



SAÚDE MENTAL: HISTÓRICO E ABORDAGENS TEÓRICAS

Trajetória de abordagens com sujeitos em sofrimento psíquico

NICODEMOS, Bárbara¹

RESUMO

Esse trabalho pretende apresentar o debate acerca da categoria loucura e, ainda, realizar um histórico em torno das diferentes abordagens aos sujeitos em sofrimento psíquico ao longo da história. Consideramos pertinentes reflexões em torno de quem é o sujeito demandante da política de Saúde Mental. Assim, sendo essas as questões a serem tratadas nessa comunicação oral, agregando também, o processo que culminou com a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto do desenvolvimento da pesquisa de nosso Trabalho de Conclusão de Curso de graduação. A aproximação com a temática da Política de Saúde Mental se deu através da inserção no campo de estágio, ainda na graduação, num hospital psiquiátrico e numa Equipe de Desinstitucionalização, e atualmente, enquanto trabalhadora num Centro de Atenção Psicossocial. Para refletir e compreender os desafios atuais na atuação em tal política, na elaboração deste trabalho, realizamos uma revisão bibliográfica, que buscou introduzir acerca da temática da loucura, tendo em vista que consideramos pertinente apreender acerca de como surgiu e se desenvolveu as diferentes abordagens ao longo da história, com os sujeitos em sofrimento psíquico.

Consideramos relevante apresentar e refletir acerca de quem são os usuários da política de Saúde Mental, na direção dos seguintes questionamentos: quem são os usuários que até hoje não têm garantido de forma plena o direito à moradia? Qual termo

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense e Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense.; bnicodemosmartins@gmail.com.

é mais adequado para se designar esses sujeitos: o alienado, o louco, a pessoa com transtornos mentais, o sujeito em sofrimento psíquico? O termo “pessoas portadoras de transtornos mentais” emanada pela Lei 10.216, da Reforma Psiquiátrica, seria o termo mais correto? Além disso, abordaremos acerca do papel centralizador que o hospital cumpre nesse percurso e o antes e depois da Reforma Psiquiátrica no Brasil, na década de 1970 e seus reflexos na atualidade.

DESENVOLVIMENTO

Segundo Amarante (2007) nas diferentes abordagens aos sujeitos em sofrimento psíquico ao longo da história o primeiro termo consolidado sobre a questão foi cunhado por Philippe Pinel, que utilizava o conceito de alienação mental. Partindo de uma lógica de tratamento à uma enfermidade, o alienado mental ou o louco, era considerado um indivíduo fora de si, de sua razão e de suas faculdades mentais, o que conseqüentemente poderia causar riscos ou ameaças à sociedade e por isso não era considerado um cidadão. Para o autor:

Alienado, de *alienare* e *alienatio*, significa também tornar-se outro. Um outro da Razão? Um outro do humano? Um estranho irracional? Na medida em que alguém nessa condição de alteridade poderia representar um sério perigo à sociedade, por perder o juízo, ou a capacidade de discernimento entre o erro e a realidade, o conceito de alienação mental nasce associado à ideia de ‘periculosidade’. Em certo sentido pode-se considerar que ao longo de todos estes anos o conceito de alienação mental contribuiu, para produzir, como consequência inerente à própria noção, uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas identificadas como tais (AMARANTE, 2007; p. 30-31).

Posteriormente, no período pós segunda guerra, com o surgimento de críticas e reformas ao modelo proposto por Pinel surge o conceito de *doença mental*, isto é, a ideia de que existe uma desordem em algum órgão, inserindo no debate uma lógica médico-psiquiátrica. Esse conceito também caiu em desuso, a partir das experiências propostas pela Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, pois parte do pressuposto de que a doença se sobrepõe ao sujeito e “faz referência a uma ideia de doença que se compara à medicina física e não tem similar, embora a psiquiatria ainda busque um distúrbio no nível neurotransmissores, mas não encontra” (AMARANTE, 2020), inclusive porque pessoas ditas *normais* também poderiam vir a desenvolver esses distúrbios. Por esses motivos, a psiquiatria passa a utilizar, até os dias atuais, o termo *transtorno mental*, o que nos leva a questionar também essa expressão, pois remete, ainda, à ideia de sujeitos *transtornados* ou fora de si.

Percebemos então que, desde seu surgimento, a psiquiatria vem reproduzindo uma lógica de sobreposição da doença em relação ao sujeito. Para superar essa ideia,

Amarante (2007) aponta que o campo da saúde mental, não se trata de um processo simples e fechado, e sim, que envolve sujeitos e contextos sociais diversos.

(...) a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. (ROTELLI, 2001, p. 90)

Reconhecendo que esses sujeitos podem sim, ter sofrimentos, admitindo que a doença pode influir nessas pessoas, a prática psiquiátrica passa a intervir no usuário e não na doença. E com isso, a doença não se sobrepõe a esses indivíduos. Podendo então, os espaços de repressão e controle (da doença), vir a tornar-se espaços de sociabilidade, inserção e acolhimento (do sujeito).

Partindo dessa lógica, rompe-se com o modelo psiquiátrico voltado para a doença, que não dá centralidade ao indivíduo. Atualmente, há um cuidado para não se utilizar expressões pejorativas que resgatam e reforçam um passado onde via-se esses sujeitos como perigosos para a sociedade. O que leva o campo da saúde mental e atenção psicossocial, segundo Amarante (2007), a preferir utilizar o termo sujeito em sofrimento psíquico ou mental, remetendo à ideia de que o sujeito que sofre, vivencia isso por questões próprias, seja no âmbito pessoal, de trabalho, da família, de subjetividades. Percebemos então, que a mudança dos termos que referenciam esses indivíduos, está diretamente ligada ao tipo de tratamento e/ou acompanhamento que é realizado ao longo do tempo. Por essa razão, consideramos relevante utilizar neste trabalho, a nomenclatura sujeitos em sofrimento psíquico ou mental.

Para aprofundarmos essas questões, buscaremos problematizar acerca da abordagem sobre as pessoas em sofrimento psíquico ao longo do tempo. Iniciaremos abordando sobre o papel dos hospitais no tratamento dessas pessoas. Na Idade Média, os hospitais gerais e as Santas Casas de Misericórdia cumpriam o papel de serem espaços voltados para hospedaria ao conjunto de pessoas que eram marginalizadas da sociedade como pobres, leprosos, prostitutas, ladrões, mendigos e as pessoas com sofrimento psíquicos. A “loucura”, nessa época, não se diferenciava dos demais grupos marginalizados. Essas instituições não possuíam necessariamente um tratamento médico ligado à uma doença, tratava-se de um local de estadia de sujeitos socialmente excluídos, onde era oferecido abrigo, alimentação e assistência religiosa (Amarante, 1998).

É só no século XVII, que os hospitais gerais passam a cumprir uma nova função na ordem social e política. Não apresentando, especificamente, um viés filantrópico,

passam a ser espaços de construção de conhecimento, onde a internação passa a ser ligada ao saber médico e à cura. É nesse momento, que *doença mental* passa a se associar à uma noção de periculosidade para a sociedade. O hospital passa então, a cumprir um novo papel.

O hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêuticos e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem). (AMARANTE, 2007, pg. 26)

A psiquiatria surge enquanto especialidade médica, em meio à ebulição da Revolução Francesa, tendo como principal expressão o médico Philippe Pinel (Robaina, 2010). Pinel estabelece a doença como uma questão de ordem moral e por isso, inaugura uma abordagem que tinha como objetivo o tratamento moral, onde, através de medidas de isolamento ao *alienado*, poderia observar e classificar seus sintomas, e, através do isolamento desse sujeito, ele se libertaria de seus delírios. Entretanto, Amarante (1998) salienta que o ato de libertar a pessoa em sofrimento psíquico proposto por Pinel não é estabelecido num espaço de liberdade e, ao invés disso, “funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental” (AMARANTE, 1998, p. 25-26). A partir desse marco, o hospital psiquiátrico passa a estabelecer uma relação direta de disciplina, tratamento e estudo dessas pessoas.

O isolamento propiciado pela hospitalização permitiria isolar a “alienação em seu “estado puro” para conhecê-la livre de qualquer interferências. Mas torna-se também, e pela primeira vez, lugar de propósito de cura, e não apenas de morte, pois em última instância, no hospital albergue, as pessoas iam lá para morrer. Em outras palavras, o princípio do isolamento estaria associado à própria produção do conhecimento do campo do alienismo, pois o hospital pineliano, agora transformado em instituição médica, se tornava o próprio laboratório onde as pessoas seriam observadas e estudadas, seus comportamento descritos, comparados, analisados e classificados” (AMARANTE, 2007, p. 31-32).

O tratamento moral de isolamento hospitalar proposto por Pinel, viabilizou o surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos mundo afora, influenciando inclusive, a prática psiquiátrica até os dias atuais. Porém, a partir da década de 1950, no cenário pós Segunda Guerra Mundial, diversos fatores possibilitaram críticas à lógica manicomial e uma modernização da psiquiatria com a realização de diversas reformas. A brutalidade causada pela referida guerra gerou mortes e danos psicológicos, físicos e sociais à grande maioria da população, fato esse, que aumentou a necessidade da reestruturação das forças produtivas, para que fosse recuperada a mão-de-obra perdida

na guerra. Além disso, nesse cenário, identificou-se que os hospitais psiquiátricos não tinham eficácia no tratamento à pessoa com sofrimento psíquico, que demandava ainda mais esses serviços nesse contexto histórico. (Amarante, 1998; Gomes, 2017; Robaina, 2010)

Surge então a necessidade de refletir e ressignificar a atuação e a humanização dos hospícios e os programas de reabilitação da pessoa com sofrimento mental, enquanto sujeito de produção (Robaina, 2010). É nesse contexto, que há uma mudança no objeto tradicional de atuação da psiquiatria, não sendo mais a doença mental e sim, a saúde mental.

Podemos destacar a Comunidade Terapêutica na Inglaterra (1946) e a Psicoterapia Institucional na França (1952), onde, nos dois casos, há uma proposta de reforma à estrutura institucional do hospital psiquiátrico. É feita a crítica às hierarquias, à má administração, ao poder que o médico possui dentro hospital, bem como à estrutura hospitalar, que é considerada cronificadora. É proposto um espaço de construção coletiva entre funcionários e usuários, para o bom funcionamento da instituição. Entretanto, tais iniciativas legitimaram o lugar de permanência do sujeito em sofrimento mental dentro do hospital psiquiátrico, dando centralidade ao espaço asilar psiquiátrico (Amarante, 1998).

Já a Psiquiatria de Setor na França e a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos, viam um esgotamento no espaço hospitalar. A Psiquiatria de Setor tem por objetivo, após a internação psiquiátrica, um tratamento em instituições no meio social e cultural em que o usuário está inserido, o que conseqüentemente, leva a uma conciliação entre o hospital com o ambiente externo. Na Psiquiatria Preventiva, passa-se a ter uma concepção de ideal de saúde mental, não centrando o tratamento na doença mental, onde pretendia-se fazer uma identificação prévia dos casos e a oferta de serviços para além do hospital psiquiátrico. É nesse contexto que, pela primeira vez, surge o conceito de *desinstitucionalização*, porém tal ideia estando atrelada à lógica de *desospitalização*, que no caso da Psiquiatria Preventiva, além de assegurar uma redução no tempo da internação, previa serviços como centros de saúde, hospitais dia/noite, lares abrigados, que mesmo que em contraposição à centralidade da psiquiatria, ampliava esses serviços extra-hospitalares, mas não transferia para esses serviços, por exemplo, casos crônicos ou há muito tempo institucionalizados. Retroalimentando, então, a lógica de responder à demanda nova de usuários, mas mantendo os internados dentro hospital psiquiátrico (Amarante, 1998).

Como um outro movimento, podemos destacar a Antipsiquiatria na Inglaterra e a Psiquiatria Democrática na Itália, no final da década de 1950 e início da década de 1960. A Antipsiquiatria tinha como principal pressuposto o questionamento e não

adequação à prática psiquiátrica e com ela, pretendia-se fazer uma análise do discurso do dito como *louco*, numa relação de diálogo entre razão e loucura. Dentre as suas principais contribuições, podemos destacar a utilização do conceito de desinstitucionalização no sentido de desconstrução (Amarante, 1998).

Por fim, temos a Psiquiatria Democrática, que tem como principal agente, Franco Basaglia e sua experiência de implementação na cidade de Trieste, na Itália. Tal vertente realiza uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico, possibilitando questionar as práticas simbólicas e concretas presentes no aparato manicomial. Basaglia propõe o fechamento dos hospitais psiquiátricos, viabilizando serviços substitutivos ao espaço asilar como centros de saúde mental, residências para moradores, cooperativas de trabalho e serviços de emergência psiquiátrica. Vemos então uma ruptura no saber psiquiátrico, tanto com a psiquiatria clássica quanto com a nova psiquiatria, ligada à saúde mental, superando assim, um modelo de humanização institucional. Vemos aqui, a ideia de desinstitucionalização, não como sinônimo de desospitalização, pois esse processo não está ligado somente a uma desvinculação do usuário com o espaço físico do hospital, mas sim, de questionar os saberes, práticas médicas, jurídicas, morais e subjetivas, que reforçam a ideia que o sujeito em sofrimento psíquico é perigoso, incapaz ou incurável (Amarante, 1998; Nascimento e Silva, 2020).

O marco dessa temática no Brasil, se dá com a inauguração do Hospício Pedro II em 1852, em decorrência da comemoração da Declaração de Maioridade do Imperador Pedro II. Sendo o Império brasileiro oficialmente católico, essa instituição é marcada por sua submissão à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, tendo um viés religioso e de caridade. Entretanto, são identificados atritos, numa oposição entre filantropia e a prática médico-psiquiátrica recém inaugurada por Pinel na França. Após anos de disputas, é só em 1890, após a proclamação da República, que o hospital é desanexado da Santa Casa de Misericórdia, dando início a uma tardia medicalização do que veio a se chamar Hospício Nacional dos Alienados. Seguindo o modelo de tratamento moral pineliano, esse Hospital, o primeiro hospício da América Latina, serviu de paradigma na implementação desse modelo aos demais que surgiram no país (Teixeira e Ramos, 2012).

O final do século XIX e início do século XX é marcado pela expansão das colônias agrícolas. Partindo do mesmo modelo hospitalar, as colônias surgem, segundo Pires (2013), em função da superlotação dos hospitais psiquiátricos; para atender à demanda do tratamento asilar dos casos considerados crônicos; e também com o objetivo de introduzir o trabalho agrícola como tratamento em áreas afastadas das cidades. Com o mesmo tratamento dos hospícios, o de isolamento, as primeiras colônias inauguradas são as de São Bento e de Conde de Mesquita, ambas na Ilha do

Galeão, atual Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, com objetivo de suprir a superlotação do Hospício Nacional dos Alienados.

O Governo Vargas (1930 – 1945) é marcado pela contenção de despesas na saúde, mas também da expansão de hospitais psiquiátricos e colônias pelo país. Com essa expansão, a assistência psiquiátrica passa a ser vista como ineficaz e precária, fazendo com que as pessoas paguem por seus atendimentos de forma privada ou que tenham que contar com os serviços dos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

O período entre 1940 e 1980 é considerado, de acordo com Pires (2013) o *boom* da psiquiatria brasileira, marcado pela expansão e superlotação dos hospícios e colônias. Podemos identificar que há um crescimento dos gastos da Previdência na Saúde e um financiamento nas clínicas de internação psiquiátrica privadas. Enquanto os leitos públicos mantiveram sua capacidade, os leitos privados, passam a ampliar-se consideravelmente no período. Apesar dos hospícios públicos serem maiores, esses acabaram por vivenciar um processo de sucateamento, tratamento inadequado e a permanência da exclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico.

A partir do ano 1964, no Governo Militar, vislumbramos uma intensificação ainda maior do crescimento das internações psiquiátricas em serviços privados, em forma de convênios subsidiados com verbas públicas. Com o objetivo de expressar uma ideia de progresso e crescimento do país, manteve-se o atendimento nos hospitais psiquiátricos e colônias já existentes, porém, há uma intensificação na contratação de serviços privados através da previdência. “O investimento na psiquiatria é tomado pelos serviços privados, que passaram a lucrar com a entrada e permanência mais prolongada de cada paciente, já que eram as clínicas particulares remuneradas pelo sistema previdenciário” (PIRES, 2013, P. 36). O aumento dos investimentos nas internações privadas carrega consigo um cenário também, de corrupção, superfaturamento, superlotação dos hospitais psiquiátricos e de deslocamento de verbas públicas para o capital privado.

Na década de 1980, no contexto da redemocratização do país, com o surgimento de novos sujeitos ativos na disputa por um projeto de saúde, o da Reforma Sanitária, é que a saúde brasileira é atravessada por significativas mudanças. O debate acerca da saúde deixa “de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política” (BRAVO, 2006, p. 8) e de garantia desse direito à toda a população. No âmbito da mobilização social, esse processo é marcado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde diversos setores da sociedade que defendiam o movimento sanitário, discutiram a importância de “fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único.” (PAIVA & TEIXEIRA, 2014, p. 25).

O campo da saúde durante a Assembleia Nacional Constituinte é marcado pela polarização de dois projetos: o da Reforma Sanitária, que visava a “universalização do acesso e [a] concepção de saúde como direito social e dever do Estado” (BRAVO, 2006 p. 9); e o projeto privatista, marcado pela vinculação da saúde para o mercado. Após grandes disputas e acordos políticos, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado com base em grande parte das reivindicações do projeto sanitário através da Lei Orgânica da Saúde de 1990, tendo como principais aspectos:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; (BRAVO, 2006, p. 10-11)

Dentro desse cenário, também por influência da Reforma Sanitária, no final da década de 1970, diversos setores organizados, como trabalhadores, usuários e familiares de usuários passam a denunciar e questionar a “violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência, indagando e criticando o saber psiquiátrico.” (CUNHA; PEIXOTO, 2008). Surgem processos de lutas que questionavam o paradigma da loucura com a Reforma Psiquiátrica brasileira e com isso, emerge um novo sujeito histórico, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. Esse processo teve como principal influência o modelo proposto por Franco Basaglia na Itália com a Psiquiatria Democrática, que extinguiu todos os hospitais psiquiátricos.

Amarante (1998) identifica que a Reforma Psiquiátrica brasileira é constituída em três momentos que se inter-relacionam. O primeiro é denominado como *trajetória alternativa*, marcado pelo surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, que cumpriu papel central em ser o primeiro a denunciar e questionar o modelo de tratamento das pessoas em sofrimento psíquico no país. Dentre suas principais pautas, afiguravam reivindicações salariais e trabalhistas; a formação de recursos humanos; a relação entre instituição, usuários e profissionais; o modelo médico-assistencial de centralidade da psiquiatria como instrumento; e as condições de atendimento.

O segundo momento é compreendido pela *trajetória sanitária*. A partir da década de 1980, esse processo é marcado por ser um momento institucionalizante, onde parte dos movimentos sanitário e psiquiátrico passa a se incorporar ao aparelho do Estado, que absorve as críticas advindas desses movimentos. É nesse momento que o MTSM, fazendo parte da administração pública, passa organizar conferências

municipais e estaduais, se contrapondo à Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM e à Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, o que levou à realização em 1987 da I Conferência Nacional de Saúde Mental[2], marcando assim o fim da trajetória sanitarista.

Inicia-se, então, a *trajetória de desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção*. Essa trajetória é definida pela realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru, também em 1987, que tinha como lema “por uma sociedade sem manicômios”, onde é criado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Esse momento é marcado pelo surgimento de uma nova modalidade de atendimento, que visava ser uma alternativa ao hospital psiquiátrico, sendo inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS em São Paulo. Também, o fechamento da Casa de Saúde Anchieta na cidade de Santos/SP, após denúncias de violência e mortes, torna-se um marco nacional. Além disso, no âmbito legal, podemos destacar a apresentação do Projeto de Lei nº 3657 de 1989 do Deputado Federal Paulo Delgado, que visava a extinção progressiva dos hospícios e a promoção de serviços substitutivos. Este viria a tornar-se a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica.

As principais diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira são estabelecidas a partir desta lei, que aponta para a descentralização do espaço do hospital em favor de serviços substitutivos, como Centros de Atenção Psicossocial, Ambulatórios, Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Convivência, através de uma atenção psicossocial interdisciplinar no território (Vasconcelos, 2017), buscando-se autonomia e cidadania aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Dentre as legislações que respaldam tais direitos, podemos destacar a Lei nº 10.216 de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica e a Portaria nº 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. A Lei da Reforma Psiquiátrica é um marco paradigmático, no que diz respeito às mudanças estabelecidas para o tratamento de pessoas em sofrimento mental, passando a propor serviços substitutivos que não centralizem o hospital psiquiátrico no atendimento a essas pessoas. Já a Portaria que institui a RAPS, articula e propõe estratégias de ação e tratamento, promovendo uma reabilitação psicossocial para usuários da saúde mental e também, que é o que pretendemos abordar, para pessoas que estiveram por muito tempo institucionalizadas em hospitais psiquiátricos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou apresentar um panorama ao longo da história, acerca do percurso de abordagens com as pessoas em sofrimento mental, suas críticas e o papel

do hospital na intervenção com essas pessoas. Além disso, foi feita uma introdução acerca dessa temática no Brasil e os desdobramentos que levaram ao questionamento da lógica manicomial, consolidado com a Reforma Psiquiátrica.

Consideramos esta análise importante para a atuação no campo da Saúde Mental, frente aos desafios que são postos no cotidiano do trabalho, sobremaneira compreender quem é o usuário que chega na porta de entrada de um ambulatório de Saúde Mental ou em um Centro de Atenção Psicossocial e também quem são os usuários que - ainda – estão internados nos Hospitais Psiquiátricos do país. Entender, ainda, como surgiu o estigma negativo construído sobre as pessoas com sofrimento psíquico se torna relevante para a problematização dos reflexos que a lógica manicomial incide nesses sujeitos na atualidade. Principalmente em nossa sociedade, onde o capitalismo utiliza da perspectiva manicomial para sua sustentação e reprodução. E mesmo considerando os avanços advindos da Reforma Psiquiátrica, esse processo ainda está em curso e pode sofrer retrocessos no decorrer de diferentes conjunturas de sua implementação..

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

_____. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4 ed. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2007.

_____. Saúde Mental e Direitos Humanos [Entrevistando: Paulo Amarante]. ENSP/Fiocruz, Centro Colaborador em Vigilância Sanitária. S/d. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/13>>. Acesso em 14 mai 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

CUNHA, Leonardo de Santi Helena; PEIXOTO, Léo. A Socialização de Egressos de Longa Internação Psiquiátrica a Partir de uma Teoria Sociológica. III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação PUCRS, 2008

GOMES, Tathiana Meyre da Silva. Reflexões Sobre o Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil Neoliberal. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Orgs.). Serviço social, Saúde Mental e Drogas. 1ª edição. Campinas: Papel Social. 2017. p. 51-66.

NASCIMENTO, Milene Santiago; SILVA, Martinho Braga Batista e. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, out. 2020.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. 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.

PIRES, Andréa da Silva Montechiare. Panorama das Internações Psiquiátricas de Longa Permanência e Práticas de Desinstitucionalização na Cidade do Rio De Janeiro. Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 102, p. 339-351. Abr/Jun. 2010.

ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In: ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

TEIXEIRA, Manoel O. L. et RAMOS, Fernando A. C. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, junho 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Contribuições Recíprocas entre o Serviço Social Brasileiro e o Campo da Saúde Mental, e a Análise Crítica da Reforma Psiquiátrica no Contexto Neoliberal. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Orgs.). Serviço social, Saúde Mental e Drogas. 1ª edição. Campinas: Papel Social. 2017. p. 29-50.