

**FACULDADE DE DIREITO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

RAYSSA FERRETE BARBOSA

**TRANTORNOS MENTAIS NO BRASIL: DE UM
HISTÓRICO DE VIOLAÇÕES A UMA ATUALIDADE DE
ACOLHIMENTOS.**

VITÓRIA
2017

RAYSSA FERRETE BARBOSA

**TRANTORNOS MENTAIS NO BRASIL: DE UM
HISTÓRICO DE VIOLAÇÕES A UMA ATUALIDADE DE
ACOLHIMENTOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Direito da Faculdade de Direito de Vitória
– FDV, como requisito para a aprovação na
disciplina de elaboração do TCC, sob a orientação
do Prof. André Filipe Pereira Reid dos Santos.

VITÓRIA

2017

RESUMO

O presente estudo, através da metodologia bibliográfica, procura identificar soluções a favor de mecanismos favoráveis e mais eficazes para a inserção social dos portadores de transtornos mentais no contexto da sociedade brasileira. Desse modo, o trabalho pretende levantar desde fundamentações que compõem o construto da loucura como produção e prática de higiene social quanto trazer à tona questões históricas do Brasil nesse sentido. Nesse viés, é situado no decorrer da análise o panorama político que culmina na Reforma Psiquiátrica, importante marco na luta antimanicomial e grande ponto a favor de condições dignas para os que possuem sofrimentos psíquicos, tendo também como pressuposto para a implementação de políticas públicas e seu consequente redirecionamento assistencial em saúde mental, a promulgação da Lei 10. 216/2001. Ressalta-se que esta dispõe e garante direitos para os acometidos, assim como o reconhecimento da dignidade destes. Por fim, cabe mencionar a desenvoltura de argumentos que trazem a sociedade inteira também como responsáveis pela melhoria das questões de saúde mental no país.

PALAVRAS-CHAVES: Inserção Social; Direitos Fundamentais; Reforma Psiquiátrica; Portadores de Transtorno Mental.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	04
1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICO – SOCIAL DA LOUCURA	07
2 MANICÔMIOS E HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL	09
2.1 O PANORAMA POLÍTICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	12
2.2 AS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO ESPIRÍTO SANTO.....	13
3 LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	14
3.1 CAPS	18
4 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL	20
4.1 O PAPEL DA FAMÍLIA	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	28

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) traz que mais de 400 milhões de pessoas são diagnosticadas com transtornos mentais ou até mesmo problemas psicológicos relacionados com o abuso de drogas e de álcool. Os dados alarmantes mostram que mais de 20% das triagem feitas em pacientes atendidos por profissionais de atenção primária têm um ou mais transtornos mentais. Aos olhos da sociedade, apesar da enorme quantidade de acometidos, possuir algum tipo de sofrimento psíquico acompanha um estigma de invalidez e incapacidade, evidência não só nas atividades e relações sociais e civis, mas inclusive dentro dos manicômios e hospitais psiquiátricos.

O processo de segregação e exclusão social dos portadores de transtornos mentais é tão secular quanto a socialização do homem e há muito tempo estes são alvos de preconceitos e ações desumanas. Desse modo, o homem e a sua dificuldade de enxergar a idoneidade dos que fogem dos ditames do padrão dificultam o processo de inserção destes dentro da sociedade.

O desafio da inclusão ainda se dá de maneira muito incipiente no Brasil, porém nos últimos anos movimentos nacionais e internacionais têm buscado a inserção dos portadores de transtornos mentais nas relações cotidianas da sociedade, desejando recuperar o respeito à dignidade humana, princípio este basilar em nosso ordenamento jurídico.

A promulgação da Lei 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica foi um grande marco no Brasil para os portadores de transtornos mentais, vez que esta busca demonstrar a necessidade do respeito aos direitos humanos destes.

A Reforma foi um movimento que teve início em meados da década de 80 e possuía como objetivo a retirada do estigma da hospitalização, tendo em vista a forte violação aos direitos fundamentais básicos, já que os hospitais psiquiátricos eram verdadeiros depósitos de pessoas.

Assim, a Lei 10.216/2001 pretendia regulamentar a visão da saúde mental em nosso país, com a criação de uma rede de atenção psicossocial (CAPS), o qual se esforça a oferecer um atendimento multidisciplinar junto a profissionais qualificados.

Contudo, as diretrizes propostas pelos CAPS ainda não chegaram nem perto da sua real concretização, pois é possível observar uma estrutura física deficitária e a consequente ineficiência de toda a rede de articulação. Frisa-se que houve melhora na estrutura como um todo, porém boa parte dos pacientes ainda se encontra desamparados.

A fim de delinear o objetivo desse estudo, busca-se compreender a relação existente entre as políticas sociais vigentes, suas práticas psiquiátricas e a (re)inserção no mercado de trabalho dos portadores de transtornos mentais.

Dessa maneira, avançaremos sobre o tema com intuito de despertar a participação de todos os integrantes da sociedade na luta em prol da inclusão social de tais pessoas e de discutir acerca de políticas que facilitem a inserção, uma vez que não se trata apenas da forma como os portadores são tratados, mas também de como toda a rede de relações se articula com os mesmos.

A ideia é buscar demonstrar a real importância da integração de todos em prol da saúde mental no Brasil, de modo que esta seja tratada em equipe. Precisa-se do apoio dos profissionais de saúde mental, como: enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros, já que o acometido necessita de uma abordagem assistencial eficaz, inclusive no seu âmbito familiar a fim de alcançar uma melhora em seu quadro psíquico-social.

Diante do exposto, se faz necessário apresentar os motivos pelas quais tal pesquisa foi realizada. Sendo assim, o desenvolvimento deste texto terá como norte averiguar os impactos das relações sociais na vida social dos portadores de transtornos mentais e analisar as condutas destes perante as instituições da saúde mental.

Os acometidos de transtornos psiquiátricos sofrem com as dificuldades encontradas na sociedade, e, portanto, estes devem receber um tratamento diferenciado a fim de estarem aptos a exercer funções e atividades cotidianas.

A problemática que perdura há muito tempo no quadro do Brasil é: a exclusão dos portadores nos âmbitos sociais e a falta de políticas realmente efetivas que facilitem este acesso.

Os tratamentos farmacológicos e terapêuticos oferecidos aos portadores de transtornos mentais em tese tem um resultado satisfatório aos olhos da sociedade e do próprio governo, porém muitas vezes são ineficazes no tocante a readaptação às atividades cotidianas, como por exemplo a internação ou a excessiva medicalização depressora do sistema nervoso central.

Sendo assim, os objetivos do presente trabalho são: expor quais são os tratamentos dados aos acometidos de doenças mentais e como se dão na prática, detectar os reais desafios enfrentados na ressocialização dos portadores de transtornos mentais e identificar políticas que facilitem o acesso nas relações sociais.

A metodologia utilizada foi pesquisa bibliográfica, uma vez que o conteúdo do trabalho é baseado também em doutrinas e artigos importantes sobre o tema já publicados.

Por fim, o que alimenta este trabalho é a busca para identificar as dificuldades enfrentadas pelos portadores de transtornos mentais na ressocialização, já que se faz mister questionar e reanalisar os conceitos e práticas tomados como regimes de verdade no campo da saúde mental. Como afirma Mariana Weigert (2015), este parece ser um dos mais importantes passos na operação de mudanças na lógica manicomial no entendimento da loucura como não necessariamente perigosa e naturalmente violenta.

1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICO - SOCIAL DA LOUCURA

As obras de Michel Foucault que dizem respeito ao assunto apontam que o assim chamado louco e a própria loucura não são entidades imutáveis e perenes como talvez possa se imaginar. É interessante notar que esses construtos diversas vezes possuíram diferentes significados, sendo o resultado de uma longa e gradativa produção social e histórica.

A história dos acometidos por doenças, sejam elas mentais ou não, é escrita em cada contexto de acordo com a concepção cultural vigente na sociedade da época, ditando dessa maneira o tratamento a eles direcionado.

Na Antiguidade, segundo Bock (2003), acreditava-se por exemplo que as questões de saúde diziam respeito à religião e ao trabalho do indivíduo. Na Grécia, a loucura já carregou o emblema de privilégio. Alguns nomes como Sócrates e Platão utilizavam-se dos mesmos termos (manikê) ao se aludir tanto o “divinatório” como o “delirante”. O delírio poderia dar acesso a verdades divinas.

Uma outra abordagem para com o doente foi gradativamente sendo consolidada ao final da Idade Média, quando a ideia sobre as doenças, principalmente as que acometiam a mente, foram compreendidas como possessões demoníacas e castigos divinos, na qual a expurgação física através de violência, privação de alimentos e o confinamento se tornavam necessários (HOLMES, 2001).

Com o passar do tempo as ideias sobre algo diabólico no louco foram descartadas e as influências da teoria patológica de Hipócrates na qual o delírio era marca de problemas mentais e intelectuais ganhava força, inaugurando um novo diagnóstico para a loucura. É então inaugurada no início do século XIX a psiquiatria como especialidade médica a partir do Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental elaborado por Pinel (RAMMINGER, 2002).

Com o advento do hospital, no século XVII, iniciou-se o confinamento daqueles que divergiam das normas da sociedade: a institucionalização das pessoas doentes, era uma medida de exclusão social, nos quais, marginais, ladrões, mendigos e os loucos

(toda a "escória" da sociedade) eram internados com vistas a sanar parte do problema de inflação populacional nas cidades (FOUCAULT, 2003).

Durante a história alguns processos que ocorreram se assemelham por analogia a esse fenômeno quando outras figuras ocupam esse mesmo posto no imaginário social, exemplo este de quando a figura do leproso é colocada como um ser amaldiçoado da sociedade (FOUCAULT, 1978).

O hospital no século XVIII aparece como instituição direcionada aos pobres e doentes necessitados de assistência, muitas vezes considerados também perigosos e contagiosos, com um intuito de excluí-los e de recolhê-los da sociedade. O pobre era visto como um doente para a sociedade e era confinado em algum lugar, para que não contagiasse os demais. Os trabalhadores do hospital muitas vezes não tinham como função primeira realizar a cura, mas prover últimos cuidados e realizar intervenções religiosas no indivíduo (FOUCAULT, 1978).

A instituição chamada assim hospital apenas começa a exercer a função de lugar de cura e formação de médicos efetivamente no século XIX. A medicina conquista gradualmente mais espaço na sociedade como ciência, e o detentor desse saber passa a ser considerado como portador da verdade no âmbito da saúde. Esse processo de transferência de poder-saber ao médico lhe configura cada mais influência e poder, escapando à área da saúde e entrando até mesmo no âmbito judicial (FOUCAULT, 2007).

A doença surge então como um problema social, nos quais os indivíduos por ela acometidos são tidos como indesejados, estando apontado o vetor para o confinamento também em direção à pobreza (SZASZ, 1994).

É o século XVIII que vem, definitivamente, **marcar a apreensão do fenômeno da loucura como objeto do saber médico, caracterizando-o como doença mental e, portanto, passível de cura.** É nesse século que a razão ocupa um lugar de destaque, pois o pensamento predominante é de que se é através dela que se chega a liberdade e a felicidade plena. Começa a ocorrer uma grande valorização do

pensamento científico e é em meio a esse contexto que ocorre o surgimento do hospital como espaço terapêutico.

O modelo de ciência reflete heranças provenientes diretamente de um expressivo posicionamento epistemológico dentro das linhas filosóficas de produção de conhecimento, o Positivismo, que segundo Moreira (2002) predominou as Ciências Sociais, principalmente a partir da segunda metade do século XX.

Descartes inaugura o modo operacional que sustenta este modelo moderno do pensar, onde é através da razão (“que as matemáticas encarnavam de maneira exemplar”) e de seu constante exercício que se estabelecem os caminhos para a verdade (DESCARTES, p. 10). Seu axioma acaba se tornando de maneira prática a forma de dar razão e se considerar verdadeiro o que é clara e racionalmente evidente.

“Penso, logo existo (Cogito ergo sum)”, mostra que o direcionamento da certeza é única e exclusivamente proveniente do ser pensante. Desta maneira, a existência é completamente dependente do exercício fundamental do pensamento: “se deixasse de pensar, deixaria totalmente de existir” (DESCARTES, p. 61).

Configura-se nestas bases o entendimento da loucura como a impossibilidade do pensar e a falta do exercício da razão, botando-a na mesma classe dos sonhos e das demais formas de erro (FOUCAULT, 2003).

Dessa maneira cabe salientar neste momento os vetores que direcionavam e orientavam as noções e referências do campo do conhecimento e da autoridade. Segundo Foucault, (2003, p.27) o poder permeia todas as relações em que o ser humano se vê inserido e toma como máxima que o poder institui o saber e que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber.

Em uma sociedade que se caminha com alicerces positivistas e científicos, o grau de poder e influência social são legitimados por uma das partes a partir do conhecimento adquirido e produzido nos campos dos saberes científicos, exemplos estes das práticas da Psiquiatria e Psicologia.

As máximas positivistas contemporâneas fundamentam-se na proposta de Comte e Mill, e enfatiza veemente que as ciências humanas deveriam seguir a lógica e os métodos das ciências físicas e naturais. (MOREIRA, 2002, p. 46). A sociedade ocidental atual produz e naturaliza a visão das mazelas psíquicas como objeto de intervenção da ciência, seja ela médica ou não.

Nesse paradigma, o sofrimento psíquico recebe o rótulo de “doença mental”, tendo como objetivo final a cura. Essa pode até ser conceituado de maneiras diferentes, mas, raramente o processo escapa à intenção de se fazer uma (re)adaptação a um mundo do qual o portador não faz parte ou ao qual se mostra estranho.

Foucault em suas obras caminha para o raciocínio de que a insanidade não é algo ontológico e que esta durante distintos momentos se adaptou à convenção do que seria considerado loucura na época. Isto é, “cada cultura tem a loucura que merece” (Foucault, 2002, p. 164).

2 MANICÔMIOS E HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL

O acolhimento dado aos portadores de transtornos psiquiátricos no Brasil tem uma história bem conturbada. É uma parcela da população que diariamente sofre com a negligência dos entes públicos em relação aos amparos e tutela necessários e é fortemente marginalizada pelo preconceito que perdura na sociedade.

Esse histórico de flagelos e tormentas dos chamados de doentes mentais existe pelo menos desde o século XVIII, época esta em que a higienização social das camadas excluídas e problemáticas da sociedade ganha o corpo das instituições manicomiais para um depósito dos marginalizados.

Antes do Hospício Pedro II, o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, os acometidos por transtornos mentais viviam a vagar pelas ruas e sofriam repressões duras, sendo trancafiados em prisões ou nas Santas Casas de Misericórdia (BOTEGA, 2002; COSTA, 1989; MEDEIROS, 1993; UCHÔA, 1981).

A motivação primária e a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira para a criação dos primeiros hospitais psiquiátricos no Brasil era a de remanejar doentes mentais que se encontravam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia ou nas ruas, onde a ideia de retirá-los do espaço urbano pelo afastamento ou pela exclusão era vista como uma necessidade tangível (RESENDE, 1987, p. 36). Assim o Hospício de Pedro II foi construído sendo o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil. Figueiredo diz que (1988, p.124) "a loucura no Brasil vai sendo incorporada pelo saber psiquiátrico e o grande hospício é inaugurado como sede deste saber". Dessa forma no contexto do Brasil percorriam os trilhos do internamento dos doentes mentais com o objetivo maior de "afastá-los da sociedade do que realmente tratá-los e minorar seu sofrimento" (RIBEIRO, 1999, p. 20).

É expressiva a afirmação de alguns autores sobre a diretriz nítida de higiene pública que possuíam os manicômios com os propósitos de remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar seus pacientes nos primeiras décadas de suas existências Resende (2001, p.39).

Resende (2001) descreve as desumanas violações de direitos inerentes aos doentes mentais, como a capacidade de internados extrapolada, falta de profissionais, a violência física e mental e as terríveis condições de acolhimento, corroborando com sua ideia de que a efetiva função social da prática psiquiátrica era a exclusão dos portadores de transtornos mentais.

Segundo alguns autores a residência psiquiátrica “Colônia”, situada em Barbacena, Minas Gerais, foi um campo de extermínio, fato que suporta o pensamento de Resende e outros estudiosos do assunto. Alguns sobreviventes relataram suas histórias e dramas sobre o terror vivido no local.

A Colônia começou suas atividades no século XX e ainda em 2003, haviam pacientes. Eram pessoas que chegavam de diversas localidades do país e muitos destes permaneciam ali pelo resto de suas vidas. Relata-se que muitos internados chegaram ao local a força, e ali permaneciam. Uma grande quantidade de internos ao menos conheciam as razões de estar no hospital psiquiátrico. Era extremamente comum padronizar os diagnósticos feitos e pouquíssimos critérios haviam para a internação ocorrer.

“Cerca de 70% não tinha 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” (ARBEX, 2013, P. 14).

Só a partir de meados dos anos 70 este enorme contexto de descaso e maus tratos para com os portadores de transtornos mentais no Brasil passou a atrair atenção de alguns médicos que começaram um movimento para a melhoria das condições de assistência aos doentes mentais.

2.1 O PANORAMA POLÍTICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.

A partir da década de 80, as instituições públicas de saúde mental começaram a modificar seus discursos institucionais. O que ocorria era que o país atravessava um

período de redemocratização com mais participação popular em seus setores institucionais (SCHECHTMAN, 1996).

Até este momento citados os instrumentos políticos eram repressores e violentos, e a insatisfação da população e também a dos trabalhadores das áreas dos serviços públicos, enfatizando a saúde mental, crescia bastante. Neste campo um enorme número de denúncias identificadas como mecanismos repressivos e violentos de controle social e político das práticas psiquiátricas existentes ficaram em evidência, devido à recorrentes relatos e várias contradições operacionais que supostamente diziam ir em direção a reabilitação dos acometidos de doença mental (SCHECHTMAN, 1996).

Nesse sentido, no ano de 1990 é criada a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei Orgânica de Saúde. A atenção voltada para a saúde mental é apontada em 1992 na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual contou com a presença de 1000 delegados. Em 1994 enfim é constituída a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica envolvendo familiares e usuários dos serviços públicos de saúde (SCHECHTMAN, 1996).

Pode-se constatar dessa maneira que a ignição institucional parte dos trabalhadores dos campos da saúde mental na década de 70 para que o Estado incorpore este discurso chegando na década de 90.

Essa mudança no curso das práticas durante a década de 90 fora motivada não exclusivamente no Brasil, mas também auxiliada por países latino-americanos através de órgãos internacionais, dos quais entre várias questões, enfatizou-se a utilização alternativas assistenciais à hospitalização psiquiátrica (SCHECHTMAN, 1996).

2.2 AS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO ESPÍRITO SANTO

No Espírito Santo apenas em 1887 que é instalado uma área destinada aos portadores de transtornos mentais na Santa Casa de Misericórdia de Vitória e até

meados de 1930 só existia uma colônia no Estado, situada em Cachoeiro de Itapemirim. É então no ano de 1953 que o conhecido Hospital Colônia Aduino Botelho é inaugurado (Cabral, 1992).

Foi logo depois dessa época, que em 1976 os primeiros psicólogos foram incorporados na rede pública de saúde do Espírito Santo e portanto começaram a atuar em instituições psiquiátricas. Muitos destes no entanto serviam de ferramentas para produção da patologização de comportamentos indesejados pela sociedade (Massimi, 1990, p. 38).

Nesta época as práticas tradicionais da Psiquiatria no Espírito Santo eram submetidas ao padrão manicomial do restante do país, seguindo as plantas estruturais dos mesmos e suas terapêuticas. No Hospital Colônia Aduino Botelho, construído em uma região erma e pouco habitada do estado, as internações tinham forte viés de segregação e eram fundamentadas nas terapias químicas (LIMA, 2005).

O Hospital Colônia chegou a ter mil e oitocentos pacientes em um espaço que comportava satisfatoriamente trezentos. Muitos ficavam constantemente nus e inúmeros dormiam no chão pois não possuíam leito (LIMA, 2005).

Como nas outras instituições de mesmo propósito no Brasil, eram internados no Aduino Botelho todos os tipos de pessoas, raramente com algum critério para tal. As internações ocorriam compulsoriamente e ao ingressar no hospital o paciente já era fortemente medicado, quase sempre sendo abandonado para sempre. Era rotineiro que a enfermagem do hospital desse conta por si só dos quadros clínicos dos pacientes para os médicos, já que estes muitas vezes, com um regime de apenas 4 horas de trabalho, não saíam da ala administrativa do hospital e dali mesmo receitavam e medicavam os internados sem os analisarem pessoalmente.

Uma gestão marcante para o Hospital Colônia Aduino Botelho e seus pacientes foi a do Dr. Paulo Bonates, que tomou frente para medidas de melhorias nas qualidades do ambiente e dos serviços proporcionados aos internados, das quais pode-se destacar: proibição do atendimento por intermédio da enfermagem sem o contato

com o médico responsável, iluminação decente no hospital, aquisição de talheres e a criação de uma abordagem chamada Vila 21, na qual quarenta pacientes de sessenta que participaram receberam alta.

3 LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao fim da 2ª Guerra Mundial, nos Estados Unidos e na Europa surgiram movimentos com forças contrárias a tradicional corrente de concepção e tratamento da loucura e de seus acometidos. O Movimento Institucional na França e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra foram exemplos de expressões antipsiquiátricas. O tratamento dado aos acometidos por transtornos mentais nos países ocidentais fora concedido ao longo de anos através de internação em manicômios. (SARACENO, 2001). O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental marcou a afluência desses ideais no Brasil na década de 1970, denunciando as violências nos tratamentos e as terríveis condições de trabalho dentro dos manicômios/instituições psiquiátricas. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Em consequência da inoperabilidade e da barbaridade demonstrada no modelo manicomial, as críticas passaram a se fazer mais presentes, principalmente na Europa, disseminando assim, um movimento político-social por volta da década de 50, denominado desinstitucionalização psiquiátrica. (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008). Tal movimento tinha como objetivo não só a humanização durante o tratamento, como também a resguarda dos direitos civis e humanos dos portadores de transtornos psiquiátricos. (GONÇALVES; FAGUNDES; LOVISI; LIMA, 2001).

Os membros deste movimento denotaram que a internação a longo prazo não era benéfico aos acometidos e que esta por sua vez, agravava a doença. (SARACENO, 2001). Ademais, evidenciaram a dificuldade de inserção no âmbito familiar e social, tendo em vista a segregação que o asilamento gerava. (COGA; VIZZOTTO, 2003).

A Reforma Psiquiátrica, que teve início no final dos anos 70, possuía como palavra-chave a “desinstitucionalização”, que significa a desconstrução do modelo manicomial e a construção de novos saberes, práticas e novos dispositivos de atenção em saúde mental”. Tendo em vista esses pontos, esta toma corpo nas intervenções e se manifesta em trabalhos bem específicos, em prática apontando a importância de equipes multi e interdisciplinares. Em resposta às reivindicações que aconteciam durante esta fase nos hospitais psiquiátricos a inserção do profissional de psicologia na saúde pública acontece pela primeira vez. A mudança do conceito e do modo que

se encara a loucura dentro e fora de hospitais psiquiátricos é apontada como uma frente ideológica fundamental para a melhoria na qualidade de vida e para a aquisição da cidadania digna aos pacientes psiquiátricos (RAMMINGER, 2002).

Ressalta-se ainda, as denúncias realizadas contra o modelo manicomial no cenário brasileiro e em outros países, vez que além da precária condição de trabalho, a prática de abusos contra os pacientes era alta, gerando assim, a ineficácia do tratamento, o excessivo custo e a elevada privatização quanto a assistência psiquiátrica. (COGA; VIZZOTTO, 2003).

Passado alguns anos, em 1986, estando o Brasil em regime democrático que valorizava o direito à cidadania, fora realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, objetivando uma melhoria no atendimento dado aos portadores de transtornos mentais com a criação de serviços interdisciplinares voltados diretamente para estes, sendo prestada assistência integral em postos de saúde e ambulatórios especializados, qual seja, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. (BRASIL, 2005).

Contudo, o movimento gerado em torno da desinstitucionalização psiquiátrica apenas obteve maior notoriedade na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizados em Bauru, no dia 18 de maio de 1987 (BRASIL, 1988).

Importante frisar também alguns pontos suscitados na “III Conferência Nacional de Saúde Mental”, a qual fora realizada em Brasília no ano de 2001. Assim, destaca-se a importância de alguns protagonistas nessa “luta” em prol de um tratamento igualitário, de uma sociedade inclusiva, democrática em favor dos portadores de transtornos mentais, pois somente com atitudes ligadas ao respeito para com o próximo será possível a reabilitação psicossocial dos acometidos. (2001, p. 8).

Assim, afirma-se que a Reforma possui como desafio a busca em detrimento de novas estratégias de modo que a busca pelo direito e cidadania não se cessem e que as relações constituídas nesse espaço seja dada de forma horizontal,

abarcando não só os familiares, como também os profissionais da área e toda a sociedade. (2001, p. 8).

O movimento ganhou destaque e uma conseqüente atuação dos acometidos e de seus familiares. Inaugurou-se uma forte campanha em prol da reforma psiquiátrica, possuindo como emblema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. (AMARANTE, 1995).

Assim, a forte campanha realizada pelos movimentos, bem como a sugestão de novas concepções advindos destes, fizeram com que fosse inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, no ano de 1987, em São Paulo (SARACENO, 2001), e a partir daí, o dia 18 de Maio passou simbolizar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (ROBORTELLA, 2000).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado dera entrada no Congresso Nacional com seu projeto de lei que visava a extinção dos manicômios, qual fora impulsionado pela Reforma Psiquiátrica e pelo cenário desestimulador no que tange o tratamento dado aos portadores de transtornos mentais. Possuía como objetivo a mudança no modelo assistencial, redirecionando o enfoque para a pessoa portadora de transtorno, buscando outro modelo sem ser a internação. (DELGADO et al., 2007). Esta representa no Brasil um divisor ao reafirmar o respeito à dignidade humana das pessoas acometidas, as reconhecendo pela primeira vez como cidadãos.

Ademais, os direitos consagrados em nossa Constituição Federal/88, ora pertencentes a todo e qualquer ser humano, foram veementemente suscitados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, uma vez que os envolvidos neste movimento, (re)conheceram os usuários de saúde mental como cidadãos dignos de receberem um serviço no qual estes fossem respeitados.

Desse modo, com a proposta de extinção dos manicômios, deu-se início a projetos de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico com diversos profissionais, onde cada um exerce um papel no tratamento, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Frisa-se que o fato da inserção social relacionado aos portadores de transtornos mentais, não está nas “mãos” apenas dos profissionais que lidam com estes, mas também de toda a sociedade, vez que todos deveriam adotar posturas livres de preconceitos, já que a inclusão social é um fator determinante para a reabilitação psicossocial.

Contudo, a realidade demonstrada se mostra de maneira diferente do que aduz a Lei 10.216/01, dado que as propostas oferecidas pelo Estado quanto a reinserção social do indivíduo se apresentam de modo antagônico, uma vez que é claramente perceptível a falta de políticas públicas relacionais a tais fins.

Destarte, a Lei conhecida também como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, prevê os direitos e a proteção dos acometidos de transtorno mental independente de qualquer discriminação.

Ainda sobre a referida lei (Lei 10.216/2001) é válido ressaltar direitos básicos, fundamentais e inerentes aos portadores de transtornos mentais, quais sejam: tratamento adequado as necessidades destes, o respeito a fim de que seja alcançada a inserção social, dentre outros.

A problemática permanece na transição da teoria pra prática, já que diversas vezes o tratamento que o Estado se dispôs a realizar é falho no tocante a sua estruturação, infringindo condições mínimas de subsistência digna.

Como bem aduz Menelick de Carvalho Netto Virgílio de Mattos, a Lei 10.216/2001 advinda pela luta dos próprios portadores através de movimentos sociais, tem por objetivo a inserção do portador de sofrimento ou transtorno mental como titular do direito fundamental à igualdade, de modo a ser respeitada a sua diferença (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2001).

Assim, o abandono é fator recorrente nessas situações onde muitos são segregados da sociedade e ficam à própria sorte confinados. São raros os casos em que o portador de transtorno mental consegue se reinserir em qualquer meio que seja, após os tratamentos oferecidos.

Dessa maneira, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como emblema a desinstitucionalização dos acometidos, a fim de buscar outras formas de cuidado com estes, de maneira substituta ao que já fora e que ainda é muito relutado em nossa sociedade, qual seja a exclusão gerada pela internação em hospitais psiquiátricos.

Em consequência de tais fatores, o surgimento de uma rede de atenção psicossocial se fez necessária, dotada de caráter comunitário e que possui como objetivo central, a reinserção social dos usuários.

3.1 CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS) voltados para o auxílio e o cuidado das questões de saúde mental. Os CAPS foram o legado central da Reforma Psiquiátrica como principal estratégia de abordagem alternativa.

Os CAPS nascem com o propósito de ser a referência para o tratamento daqueles que são acometidos por sofrimentos psíquicos, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2013).

As equipes são multiprofissionais e as abordagens interdisciplinares incluem médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, assistentes sociais e outros. Os CAPS tem como função primordial promover a autonomia através da (re)inserção dos usuários na sociedade por meio da educação, assistência social, auxílio à saúde, capacitação para o trabalho, prática e ensino de esportes, fornecimento de noções de justiça, e incentivo à cultura e lazer. Cada CAPS tem suas quantidades particulares de profissionais, de acordo com a demanda territorial (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2013).

O atendimento humanizado nessas unidades é baseado em ações de acolhimento que promovem a ruptura na ideia de que se é fundamental a medicalização e a internação sempre que se há sofrimento psíquico. Ao contrário da antiga abordagem

psiquiátrica, é proibido qualquer vínculo empresarial direto com os CAPS e também não é permitida a visita de quaisquer representantes de laboratórios farmacêuticos, nem recebimento de medicamentos como “amostra-grátis”. (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2013).

Pôde-se apontar o crescimento destes serviços desde a criação dos primeiros CAPS em uma análise feita de 1998 a 2014, onde respectivamente os números de unidades são de 198 e 2209, o que aponta uma aceitação e estabilidade nessa proposta de cuidados para os portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

4 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

Inicialmente se faz mister frisar que o Brasil, sendo um país democrático de direitos, possui alguns direitos fundamentais assegurados pela Constituição de Federal/88. Um dos principais paradigmas do constitucionalismo atual brasileiro é o direcionamento da normatividade para a própria Constituição, o que implica limites e deveres de atuação para o Estado. Desde 1988 esta adequou-se à Organização Mundial de Saúde na concepção de direito à saúde como direito fundamental, tomando como parâmetro suas indicações em prol da promoção da qualidade de vida. (HESSE, 1991).

A sociedade, como guardiã dos direitos fundamentais previstos na Carta Magna, possui um papel de extrema relevância para a efetivação dos mesmos, isto é, para que as políticas públicas saiam do abstrato e passem para o concreto, também é necessário que todos assimilem a real importância da concretização de tais direitos. Tal demanda poderá ser fiscalizada através dos Conselhos de Saúde nos estados e municípios, assim como pelo Conselho Nacional (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2012).

Dessa maneira, imperioso se torna a atitude dos gestores públicos em relação aos serviços prestados aos acometidos de transtorno mental no tocante à execução e verificação dos programas voltados para determinado fim. A consequência da concretização dos direitos ligados a mentalidade de englobamento no contexto social gera o reconhecimento dos mesmos como cidadãos, o que levaria também a melhora em seus tratamentos e em cada aspecto de suas vidas.

Destarte, a mudança quanto a visão já pré fixada pela sociedade em relação a loucura deve ocorrer também da parte dos profissionais qualificados a fim de que estejam dispostos a prestar uma assistência aprazível, vez que a indiferença não poderá mais ser admitida, levando assim ao reconhecimento destes como sujeitos de direitos.

Logo, concretizável se torna a ideia de que é indispensável para um bom funcionamento da rede de saúde mental, a formação de profissionais habilitados,

tais como: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos terapeutas ocupacionais, atendentes e técnicos.

Assim, observa-se o disposto em relação a políticas públicas relatado por Tenório, o qual adverte que além de estratégias extrahospitalares, tais políticas devem se guiar pelo ideal de tratamento que os portadores merecem. (TENÓRIO, 1999).

Nesta mesma linha de raciocínio, a autora Maria Paula Dallari Bucci, (1996, p. 135) aduz que as políticas públicas são caminhos a serem seguidos pelo governo, mais especificamente pelo brasileiro, com a devida adesão dos agentes privados e públicos de modo que seja executável o planejamento previsto em portarias, resoluções e decretos.

A promulgação da Lei 10.216/2001, fruto de grandes movimentos em prol da luta antimanicomial, revela uma forte diretriz em direção em planos das políticas públicas e conforme bem demonstrado por Pereira e Cunha (2003, p. 12), é através da efetivação destas que são distribuídos bens e serviços sociais.

Em 2013 fora criado o PRONACOOOP Social (Decreto nº 8.136 de 20 de dezembro de 2013), programa que visa o avanço nas questões legais e jurídicas sobre políticas públicas de apoio ao Cooperativismo Social. A acessibilidade ao trabalho e à possibilidade de geração de renda para os que se encontram em posição socialmente desvantajosa ganha grande importância para a federação, que desenvolve o PRONACOOOP Social com a finalidade de planejar e executar ações que incentivem o desenvolvimento dos empreendimentos econômicos solidários e das cooperativas sociais.

Na esfera da saúde psicossocial, se tem como proposta promover o protagonismo no exercício da cidadania pela execução de iniciativas nos âmbitos do trabalho, educação, cultura e saúde. Foi feito em 2013 um levantamento sobre a geração de trabalho e empreendimentos econômicos solidários, através do Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST), apontando 1.008 experiências mapeadas pelo Ministério da Saúde em todas as regiões do Brasil

(COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS/DAPES/SAS/MS, 2005).

Faz-se importante observar que além dos rumos traçados na odisseia da efetivação dos direitos sociais, é incontestável que nos últimos tempos certos avanços foram obtidos. Aparecem os primeiros CAPS nos contextos mais negligenciados historicamente e carentes de amparo e serviços. Enfim, há uma força que se move com norte à incorporação de políticas sociais de saúde mental abrangentes para que realmente possam-se ocorrer mudanças na gestão das assistências e potencialidades de amparo no território brasileiro (CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, 2001).

4.1 O PAPEL DA FAMÍLIA

É sabido que com o advento da Reforma Psiquiátrica, a família assumiu um papel fundamental no tocante ao desenvolvimento psíquico-social do portador de transtorno mental, vez que esta, na maioria dos casos, se faz presente durante o trajeto de formação de personalidade dos indivíduos. Assim, a família deve atuar juntamente com os profissionais de saúde, de modo a alcançar a recuperação do paciente de maneira mais eficaz.

Seguindo tal linha de raciocínio e os movimentos realizados em prol da relação entre a família e o acometido, Moreno e Alencastre (2003) relatam que tal assunto não obteve tanto êxito na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental realizada 1987, já que não esteve muito em voga os obstáculos enfrentados no âmbito familiar. Ato contínuo, em 1992, fora realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, o assunto elencado provocou maiores atenções, vez que restou exposto no relatório final, a promoção do tratamento não só para o portador, como também para a família, inseridos no contexto social e comunitário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994). Por fim, destaca-se a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental sucedida em 2001, a qual conferiu os serviços não só aos portadores, como também o devido suporte do seio familiar em momentos de crises por parte destes.

Assim, a necessidade de políticas públicas em relação ao tratamento básico oferecido ao núcleo familiar se torna extremamente relevante, conforme constatado pelas autoras Moreno e Alencastre (2003). Seguindo o entendimento destas, é necessário todo um acompanhamento perante estes, não só durante os momentos de crise, como também posteriormente. Ressalta-se a relevância da inter-relação da família com a rede de saúde disponível, a fim de que todos se articulem.

Contudo, deve-se imaginar a dificuldade de manejo perante o aparecimento ou até mesmo de aceitação de um membro da família possuidor de transtorno mental. Assim, como afirma Furegato et al. (2002), pode-se dizer que a família paradoxalmente contribui para a melhoria do comportamento do portador, e o agrava ao negligenciar as suas demandas e sobrecarregando-os negativamente. Dessa maneira, se torna ainda mais evidente a inclusão da família no âmbito assistencial do tratamento.

Desse modo, corroborando a linha de raciocínio de Pereira (2003), se torna evidente o papel da família no processo de inserção social e melhora do acometido, porém também é devido uma assistência eficaz do sistema de saúde em prol destes, de modo que sejam convidados a participarem efetivamente do tratamento, tendo em vista que o peso do sofrer psíquico de quem os tem, acarreta consequências no núcleo familiar.

Observa-se que houve uma mudança de paradigma ao analisar o conceito de família, vez que esta, na maioria das vezes, não é mais vista como um modelo patriarcal, resultado da diversidade da família contemporânea. Porém, apesar das alterações advindas, esta ainda está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento do indivíduo.

Em complemento a tais fatos e levando-se em consideração a extrema importância do papel da família, reforça-se como fundamental a atenção a estes por parte dos profissionais de saúde, vez que com o aumento das crises sofridas pelos portadores, é possível seja gerado um sentimento de culpa e desespero no seio familiar, recorrendo assim, aos especialistas pelo assunto. Pois no primeiro momento, seja por vergonha ou medo, preferem empregar seus próprios métodos a fim de que o

caso seja mantido em sigilo (ROSA, 2005), por isso a rede de atenção à saúde mental, não deve estar voltada apenas para os que sofrem o transtorno.

Ressalta-se ainda que o estresse, ansiedade e depressão são palavras escutadas com frequência em nosso cotidiano, vez que esses três sintomas são os mais habituais nos dias de hoje (OMS, 2001). Desse modo, todo e qualquer indivíduo está apto a desenvolver um transtorno mental.

A sociedade como um todo não está preparada para lidar com o aparecimento de uma doença mental e assim, tendem a excluir o acometido e isso ocorre muitas vezes pela falta de preparo em saber enfrentar tal situação, o que dificulta fortemente a evolução do quadro psíquico, pois é sabido que a melhora destes está intrinsecamente ligada a inclusão na sociedade, tendo como ponto de partida, a aceitação no âmbito familiar.

Expostos alguns fatos, a indagação a se fazer é: o que é a loucura? Será que os que fogem dos ditames postos pela sociedade, são considerados loucos? Todo e qualquer indivíduo possui em seu interior suas indagações, ideias, qualidades e defeitos, e é a partir desses pressupostos que a ideia de respeito deve ser observada, pois a “loucura” é tida como estratégia psíquica de encarar a realidade diante medos, traumas, perdas, frustrações, dentre outros fatores (SANTOS, 2012).

Diante disto e das noções obtidas nesse tópico, é imperioso destacar a dificuldade da sociedade, e mais especificamente da família, o acesso a informações concernentes ao transtorno mental, vez que estas poderiam diminuir demasiadamente os sentimentos de angústia e culpa produzido na família. (NAVARINI; HIRDES, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a constituição de 1988 pode-se notar uma maior tutela estatal e dos Poderes Públicos sobre a saúde em direção aos direitos sociais e seu efetivo cumprimento prático. Ao analisar e contextualizar historicamente as dificuldades encontradas nesse percurso, analisa-se que, em verdade, a sociedade também é expressivamente deficiente e em diversos casos não está preparada para encarar de maneira parcial e humana aqueles que se apresentam diferentes dos ditames comuns.

A doença mental ainda nos dias atuais carrega o fardo pesado da exclusão, já que se tem uma enorme dificuldade em compreender as reais necessidades que aqueles que por elas acometidos possuem. Os efeitos que a falta de compreensão para com estes exercem em suas relações sociais e cotidiano são um grande entrave na conquista de uma melhor qualidade de vida. Diversas vezes as únicas opções oferecidas são ineficazes quanto a reabilitação às atividades corriqueiras, já que a internação compulsória e/ou a excessiva medicalização depressora do sistema nervoso central acaba por excluir ainda mais o indivíduo de expressar-se como cidadão.

Incapazes e tenebrosos foram os atos do meio social e do poder público na história dos portadores de transtorno mental no Brasil. A enorme negligência e as práticas desumanas de higiene social culminaram em uma alarmante necessidade de movimentação da coletividade em direção à adoção de políticas públicas deveras efetivas, de mecanismos de apoio para promover a igualdade e o exercício pleno dos direitos de todos.

O real sentido da importância das articulações de toda sociedade em prol da promoção da saúde mental no Brasil se faz ao compreender que se tece uma rede de benefícios quando os papéis de cada indivíduo e profissional se complementam.

Em nome do direito à dignidade humana e do altruísmo que beneficia as comunidades como um todo, trava-se uma luta para que o descaso com qualquer deficiência que leve a uma limitação física, psíquica ou motora restringindo funções

de uma pessoa vire uma questão social. Faz-se necessário exigir o fácil acesso a uma adequada assistência à saúde e promover a conscientização dos mecanismos de apoio que de fato buscam como prioridade a inclusão para acabar com quaisquer tratamentos discriminatórios.

A eclosão da Reforma Psiquiátrica e dos ideais provenientes da promulgação da Lei 10.216/2001 na história do Brasil é um referencial motivador na luta antimanicomial e um grande ponto a favor de condições dignas para o6 que possuem sofrimentos psíquicos. A inclusão dos portadores de transtornos mentais através do tratamento oferecido pelos Centros de Atenção Psicossocial tem progredido gradualmente.

A barreira enfrentada quanto a segregação social dos acometidos deve ser quebrada, de modo que toda a sociedade os respeite como cidadãos de direitos, independentemente de qualquer fator externo, vez que não há melhor maneira para que ocorra a devida inserção senão através do acolhimento e reconhecimento de tais indivíduos.

Ademais, a atividade prestacional do Estado para que se torne efetivo as diretrizes quanto as políticas públicas de saúde mental, postulados também na Lei 10.216/2001, se torna imprescindível, já que este é o assegurador dos direitos previstos na Constituição Federal/88.

Por fim cabe salientar a enorme contribuição que se pode exercer com a cobrança por parte da sociedade quanto a real efetivação de tais políticas, vez que esta também é guardiã dos direitos.

REFERÊNCIAS

Adauto Botelho: Entre a loucura e o descaso. (Novembro/1981). Espírito Santo Agora, 28-31.

AMARAL, Osvaldo Lopes. **Instituto de estudos e orientação da família do portador de transtorno mental.** Revista Nacional de Reabilitação, n. 40, mar.2003.

AMARANTE, P. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 491-94, 1995.

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

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_20 /110216.htm> Acesso em: 10 de Mai. 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report _12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> Acesso em: 10 jun. 2017.

BOCK, A. M. **B. A perspectiva sócio-histórica na Formação em Psicologia.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BOTEGA, N. J. (2002). **Psiquiatria no hospital geral: história e tendências.** In: N. J. Botega (org.), Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e Emergência, (pp.15-30). Porto Alegre: Artmed.

BRASIL. **Ministério Público Federal.** 2012. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/>. Acesso em: 01 out. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. **Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, DF, 1988. Relatório final.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **As políticas públicas e o direito administrativo**. Revista Trimestral de Direito Público. São Paulo: Malheiros, n. 13, 1996

CABRAL, S. **Saúde pública no Espírito Santo: Da colônia aos dias atuais**. Vitória: Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo, 1992.

Cadernos de Saúde Pública. **Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300001> Acesso em: 01 out. 2017

CAPALBO, Creusa. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. 1. ed. Aparecida: Editora Ideias e Letras, 2008.

CAVALCANTE, Jamile de Brito; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete; NETO, Mariana Moreira; SOARES, Perla Figueredo C.; SILVA, Iara Ferreira da. **Saúde Mental e Economia Solidária: Experiência no alto Sertão Paraibano**.

COGA, S.; VIZZOTTO, M. **Saúde Mental em Saúde Pública: um percurso histórico, conceitual e as contribuições da psicologia nesse contexto**. Psicólogo Informação, São Paulo, n. 6/7, 2003.

Conferência Nacional de Saúde Mental (3.: 200 I Brasília). **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo** / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da lei 10.216/2001**. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/10/brochura_banalizacao.pdf>. Acesso em 04.nov.2017

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL, **ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS/DAPES/SAS/MS; CIST. Iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais**. CIST, Brasil, 2005.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. **Carteira de Serviços: Centros de Atenção Psicossocial, Guia de Referência**

Rápida. Disponível em: <http://msm.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2013/11/Carteira_servicos.pdf>. Acesso em 04.nov.2017

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Disponível em: <<https://monitoriapsiq2015.files.wordpress.com/2015/02/psicopatologia-e-semiologia-dos-transtornos-mentais-paulo-dalgalarrodo.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2017.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; ET AL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DESCARTES, René. **Discurso do Método.** São Paulo: Nova cultural, s.d.

FIGUEIREDO, Gabriel. **O príncipe e os insanos.** São Paulo: Cortez, 1988.

FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito.** Curso dado no Collège de France, 1981-1982. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro (RJ): Edições Gerais; 1979.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** São Paulo: Editora Geral, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

FUREGATO, Antônia Regina., et al.. **O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental.** Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 11, nº 03, p. 51-56, 2002.

GELBERT, Laura. **OMS alerta que 10% da população global tem distúrbio de saúde mental.** Disponível em: <<http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2015/07/oms-alerta-que-10-da->

populacao-global-tem-disturbio-de-saude-mental/#.WUR7QyMrLjA > Acesso em: 10 jun. 2017.

GONÇALVES, S.; FAGUNDES, P.; LOVISI, G.; LIMA, L. B. **Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 105-113, 2001.

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição.** Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 1991.P.14-15.

HOLMES, D. **Psicologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

JORGE, Maria Salete Bessa; BEZERRA, Maria Luciene Moreira Rolim. **INCLUSÃO E EXCLUSÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL NO TRABALHO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a07>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

LIMA, Milena Fiorim. **Nos caminhos da psicologia capixaba: notas para a história da psicologia, da psiquiatria e da saúde pública no estado do Espírito Santo.** Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_465_.pdf>. Acesso em 04.nov.2017

MASSIMI, M. (1990). **História da Psicologia brasileira: da época colonial até 1934.** São Paulo: EPU.

MARTINS, R. C. A. Saúde mental e economia solidária: construção democrática e participativa de políticas públicas de inclusão social e econômica. In: CORTEGOSO, A. L.; LUCAS, M. G. (Orgs.). **Psicologia e economia solidária: interfaces e perspectivas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 245-262.

MEZZAROBA Orides; MONTEIRO Cláudia Servilha. **Manual de Metodologia da Pesquisa no Direito.** 2. ed. Editora Saraiva, 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais. **Divisão de Saúde Mental.** 2ª Conferência de Saúde Mental, 1992: relatório final. Brasília, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência de Saúde Mental, 2001: relatório final.** Brasília, 2002.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira, 2002.

MORENO, Vânia e ALENCASTRE, Márcia Bucchi. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico**. Revista Escola de Enfermagem da USP. São Paulo: USP, p. 43-50, 2003.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. **A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos**. Texto & contexto enferm. v. 17, n. 4, Florianópolis, p. 680-8, Out-Dez2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001.

PELBART, PP. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo (SP): Brasiliense; 1989.

PEREIRA, Potyara A. P.; CUNHA, Edite da Penha. Et al. **Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2003, p. 12.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas Pereira. **Representação da doença mental pela família do paciente**. Interface, Comunicação, Saúde, Educação, V.7, n12, p. 71-82, fev. 2003.

ROSA, L. C. S. **A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental**. Psicol. rev. v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005. Disponível em: < http://www.pucmg.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20060915161333.pdf>. Acesso em: 01 out. 2017

RESENDE, Heitor. 1987. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica**. in COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (org.) Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Editora Vozes. Petrópolis.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico**. Bol. da Saúde, v.16, n.1, 2002.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

ROBORTELLA, S. C. **Relatos de usuários de saúde mental em liberdade: o direito de existir**. 2000. 122 p. Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SANTOS, Thais Carvalho. **A importância da família na qualidade de vida das pessoas com doença mental**. 2012. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/%20ETIC/article/viewFile/2195/234>> Acesso em: 01 out. 2017

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCHECHTMAN, Alfredo, ALVES, Domingos Sávio N.. 1996. **Política de Saúde Mental no Brasil**. in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 45(3): 127-128, Rio de Janeiro.

SZASZ, T. **Cruel compaixão**. Campinas: Papius, 1994.

TENÓRIO, F. Cadernos IPUB - **Por uma assistência psiquiátrica em transformação: conhecer para cuidar**. UFRJ: n° 3 e 4. 1999.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.70-79, 2008.

WEIGERT, Mariana. **Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciais brasileiros**. Programa de pós-graduação em psicologia social e institucional, UFRGS dez. 2015. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140989>>. Acesso em: 01 out. 2017

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil**. *Psicologia em Revista*, v.14, n.1, Belo Horizonte, 2008, p.131-150.

marcar a apreensão do fenômeno da loucura como objeto do saber médico, caracterizando-o como doença mental e, portanto, passível de cura

Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental

SÉCULO XVIII: A LOUCURA COMO OBJETO DO SABER MÉDICO

(http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400019)