rotelli (apud Hirdes 2012), destacado no capítulo 2 “a desinstitucionalização que buscamos passa por uma dinâmica coletiva, que inclua todos aqueles que trabalham com o portador de transtorno mental, mas não se esgote nos espaços de trabalho, deve atingir a população em geral”. Dessa forma, para vencer o preconceito e incentivar o convívio do usuário com a família e com a sociedade, um dos programas desenvolvidos pelo CAPS 1 é o “Grupo de família” que ocorre uma vez por mês e que segundo P1 tem o objetivo “de trabalhar a família, no sentido de educar, de orientar, de ouvir os problemas”. Este é um dos recursos que o CAPS 1 usa na desconstrução de estigmas e preconceitos e construção de cidadania dos usuários com apoio da família, como nos relata P4:

- Eu acho que acontece mais dos familiares se sensibilizarem mais e começarem a falar sobre isso, a trazer, tanto que algumas festas são lindas justamente porque tem esse encontro, mas eu acho que a comunidade ela participa nas feiras porque ela vai lá, elogia, prestigia, tem um pouquinho de retorno sim. [...] Eu acho que é continuar esse processo de mobilização, que não é fácil, o grupo de família só vem aumentando a cada dia, isso é muito importante, eu vejo o tanto que ele é efetivo, e eu acho que o caminho vai ser esse mesmo, que a família participe cada vez mais, se empodere sobre a questão, ajude o usuário a conquistar melhor ainda o seu acesso. (P4)

Ainda com intenção de conscientizar a população sobre a luta antimanicomial e os direitos dos usuários, o CAPS1 realiza alguns eventos que são socializados com a comunidade ouropretana. São eles: Apresentação do Bloco Conspirados na abertura do carnaval; passeata e eventos no dia da luta antimanicomial (18 de maio) e festa Agostino (festa de São João feita no mês de agosto). Sobre estas atividades, o profissional P1 nos descreve:

Nós vemos ainda que eles se encontram bem a margem disso, portanto os movimentos de fortalecimento de vínculos comunitários aqui no CAPS passam por 3 movimentos no ano: o carnaval, que é o bloco dos conspirados, que é onde todos usuários vão pra rua, usando o carnaval como uma forma também de manifesto daquilo que está sendo prejudicial dentro da política pública de saúde mental; a luta antimanicomial pra gente também ir pra rua, pra gente mostrar que a loucura é uma doença, tem tratamento, e que esses usuários tem direitos, que eles fazem parte dessa sociedade, são pessoas como outras que por ter transtorno não devem estar a margem e a festa Agostina que é a festa junina no mês de agosto. [...] Aqui a gente acaba fazendo no mês de agosto. A gente convida a comunidade, a família. (P1)

Na promoção da cidadania e dos direitos do portador de saúde mental, o CAPS também tem parcerias com a FAOP que desenvolve a Oficina da Lua e com o Museu da

Inconfidência que desenvolve PROJETO Girassol. Além disso, promove oficinas geradoras de renda dentro do CAPS. Sobre a participação do usuário do CAPS na sociedade e sobre a perspectiva de trabalho, os entrevistados P1, P4 e P5 nos contam que:

- se a gente passa também por um quadro reduzido a gente também sofre dificuldade de trabalhar essas atividades, mas elas acabam acontecendo. Hoje nós temos a oficina de geração de renda dentro do CAPS, a saboaria Florescer. (P1)

- Eu vejo isso acontecendo em Ouro Preto desde a criação do projeto da oficina da Lua que é o de geração de renda alternativa, porque é tanto pro usuário quanto para o familiar, para dar um novo espaço, um novo sentido pro fazer daquela pessoa, os usuários do CAPS AD, são muito mais produtivos, os nossos já são mais lentificados, então tem essa diferenciação de público, muitos já tem uma história muito ruim relacionada ao trabalho, aí fica mais difícil, só que é muito mais o preconceito em aceitar e entender o trabalho que aquela pessoa consegue desenvolver, do que aquela pessoa ter realmente uma oportunidade, então eu vejo isso acontecendo sim, aos poucos, devagar, mas entendo que essa postura e essa preocupação está muito mais ligada a quem está dentro da saúde mental, quem está fora ainda entende que o tratamento vai ser uma internação, ou só uma comunidade terapêutica, então ainda tem muito disso acontecendo. (P4)

- Agora também a gente tem trabalhado muito a questão de opressão no Projeto Girassol, que é um projeto de ressocialização em território, então é um tema também muito trabalhado, a opressão, a luta do sujeito na sociedade, pela família, pela vida social como um todo. Ele tem um transtorno sim, mas ele é um sujeito e tem todos os direitos como todos os outros. (P6)

Podemos observar que os profissionais do CAPS1 fazem uma crítica ao sistema atual que está deficiente de profissionais, de recursos materiais e sobre o movimento da reforma psiquiátrica diante do usuário, dos familiares, da sociedade e do próprio CAPS1. Essa análise crítica, segundo Bezerra “é fundamental para os profissionais exercitarem o viés crítico para que a prática cotidiana se afirme como movimento de transformação contínua da realidade”. Esse movimento é feito pelos profissionais do CAPS1 através de reuniões da equipe do CAPS1 e com a RAPS. Juntos promovem e participam de capacitações para exercitarem o viés crítico e buscam conhecimento para exercitarem na prática, como os relatos abaixo:

-São oferecidas capacitações, mas a idéia hoje da capacitação é muito pela educação permanente e ela é um trabalho reflexivo. É mais do que alguém chegar e dar uma aula, é um trabalho reflexivo. (P7)

-A capacitação que eu já participei é quando tem a reunião clinica ampliada normalmente uma pessoa está falando a respeito de alguns temas importantes pra nossa prática, então a gente teve um profissional falando sobre o PTS, que é o projeto terapêutico singular, de como ele surgiu, da história, até hoje como está, os desafios inerentes ao PTS, ou PTI, cada pessoa fala um. A gente teve também na última reunião guiada um outro

profissional falou sobre territorialização e desterritorialização numa ótica um pouco mais institucional da análise. (P6)

- Sempre quando tem um evento, um seminário, nós somos convidados a participar, a nível de quadro geral da prefeitura se eu for fazer uma formação específica eu tenho que usar 5 dias do ano. Inclusive tem muitos cursos a distância que são divulgados entre a equipe, entre a rede. Cheguei até fazer três muitos bons: Nas questões sociais da violência entre parceiros íntimos, atenção à saúde da pessoa privada de, atenção ao usuário de álcool e drogas. Nós estamos com um projeto dentro da rede de atenção psicossocial nas nossas reuniões ampliadas uma vez no mês. Sempre vem alguém de fora para apresentar uma tese de Mestrado de uma profissional discutindo muito sobre as estratégias políticas públicas eficientes para o atendimento da mulher no campo rural. Muito interessante ainda pensar porque Ouro Preto com essa localização geográfica grande parte do seu território se concentra na área rural.(P1)

O entrevistado P8 analisa que a capacitação de profissionais é necessária para o enfrentamento das adversidades no trabalho do CAPS: “a maioria dos profissionais teve pouca formação intra mural, da academia”. Para o entrevistado seria interessante que os estudantes fossem preparados no meio acadêmico para este enfrentamento. O mesmo defende também a articulação dos CAPS com a Universidade:

[...] Fazemos uma defesa permanente, já tentamos há muitos anos conviver com a formação dos alunos, agora que temos uma universidade com várias formações como Serviço Social, Medicina, Artes Cênicas, etc. Esforçamos para tornar o serviço poroso e acolher os alunos para que isso faça parte da formação deles. (P8)

Diante destes depoimentos, é importante ressaltar o que nos diz Merhy (2004), já citado no segundo capítulo, sobre o “cuidado com o cuidador” uma vez que estes trabalham num dispositivo com a intenção do fazer antimanicomial. Para ele é necessário:

construir um campo de proteção para quem tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas, para quem tem que construir suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato, para quem, sendo cuidador, deve ser cuidado. (MERHY, 2004, p. 5)

Diante da conjuntura atual, parece utopia citar Merhy, mas o mesmo nos traz uma importante reflexão a partir de sua prática “com alguns coletivos, que operam na saúde mental, em particular na rede de Campinas, vinculado às equipes do Serviço de Saúde Cândido Ferreira” (MERHY, 2004, p. 7), o que nos conforta saber que existem pessoas pensando e agindo no “cuidado com o cuidador”. E acima de tudo nos inspira a proporcionar a nós mesmo o alívio necessário para construção do movimento antimanicomial. (Merhy, 2004)

E por falar nessa conjuntura atual, faremos uma breve abordagem deste assunto que reflete diretamente no cotidiano dos profissionais e usuários do CAPS1 no próximo subitem.

### **3.3 – A CONJUNTURA DE RETROCESSOS DESAFIANDO O CAPS1**

Loucura é a perda da crítica

P2

O atual momento político no Brasil é sem dúvida mais uma luta pela garantia dos direitos já conquistados, do que propriamente por novos direitos. Percorremos atônitos, uma estrada que parece nos levar diretamente rumo a um passado sombrio, à perda do bom senso, da verdade, da justiça, da cidadania, da democracia. Vivemos uma regressão no que tange os direitos civis e humanos, que parecem não ter fim. Não paramos no tempo. Voltamos no tempo. Retrocedemos principalmente enquanto humanidade, quando por ganância e ambição tiramos do outro o direito à emancipação e a dignidade. Vivemos o desmonte dos nossos direitos e da segurança que estes nos garantiam.

A Reforma Psiquiátrica e seus serviços substitutos, em conjunturas neoliberais, experimentam um forte processo de sucateamento dos seus serviços. No Brasil, enfrenta enormes dificuldades nesse sentido, que significam, na verdade, um desafio com dimensões muito mais amplas. A universalização das políticas sociais vem acontecendo sob a hegemonia e expansão de um longo período histórico de políticas neoliberais; apresentando como características o desemprego estrutural, precarização das políticas públicas, desfiliação e desassistência. Simultaneamente, estas políticas incluem estratégias nítidas como repressão e desmobilização dos movimentos sociais. Analisando estes aspectos, as dificuldades de avanço dessas políticas não foram impostas apenas pelos governos de Fernando Collor ou de Fernando Henrique Cardoso, ou pelas limitações políticas do governo do PT, por exemplo, mas principalmente por características estruturais do modo de produção capitalista, como um todo, que se acentuaram nas últimas décadas (VASCONCELOS, 2011).

Como podemos ver através de Vasconcelos, as políticas neoliberais vêm predominando por um longo período precarizando as políticas públicas, o que diretamente sucateia o SUS e os CAPS. Mais recentemente, nos últimos dois anos (2016 e 2017) vimos uma presidente da República (Dilma Rousseff) ser destituída do seu cargo através de um golpe de Estado pelo atual presidente Michel Temer que não foi eleito democraticamente. Desde a

sua posse estamos sob o comando de um governo austero que vem tomando medidas que tiram os direitos conquistados pelos brasileiros e garantidos através da constituição de 1988 como: saúde e educação públicas garantidas pelo Estado. Exemplo disso é a proposta de emenda constitucional (PEC) 55 (241 no processo legislativo aprovado na Câmara de Deputados) aprovada em segundo turno em 13/12/2016 que estabelece que nos próximos 20 anos os recursos para investimento público estarão congelados. Foi aprovado também a Reforma Trabalhista que muda a legislação da classe trabalhadora, tirando direitos conquistados e está para ser votado a Reforma Previdenciária que propõe aumentar a idade e o tempo de trabalho para os brasileiros se aposentarem, com alegação de que a previdência está falida.

Este quadro de dismantelamento dos direitos e de corte no financiamento das políticas públicas reflete no CAPS1 trazendo muitos desafios aos profissionais, como vemos nos depoimentos abaixo:

- Nesse momento de desmonte do SUS eu vejo muitos porque as comunidades terapêuticas estão ganhando força e os serviços estão ficando cada vez mais desamparados [...] e a possibilidade que todo mundo acha que há uma cura, que a questão é só a cura, é de menos de 3%, então assim, a família só quer ficar livre do problema, e aí ela não se compromete. (P4)
- Você imagina países do hemisfério norte tem a maior admiração pelo modelo brasileiro do SUS, o Canadá que é um país adiantado, a Inglaterra e outros, eles reconhecem, os Estados Unidos, não o do Trump, que nosso sistema aponta para um lugar de regulação ímpar. Você tem um SUS muito bem constituído na teoria, na trama. Agora se isso é exercido, vai ser exercido se houver investimento que é o que a gente está vendo não ser feito por este governo atual que aí está. Produzindo um desserviço no meu entender. Então quando você provoca de uma forma muito interessante se está sendo feito reinserção social, temos que ver se estamos num contexto propício a isso. Será que a sociedade está pronta? Está sendo feito um trabalho com a rede? A rede está pronta para aceitar? Os meios de comunicação estão afinados? Não tenho percebido desta forma infelizmente, ao contrário às vezes. (P3)
- Nós ainda não estamos alcançando muito esse objetivo de uma forma coletiva. Mas todas as ações do profissional de saúde mental passa por aí. A cada usuário que precisamos construir um PTS, buscamos fortalecer os laços com o território, com a família. A gente está vendo que os direitos, lazer estão sendo atropelados pelo sistema. Quando o usuário está em crise ele é prejudicado. Com o quadro reduzido, sofremos dificuldades em trabalhar essas atividades. (P1)
- A internação é em último caso quando esgota-se o serviço de intervenção na rede. A média era de 6 a 8 por ano. Este ano (2017) ultrapassamos a média anual. Até agosto foram 11 internamentos em hospital psiquiátrico. Deficiência de pessoal, não existe CAPS 24 horas, crise econômica.

Importante ressaltar que com a reforma previdenciária e reavaliações do INSS tem desencadeado crises. O usuário está perdendo a fonte de renda(P1)  
- A territorialização está a passos lentos porque alguns territórios ficaram descobertos. Destinamos as referências para o território. A organização de RT dentro do serviço está por território. (P1)  
- Então sobre o fortalecimento de laços comunitários e familiares, está tudo alinhado com o que eu disse anteriormente, como você vai chegar numa pretensão tão alta se você não tem o mínimo, e o mínimo que você tinha está sendo tirado, tanto com a reforma previdenciária e do trabalho e todo mundo achando lindo isso. (P3)

O CAPS1, enquanto um dispositivo do SUS, é diretamente impactado por todas as consequências advindas da conjuntura neoliberal, ameaçando os serviços prestados aos usuários. Pertinente a esta discussão é imprescindível mencionar as ações que integram a nova política de saúde mental, aprovada em 14 de dezembro de 2017 em Brasília pela CIT (Comissão Intergestores Tripartite) do SUS, relativa às mudanças na política de saúde mental propostas pelo MS. Estas mudanças na política de saúde mental representam uma séria ameaça às diretrizes que norteiam a Reforma Psiquiátrica.

Em suma o que se propõe, é o aumento significativo de leitos em hospitais psiquiátricos, expansão das denominadas comunidades terapêuticas, sendo estas, destinatárias de maior parte dos investimentos. Vale ressaltar que antes da aprovação da nova política de saúde mental, as comunidades terapêuticas não integravam a Rede de Atenção Psicossocial. As comunidades terapêuticas funcionavam antes por meio de credenciamento feito pelo MS, agora os Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social determinarão os critérios para a habilitação e recebimento de recursos.

Portanto, este quadro da conjunta atual está precarizando o trabalho dos profissionais do CAPS1, consequentemente inviabilizando que sejam realizadas as propostas da reforma psiquiátrica e principalmente excluindo ainda e cada vez mais os portadores de transtorno mental da vida civil. Neste contexto, achamos importante apresentar no próximo subitem o Serviço Social em saúde mental no CAPS 1 Ouro Preto.

### **3.4 – O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS 1 OURO PRETO**

Loucura é expressão de todas as questões sociais  
(P1)

O Serviço Social enquanto profissão surgiu no Brasil na década de 1930 quando teve início o processo de industrialização e urbanização no país e por ser de caráter sócio-político e crítico, atua intervindo nas desigualdades provenientes das contradições da relação

capital/trabalho. Na saúde, o Serviço Social tem seu início registrado em 1946, influenciado pelo movimento de higiene mental da Europa.

A constituição do Serviço Social como profissão no Brasil é marcada tanto pela vertente doutrinária católica quanto pela influência do movimento de higiene mental, por abordagens com forte ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica (Vasconcelos, 2006, p.185).

O Serviço social em saúde mental integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e neste campo o profissional do Serviço Social é um profissional da saúde. O assistente social trabalha em conjunto com uma equipe multidisciplinar, auxiliando o usuário no acolhimento, contribuindo na sua reinserção social, na orientação dos seus direitos, encaminhamentos e na mediação entre este e sua família. No CAPS, este profissional realiza além das funções listadas acima, trabalhos em grupo com os usuários e suas famílias (oficinas socioeducativas), realiza visita domiciliar com o propósito de avaliar a situação socioeconômica e familiar. Ou seja, o assistente social realiza um trabalho junto ao usuário no sentido de desenvolver sua autonomia e cidadania.

O trabalho do assistente social do CAPS1 Ouro Preto corresponde ao acima citado, sendo importante destacar que também orienta e participa da Associação dos Usuários do Serviço de Saúde mental de Ouro Preto/ACOLHER-O.P., juntamente com outros profissionais dos CAPSi e CAPSad. A associação ficou parada por oito anos, seu antigo nome era ASSUSSAM e retomou as atividades em 2015 com objetivos de empoderamento e protagonismo do usuário de saúde mental através da formação política para o fomento do exercício da cidadania, além de investir na mobilização e formação dos usuários para participação e realização de atividades de geração de renda.

Em entrevista assistente social do CAPS1 relata sobre a sua rotina e os desafios da profissão dentro do serviço de saúde mental:

Os desafios hoje, que a gente encontra é realmente essa relação do serviço social dentro de um serviço de saúde. A gente trabalha muito com os encaminhamentos para a rede também e isso esbarra muito na forma que as políticas setoriais estão funcionando. Um dos maiores desafios disso também, do serviço social dentro de um CAPS são os profissionais de serviço social da rede, entenderem qual é o papel do assistente social dentro do CAPS. Aqui em Ouro Preto a gerencia optou assim: todos profissionais de nível superior fazem o trabalho profissional de saúde mental que é a referência técnica, que é o acolhimento. O acolhimento foi um grande

desafio para mim e eu acredito que é para o assistente social que chega também né? Como fazer esse acolhimento? Como assim, eu vou acolher uma pessoa em crise com a formação do serviço social? Mas a gente vai voltar lá na própria legislação do profissional de serviço social, que o profissional de serviço social também é profissional de saúde. Então a gente vai claro que fazer esse acolhimento de acordo com a nossa formação [...]

Com a instituição da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o assistente social passou a compor a equipe multidisciplinar no CAPS, estando a prática da profissão pautada nos princípios do seu Código de Ética profissional e dos Parâmetros de Atuação na Política de Saúde. Além disso, o Serviço Social no CAPS atua nas mais diversas expressões da questão social, trabalhando o estigma, preconceito e vulnerabilidade que os usuários portadores de transtornos mentais e suas famílias vivem no cotidiano (SILVA et al, 2015).

As diversas expressões da questão social tem sua gênese nas contradições que emergem a partir da relação entre capital e trabalho. Ou seja, a estruturação das sociedades regidas pelo capital é a propriedade privada dos meios de produção e o seu fundamento é a exploração da força do trabalho. O processo de desenvolvimento do ser social tem no trabalho sua gênese, e a produção de riquezas é o resultado dessa atividade intrínseca ao desenvolvimento humano. Contudo, nas sociedades alicerçadas no modo de produção capitalista, ocorre uma desigualdade na distribuição da riqueza socialmente produzida e a Questão Social é o conjunto das expressões advindas das desigualdades sociais. (BEHRING, 2010)

Isso fica explícito no cotidiano do assistente social do CAPS1 que relata o seguinte:

A gente tem uma grande demanda dentro dos serviços que é papel do profissional de saúde mental e tem uma demanda que é específica do serviço social. Que é orientação para benefício, encaminhamentos para benefício, então essa demanda a gente tenta também encaminhar pra rede, porque o profissional de serviço social dentro do CAPS não dá conta de atender e nem vai dar conta de atender a todas as questões sociais e até por isso que existe, dentro da própria regulamentação do serviço e das diretrizes que o CAPS tem que trabalhar articulado com a rede. Saúde precisa trabalhar com política intersetorial, se não a gente não avança.

Na atual conjuntura, da forma como ela está posta, são muitos os desafios a serem enfrentados pelos profissionais da saúde e o assistente social no CAPS não é uma exceção. São muitas as dificuldades enfrentadas por esses profissionais para a efetivação do seu trabalho, estando estas relacionadas à escassez de recursos físicos, ausência de interdisciplinaridade entre as equipes, falta de transporte para realização de ações fora do equipamento, precarização do trabalho e limitação da integração da família no processo

terapêutico do usuário. Além das adversidades já listadas, não se pode deixar de mencionar que as demandas que se apresentam vão além da requisição por assistência psiquiátrica, mas está relacionada também ao contexto social, econômico e cultural na qual estão inseridos os usuários e suas famílias (SILVA et al, 2015).

Os parâmetros para a atuação do assistente social na saúde diz que “o reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, demanda uma atenção profissional em uma perspectiva totalizante” (CEFESS, 2010, P.30), tornando a profissão indispensável para a reabilitação do usuário, visando a melhoria na sua qualidade de vida e proporcionando as condições necessárias para apaziguar os prejuízos dos transtornos, tanto no âmbito biológico quanto psicológico e social (SILVA et al, 2015).

O assistente social dentro de um CAPS responde a uma política institucional, segue as diretrizes da linha guia, as normatizações, e na legislação de saúde mental não tem atendimento específico. Todos profissionais de nível superior são considerados profissionais de saúde mental, então dentro desta normatização cada CAPS trabalha de acordo com sua realidade, seu território.

A intervenção do assistente social no CAPS se objetiva através da escuta qualificada, onde os usuários procuram o Serviço Social de forma espontânea ou por encaminhamento. E a depender da demanda apresentada a intervenção pode resultar em uma orientação/explicação/esclarecimento, solicitação de visita domiciliar ou institucional ou em um encaminhamento formal, conduzindo o usuário ou familiar ao dispositivo que solucionará seu problema, ocorrendo assim, a articulação intersetorial da rede. E para que se cumpram essas ações o profissional do serviço social faz uso de alguns instrumentos técnico-operacionais como o relatório social, parecer social, entrevista com escuta qualificada, questionário socioeconômico, encaminhamento formal, prontuário dos usuários, entre outros (SILVA et al, 2015).

Acerca da importância do profissional do Serviço Social na saúde mental, especialmente no CAPS1, assistente social afirma que:

O problema é a rede também entender qual o papel do assistente social dentro do CAPS, por quê? Não é meramente o serviço social dentro do CAPS. [...] a demanda do CAPS é muito grande, se a gente for olhar, todo paciente que está aqui tem suas questões sociais pra serem atendidas, para serem orientadas, só que o que o serviço social faz dentro do CAPS. Primeiro: tem que fazer o papel de profissional de saúde mental que é acolhimento, referência técnica. Nessa referência técnica tem N desdobramentos. Tem atendimento individual, atendimento familiar, acompanhamento desse usuário que está em crise, que muitas vezes vai resultar em atividades, em ações de contratualidade, que vai chamar no

registro ambulatorial de saúde, mas que na verdade são ações que você acompanha de perto do usuário, e que às vezes visto pela rede por outros profissionais de outros serviços pode entender como paternalismo, assistencialismo, mas não é isso. Até porque pra gente chegar a uma promoção de contratualidade é quando realmente não há suporte familiar, porque o tempo todo nós vamos direcionar nesse suporte. Então assim, esse é o desafio.

Desta forma, é irrefutável a importância do assistente social na saúde mental. Na compreensão da realidade do usuário, além do que é aparente, buscando identificar o contexto das relações sociais e a dimensão do indivíduo que vivencia o transtorno mental. Atuando nas mais diversas expressões da questão social que se revelam na pobreza, desemprego, violência, exclusão social, entre outros. Igualmente, o assistente social no CAPS, exerce um papel relevante e diferenciado no que compete a sua vinculação à equipe multidisciplinar, procurando sanar as necessidades sociais dos usuários, de forma a lhes possibilitar uma vida digna e garantir os mínimos sociais indispensáveis para a produção e reprodução da própria vida (SILVA et al, 2015).

Cabe a nós saber e sempre lembrar o que determina o Código de Ética do assistente social, Lei 8662/93, que está diretamente afinado com a proposta da reforma psiquiátrica e portanto, destacamos o primeiro princípio fundamental: “Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais”

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

*A loucura está solta na humanidade*  
P3

Este trabalho de conclusão de curso objetivou investigar se a reforma psiquiátrica se efetivou de fato, tendo como objeto de pesquisa o CAPS 1 de Ouro Preto.

Para tanto, foi feita uma pesquisa bibliográfica que norteou este trabalho apresentando contexto histórico desde a percepção da loucura no Brasil e no exterior até a reforma

psiquiátrica com seus avanços e desafios. Para fundamentar este trabalho, foram feitas também entrevistas com os profissionais do CAPS1 buscando uma articulação entre a pesquisa bibliográfica e a dimensão empírica.

Com este trabalho, vimos que houve grandes avanços no tratamento de portadores de transtornos mentais através da Reforma Psiquiátrica. A partir desta, pode-se vislumbrar um futuro para estes sujeitos que até então tinham suas necessidades reduzidas a alimentação e medicação nos hospitais psiquiátricos ou nem isso quando internados em manicômios com superlotação onde morriam de doenças infectocontagiosas, sem higiene, torturados e deprimidos. Idealizou-se além do tratamento psiquiátrico e psicológico para os usuários, o incentivo à criação de vínculos com a família e a sociedade, acesso à educação, à cultura, lazer, saúde, ao trabalho e cuidados com os familiares.

Pode-se perceber que o CAPS 1 Ouro Preto avançou muito desde sua implantação para a efetivação da reforma psiquiátrica e muito deste progresso se deve aos profissionais, vejamos isso através de depoimento de um dos entrevistados:

Eu acho que é de lugar pra lugar, por exemplo: aqui a gente vê, em Ouro Preto, a gente vê a equipe inteira batalhando pra isso, e a gente vê que está acontecendo, é por inteiro que o pessoal está fazendo, mas eu trabalho em outros lugares que eu não vou falar pra não faltar ética, que você vê que não é assim, é um descasco, você atendeu? Resolveu? Resolveu. Não resolveu? Vai ficando, ficando, e os pacientes vão ficando, ficando, sem sair dali, porque dá trabalho de tirar um paciente de reinserção do CAPS, o que eu tenho visto é isso, não tem muito investimento em certos lugares não. Aqui eu vejo que tem investimento da equipe. (P2)

A equipe se organiza na tentativa de realizar seu trabalho de acordo com o programa do Ministério da Saúde determinado através da linha guia de saúde mental e portarias, porém encontra várias dificuldades que até aqui temos chamado de desafios, pois o movimento do CAPS1 no seu dia a dia é feito para encontrar soluções seja para os casos atendidos ou para a falta de recursos humanos e materiais.

Um dos desafios apontados pelos entrevistados é o preconceito da família em aceitar que seu familiar esteja portando transtorno mental e da sociedade em conviver com estes sujeitos que ainda sofrem com os estigmas de que “lugar de doido é no hospício”, de que são violentos e perigosos causando medo ao circular pelas ruas e em transportes públicos sem acompanhantes. E sim, “a loucura está solta pela humanidade” e nós também estamos sujeitos a ela a qualquer momento.

Outros desafios encontrados pelo CAPS1 são a redução da equipe, rotatividade de profissionais e a falta de novas contratações, o que desencadeia vários obstáculos na efetivação da reforma psiquiátrica como: deficiência na territorialização entre CAPS1 e PSF, ausência de capacitação aos PSFs, desenvolvimento insatisfatório do PTI, atendimento imediatístico aos usuários.

Um dos entrevistados apontou morosidade nos serviços e nos investimentos da política pública como um dificultador para a efetivação da reforma psiquiátrica:

Para chegar onde estamos e foi uma luta constante. As políticas públicas estão aí, a legislação está aí, mas que nada se cumpre direito. Para que a gente tenha acesso de fato ao direito nós temos que fazer um caminho. E isso angustia muito. Quando estamos lidando com o usuário que a gente sabe que ele tem aquele direito mas existe um caminho. Esse caminho envolve serviços, investimentos na política pública para que de fato o usuário seja atendido no seu direito[...]. A saúde mental está a margem, na lógica manicomial. Ouro Preto tem uma cultura assistencialista. Os profissionais da assistência e saúde tem dificuldade de quebrar este paradigma da cultura de assistencialismo, principalmente dos favores políticos. Avançou na estrutura mas tem que avançar muito. (P1)

A política de saúde mental não tem recebido apoio e investimentos adequados do município conforme mais um entrevistado aponta abaixo:

O primeiro desafio é esse, uma gestão que é mais ou menos, a gente teve umas piores, outras um pouco pior, um pouco melhor, mas nunca teve uma gestão super favorável, então numa gestão que é bem mais ou menos igual a última que a gente teve agora por último, bem mais ou menos, é você conseguir avançar, quando você não tem um gestor, seja um prefeito, um secretário de saúde, que está super empenhado no assunto, tipo assim “Eu quero fazer”, não resolve, ele fica assim: “você vão fazendo aí que eu não vou atrapalhar”, porque tem uns que além de não querer ajudar ainda querem atrapalhar, querem desmontar esse CAPS aqui, tem isso também, mas os últimos que a gente teve, até porque já tinha um laço social com a cidade ninguém pode chegar e destruir o serviço de saúde, então o que acontece o primeiro desafio é a gente ir avançando gestores mais ou menos. (P7)

Todos estes desafios apontados neste trabalho são reflexos da conjuntura de retrocessos nas políticas sociais e mais ainda na política pública de saúde mental. Segundo Vasconcelos(2016):

[...] existe uma tese, defendida inclusive por autores que estudam política social, de que o investimento em saúde mental é despesa social porque, do ponto de vista econômico, é uma população que não é considerada

produtiva. Então, para eles, assegurar tratamento para pessoas com psicose e das classes populares seria apenas despesa voltada mais para manter alguma legitimidade social. Isso é diferente, por exemplo, de investir em certas linhas de assistência psiquiátrica para recuperar um trabalhador produtivo. O próprio SUS é uma tentativa de ir na direção contrária. É um sistema universal, em que todos têm direito à assistência de qualidade. Mas em vários municípios o SUS ainda é de má qualidade e o transtorno mental é a última prioridade. (VASCONCELOS, 2016, p.214)

Talvez seja por causa dos motivos acima citados por Vasconcelos que no município de Ouro Preto ainda não foram implementados os espaços de convivência terapêutica, as residências terapêuticas, o CAPS III (24 horas) e a equipe de matriciamento, serviços estes elaborados pelo Ministério da saúde para a efetivação de fato da reforma psiquiátrica. Essa crise no orçamento da saúde mental não é somente uma crise econômica do país, mas sim um retrocesso que está posto com o aumento de repasse para leitos convencionais em hospitais psiquiátricos particulares e para as comunidades Terapêuticas.

Podemos concluir que, neste momento de retrocessos, sendo um dos grandes problemas que afetam a política de saúde mental e mais diretamente o CAPS1, a terceirização dos serviços e a precarização de direitos trabalhistas, faz-se necessário exercitar a resistência para manter as conquistas adquiridas até agora pela reforma psiquiátrica. O CAPS1 Ouro Preto fará a sua manifestação pela luta antimanicomial amanhã, início do carnaval em Ouro Preto, levando para as ruas da cidade seus profissionais, usuários e familiares interagindo com a sociedade e resistindo ao retrocesso.

Por uma sociedade sem manicômios!

## REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ALVES, Domingos Jr. **Reforma Psiquiátrica**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reforma.html>. Acesso em: 26/06/2017.

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

AMARANTE, Paulo. **Rumo ao fim dos manicômios**. *Revista Mente & Cérebro*. São Paulo: Duetto Edit, 2006.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro** – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013. Disponível em: [http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Holocausto\\_brasileiro\\_vida,\\_genoc%C3%ADdio\\_e\\_60\\_mil\\_mortes\\_no\\_maior\\_hosp%C3%ADcio\\_do\\_Brasil.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Holocausto_brasileiro_vida,_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf) . Acesso em 15/05/2017.

BANDEIRA, Marina; LIMA, Lúcia A; BARROSO, Sabrina (Orgs.). **Avaliação de Serviços de Saúde Mental**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BATISTA. M. D. G. **Breve História da Loucura, Movimentos de Contestação e Reforma Psiquiátrica na Itália, França e no Brasil**. *Revista de Ciências Sociais*, n. 40, Abril de 2014, pp. 391-404. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/264943132\\_Breve\\_historia\\_da\\_loucura\\_movimentos\\_de\\_contestacao\\_e\\_reforma\\_psiquiatria\\_na\\_Italia\\_na\\_Franca\\_e\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/264943132_Breve_historia_da_loucura_movimentos_de_contestacao_e_reforma_psiquiatria_na_Italia_na_Franca_e_no_Brasil) . Acesso em: 13/01/2018.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social: fundamentos e história**/ Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. -7.ed.- são Paulo: Cortez, 2010.

BEZERRA, Benilton. **Desafios da Reforma Psiquiátrica**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007.

Brasil, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica.

Brasil. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992.** Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.448 de 21 de outubro de 2011.** Regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. **Lei nº 3657 de 1989.** Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

Brasil. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Único de Saúde.** ENSP, Fiocruz. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Acesso em: 09/01/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº148, de 31 de janeiro de 2012.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html). Acesso em: 09/01/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas

CEFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Grupo de trabalho “Serviço Social na Saúde”. Brasília, março de 2009.

CHIAVERINI. Dulce Helena. **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf) Acesso em: 15/01/2018.

COSTA E SOUZA Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004). Acesso em 30/06/2017.

DAMASCENO, Eduardo; REINALDO, Amanda. **Oficinas Terapêuticas para Hábitos de Vida Saudável no Centro de Convivência Arthur Bispo Rosário: Relato de Experiência.** Revista Ufpr, 2009. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14144>.

DELGADO, Paulo. Site Oficial. 1998 – 2018. Disponível em:  
<http://www.paulodelgado.com.br/revista-cidadania>. Acesso em: 27 de julho de 2017.

FERNANDES, Ana Júlia Castro. **Origens do Movimento Sanitário Brasileiro.** Disponível em: [http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2682/1/2011\\_AnaJuliaCastroFernandes.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2682/1/2011_AnaJuliaCastroFernandes.pdf). Acesso em: 09/01/2018.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1978. Disponível em: <https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2015/07/foucault-m-histc3b3ria-da-loucura-na-idade-clc3a1ssica.pdf>. Acesso em: 13/01/2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** *Ciênc. saúde coletiva*. 2009, vol.14, n.1, pp.297-305. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.

MACHADO, Elza M; SILVA, Jandira M; AKERMAN, Marco; BELISÁRIO Soraya A. (Orgs.) **Promoção da saúde: Autonomia e Mudança.** Belo Horizonte: Forum, 2016.

MANZINI, E. J. **Entrevista Semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros.** Disponível em:  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3145622/mod\\_resource/content/1/Entrevista%20semi%20estruturada%20estudo%20UNESP%20Mari%CC%81lia.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3145622/mod_resource/content/1/Entrevista%20semi%20estruturada%20estudo%20UNESP%20Mari%CC%81lia.pdf). Acesso em: 14/01/2018.

MERHY, Emerson. **No olho do furacão.** 2004. Disponível em:  
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>. Acesso em: 12/06/2017.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 09/01/2018.

PEPATO, L. A. O. **Matriciamento em Saúde Mental: Um Projeto Viável na Atenção Básica,** ESF Rosa Maria Frange. Disponível em:

[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Matriciamiento\\_saude\\_mental.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Matriciamiento_saude_mental.pdf)  
Acesso em: 15/01/2018.

Relatório final da Oitava Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 de março de 1986.  
Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em 03 de julho de 2017.

RESENDE, Heitor. **Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: TUNDIS, Silvério Almeida & Costa, Nilson do Rosário (Orgs). *Cidadania e Loucura*. 7ª edição. Editora Vozes, Petrópolis, 2001.

SAFATLE, Vladimir. **Em 2017, não é possível achar que drogaditos não devam ter autonomia**. Disponível em: [Ehttp://www1.folha.uol.com.br/colunas/vladimirsafatle/2017/06/1889506-em-2017-nao-e-possivel-achar-que-drogaditos-nao-devam-ter-autonomia.shtml](http://www1.folha.uol.com.br/colunas/vladimirsafatle/2017/06/1889506-em-2017-nao-e-possivel-achar-que-drogaditos-nao-devam-ter-autonomia.shtml). Acesso em: 02-06-2017.

SILVA, ATMC, Barros, S, OLIVEIRA MAF. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto**. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(1): 4-9

SILVA, Jackeline. **O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina-Piauí**. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo10/o-trabalho-do-assistente-social-na-saude-mental-experiencia-de-estagio-no-caps-ii-leste-em-teresina.pdf>. Acesso: 23/01/2018.

SOUZA, Georgia C. A.; COSTA, Iris C. C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004). Acesso em: 05/01/2018

TENORIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. 2002, vol.9, n.1, pp.25-59.

VASCONCELOS, E M – **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016

ZAMPIVA, Cassia M. A.; SANTOS. L. B. **Saúde Mental no Sistema Único de Saúde: uma revisão teórica**. Disponível em:

<http://www.araguatins.ifto.edu.br/portal/saude/index.php/artigos/111-saude-mental-no-sistema-unico-de-saude-uma-revisao-teorica>. Acesso em: 09/01/2018.

## **ANEXOS:**

Entrevista:

- 1) Nome:
- 2) Você está lotado em qual função?
- 3) Você é contratado ou efetivo? Há quanto tempo?
- 4) Qual é a sua rotina?
- 5) Quais são os desafios que você encontra no seu trabalho?
- 6) Você tem sugestões para melhorar o seu trabalho e da sua equipe de trabalho?
- 7) Você recorre a quem ou a o que em caso de dúvida?
- 8) Desde 1998, o serviço de saúde mental em Ouro Preto vem se organizando. Em 1999 foi implantado CAPS 1, em 2002 o CAPSad. O que mudou no percurso até o momento atual?
- 9) Segundo o Ministério da Saúde (2004, p.13) “o objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Qual a sua opinião sobre isso? Você acha que o enunciado está sendo desenvolvido? Principalmente no quesito reinserção social e fortalecimento dos laços comunitários.
- 10) Há muitos encaminhamentos para a internação? Quando este encaminhamento é utilizado?
- 11) Existem técnicas que substituem as internações? Quais? Elas são efetivas?
- 12) São oferecidas CAPACITAÇÕES para os profissionais do CAPS?
- 13) O que é loucura para você?