

A HERANÇA MANICOMIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO DAS VERTENTES

*Anna Lígia Ventura Pontes*¹

*Luíza Lara do Carmo*²

*Laura Resende Moreira*³

RESUMO

O presente estudo discute e analisa como o modelo manicomial que perdurou do século XIX até o século XX como a forma vigente de cuidado psiquiátrico acerca da loucura ainda mantém suas heranças manicomiais no campo social e cultural no Brasil. Apesar da instauração da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), percebe-se que, ainda hoje, convivemos com muitos muros ideológicos das instituições asilares. Dessa forma, o objetivo deste artigo é verificar se a lógica manicomial persiste na *práxis* dos CAPS da mesorregião Campo das Vertentes em Minas Gerais e de que maneira ela se apresenta. Para isso, utilizamos uma breve análise de fragmentos discursivos, recolhidos de diários de campos produzidos a partir de experiências práticas de estágio e visitas técnicas das autoras, durante o período de graduação. Ao final, destacamos a necessidade do enfrentamento dos discursos manicomiais ainda presentes em grande parte do campo pesquisado. Além disso, ressaltamos como a Psicologia pode contribuir para a valorização de *práxis* que apostem na autonomia e liberdade dos sujeitos.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Lógica Manicomial; Reforma Psiquiátrica, Psicologia.

ABSTRACT

This study discusses and analyzes how the asylum model, which prevailed from the 19th to the 20th century as the dominant form of psychiatric care for the insane, still retains its asylum legacies in Brazil social and cultural spheres. Despite the implementation of the Psychiatric Reform in Brazil and the creation of Psychosocial Care Centres (CAPS), it is evident that many ideological walls of asylum institutions still persist today. Therefore, the aim of this article is to examine whether and how the asylum logic persists in the praxis of CAPS in the Campo das Vertentes mesoregion in Minas Gerais. To achieve this, we conducted a brief analysis of discursive fragments collected from field diaries produced from the authors' practical internship experiences and technical visits during their undergraduate studies. In conclusion, we emphasize the need to confront the asylum discourse that is still present in a large part of the

¹ Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN). E-mail: alventrx@gmail.com

² Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN). E-mail: luizalaracarmo@gmail.com

³ Doutoranda do programa de pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal de São João del-Rei. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Professora do curso de Psicologia do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN). E-mail: laura.resende@uniptan.edu.br³

field researched. Additionally, we highlight how psychology can contribute to the valuing that praxis that promotes the autonomy and freedom of individuals.

Keywords: CAPS, Asylum logic, Psychiatric reform, Psychology.

Introdução

Em meio a desconstrução de conceitos e pressupostos a respeito do tratamento das doenças mentais, a Reforma Psiquiátrica emergiu como combate aos métodos manicomiais durante a década de 1970 no Brasil. Antes disso, o que se manifestava na assistência ao doente mental era pautado no modelo hospitalocêntrico, uma abordagem tradicional em que o foco do tratamento está em instituições, como hospitais psiquiátricos. Esse modelo priorizava a internação de pessoas com transtornos mentais em locais específicos, com ênfase no isolamento do paciente da sociedade e na "cura" por meio de tratamentos restritos ao ambiente hospitalar. Nesse modelo, os pacientes eram frequentemente vistos como objetos de intervenção e o tratamento é centrado no controle dos sintomas por meio de intervenções médicas, medicamentosas e restrições físicas. As limitações desse modelo incluem o afastamento do convívio familiar e social, a estigmatização e a visão da doença mental como algo que precisa ser isolado, afastando-se da perspectiva de reabilitação e ressocialização (Tenório, 2002).

A crítica a esse modelo hospitalocêntrico impulsionou movimentos de Reforma Psiquiátrica em muitos países. No Brasil, o movimento da Luta Antimanicomial promoveu discussões e questionamentos sobre o saber médico, levantando novas propostas, tais como o Projeto de Lei (PL) apresentado por Paulo Delgado, em 1987, no Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, São Paulo. Em 6 de abril de 2001, foi sancionada a Lei Federal nº 10.216, popularmente conhecida como Lei Paulo Delgado, se tornando um marco da Reforma Psiquiátrica ao propor a substituição dos modelos institucionalizados no tratamento do portador de sofrimento psíquico (Ministério da Saúde, 2005).

A partir desse cenário, foram criados novos paradigmas para o cuidado em saúde mental, partindo de um modelo psicossocial que dá centralidade ao indivíduo e suas potencialidades, em substituição a modelos manicomiais. Ergue-se, então, o modelo assistencial, que tem como premissa a criação da rede de serviços de atenção psicossocial. Nesse sentido, os dispositivos de saúde mental são pensados como contraproposta aos modelos de internação, partindo de uma visão interdisciplinar, afastando-se de métodos de exclusão do sujeito e com vistas à autonomia dos indivíduos e a integração social (Tenório, 2002).

Apesar dessa nova perspectiva e dos grandes avanços operados pela Reforma Psiquiátrica, o cuidado relacionado à loucura e ao tratamento da doença mental segue, muitas vezes, enraizado em modelos socioculturais atrelados a práticas estigmatizantes que remetem a lógica manicomial. Para Nunes e Torrenté (2009, p. 102), acredita-se que:

apesar desse investimento de uma política nacional de saúde mental, transformações culturais não acontecem na sociedade em resposta imediata a mudanças de legislação e, portanto, os efeitos de novas práticas de saúde mental sobre a vida dos usuários não são suficientemente conhecidos.

Dessa forma, essa abordagem tradicional pode acabar se perpetuando nos dispositivos substitutivos, influenciando a forma em que esses serviços são prestados. A partir dessa perspectiva, o presente artigo visa verificar se a lógica manicomial persiste nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na mesorregião Campo das Vertentes, interior de Minas Gerais, e de que maneira ela pode ser reconhecida. O recorte desses dispositivos tem como propósito a experiência das autoras em estágios realizados durante a graduação em Psicologia.

Esse trabalho tem uma abordagem qualitativa devido a diversidade de conteúdo literário. Entende-se, portanto, a revisão bibliográfica como a forma adequada para parte da realização do estudo. Foi utilizada também como metodologia, uma breve análise de fragmentos discursivos, colhidos nas experiências práticas de estágio e visitas técnicas das autoras durante o período de graduação, por meio de diários de campo. Os fragmentos foram recolhidos nas experiências do CAPS I da cidade de Barroso (MG) e no CAPS AD da cidade de São João del-Rei (MG). Apesar desta última cidade possuir um dispositivo CAPS II, as autoras não foram autorizadas a acompanhar intervenções e nem realizar visitas técnicas no local.

Por fim, apresentamos uma discussão a respeito do papel da Psicologia nos dispositivos criados pela Reforma Psiquiátrica. As contribuições da Psicologia para esse campo podem ser entendidas como um caminho para que as práticas voltadas a saúde mental sejam implicadas com a Reforma Psiquiátrica, bem como na autonomia dos sujeitos em sofrimento psicossocial.

Fundamentação Teórica

Caracterização das instituições asilares

Para se compreender o serviço substitutivo, tal como o funcionamento dos CAPS, é necessário compreender a que ele veio substituir: o manicômio. Antes deste ser o modelo vigente de tratamento para a loucura, se deram outras formas de segregação do louco na sociedade. Desde a Idade Clássica o louco é colocado à margem, como artifício político

higienista, mantendo o que não está dentro da norma, afastado dos grandes centros, como salienta Amarante e Torre (2012). Segundo os mesmos autores, os hospitais que antes eram um local em que ficavam pessoas em situação de rua, doentes e pessoas pobres, se tornou o hospital geral, paulatinamente se tornando um lugar para aqueles que eram desprovidos de razão, dando início ao fenômeno descrito por Foucault como “o Grande Enclausuramento” (Foucault, 1961).

Com Phillipe Pinel é inaugurado o alienismo, o saber médico toma para si a loucura, a partir de um saber médico e a chamada medicina mental que posteriormente dá lugar a psiquiatria. O alienismo adentra aos hospitais gerais e coloca o louco em um lugar de periculosidade. Dessa forma, é posto que o melhor tratamento para a loucura é o isolamento, a institucionalização e a medicalização dos corpos (Amarante; Torre, 2012).

Em contexto mundial, essa exclusão sempre existiu com aqueles que não se encaixavam em padrões socialmente entendidos como normal, ou seja, a forma de cuidado se envolve ao que tange o controle, comprometendo as diversas existências, em que o isolamento surgia como salvação para o restante da sociedade. Com base no trabalho do historiador e filósofo Michel Foucault, em seu livro *História da Loucura* (1961), a psicologia começa o processo de ressignificação da loucura a partir de uma rachadura com o saber médico quando novos pensamentos e percepções surgem acerca da relação com o louco e a loucura, partindo da ideia de eliminar a necessidade de exclusão dos sujeitos. Nesse período, o louco era visto como degenerado e perigoso, sendo retirado o seu direito de convívio social, configurando-se a condutas desumanas, tendo em vista que o que regia era a falta de compreensão da subjetividade de cada um (Foucault, 1961).

A Reforma Psiquiátrica brasileira e a lei Paulo Delgado

A Reforma Psiquiátrica brasileira surge a partir de influências externas, principalmente da Itália entre as décadas de 1960 e 1970. Franco Basaglia se mostrou como o principal agente da reforma italiana através de seus ideais que propunha implementar modelos alternativos a internação involuntária em manicômios, conquistando Lei 180/1974, conhecida também como Lei Basaglia, que deu início a reforma psiquiátrica da Itália. Em consonância com as ideias italianas, a Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser compreendida como o movimento de desconstrução entre os saberes e práticas psiquiátricas tradicionais.

Para impulsionar o movimento da Reforma, durante o período de 1960, as comunidades terapêuticas emergem como alternativa ao modelo manicomial. No entanto, se o intuito era a

salvação para a liberdade dentro dos hospícios, o fracasso veio à tona com a substituição do modelo aos manicômios privados desinteressados pela mudança (Tenório, 2002).

Destaca-se o fracassado como marco positivo no impacto da Reforma Psiquiátrica, influenciando as recentes experiências ao postular como legado ideológico. Tenório (2002) indaga de fato o que se enquadra como fracasso nesse quesito, no qual caracteriza as comunidades terapêuticas como:

uma tentativa de montar um espaço institucional onde predomina um tipo de relação social mais liberal e equânime, o autor reconhece o artificialismo intrínseco à montagem de um modelo ideal de grupo societário sob a forma de um projeto clínico/psiquiátrico e aponta outros limites internos à experiência, que, não se propondo a uma ruptura com os asilos, veio a ser apenas um intervalo liberal da vida asilar, que é seguido por um retorno ao modelo autoritário tradicional. (Tenório, 2002, p.29)

Como marco anterior, também se enquadra o movimento da psiquiatria comunitária, pensando como alternativa a asilos segregadores e iatrogênicos, concentrada em uma psiquiatria ordenada em programas mais abrangentes de intervenção na comunidade que propunha prevenir o adoecimento mental, deliberando-as distantes a internação. Com a ideia preventiva, interpretada como promoção à saúde mental, o tratamento priorizava evitar a doença. Apesar da aceitação dessa alternativa no Brasil, surgem ameaças de práticas de psiquiatrização do social, manifestadas por Joel Birman, Jurandir Freire Costa, entre outros, a partir de um relatório técnico apresentado em um congresso científico com o tema *Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária*, Birman e Costa (1994) fazem uma análise da perspectiva de psiquiatrização e normatização do social contida no ideário preventivo-comunitário.

Com a luta ao Estado autoritário, durante a década de 1970, impulsionaram-se as críticas referentes à ineficácia da assistência pública e ao modelo privatista da política de saúde. Em 1974, dentro do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, surgem denúncias a partir de profissionais graduados e estudantes, desde médicos a psicólogos, denominados como "bolsistas", no qual apontam as condições precárias de trabalho e ameaças, como também a violência posta sobre eles e aos sujeitos internados, surgindo críticas sobre a desumanização dos serviços, aponta Amarante (1995).

No período de 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi criado, partindo de discursos humanitários e reivindicações trabalhistas, protagonizando nos anos seguintes os marcos que contribuiram com o avanço da luta antimanicomial. As críticas às políticas de saúde já surgiam contra o Estado autoritário, a fim de organizar novas propostas

em que se nomeou como movimento da reforma sanitária, em busca da reformulação do sistema nacional de saúde.

A década de 1980 se enfatiza com a ascensão dos líderes e das ideias do movimento sanitário rumo a gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas, a partir da eleição de vários governadores opositoristas em 1982, junto também da coesão dos hospitais psiquiátricos, e nos anos seguinte, a eleição de Tancredo Neves e José Sarney para a presidência da República, reflete Tenório (2002). Entretanto, para Amarante (1995), foi nesse momento que o movimento sanitário se confunde com o Estado, partindo de ações institucionalizantes que acreditavam na proposta de aperfeiçoar as instituições psiquiátricas e a gestão pública.

As discussões que circulavam o âmbito sobre os direitos dos pacientes limitavam a ideia de aperfeiçoamento e universalização, de acordo com Tenório (2002). O autor frisa que a perspectiva da mudança levou ao amadurecimento de outra perspectiva, concluindo que a predominância dos hospitais de internação psiquiátrica não era pública, era de setor conveniado ou privado que surgiam as práticas do serviço em sua maioria. Sendo assim, o serviço privado tinha a sua única fonte de renda por meio da clientela, sendo o instrumento principal a internação de cada paciente, na maioria das vezes feita de má fé.

Com as críticas amplamente amadurecidas, o movimento da reforma psiquiátrica se desdobrou a partir de políticas de saúde que tiveram marco teórico e político na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na I e II Conferência Nacional de Saúde Mental (1987 e 1992, respectivamente), resultando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). A I Conferência, do ano de 1987, ficou marcada como o fim da reforma sanitária, indo além da transformação do sistema de saúde quando o olhar se volta para a desconstrução das instituições e da sociedade com a forma de lidar com a loucura. A desinstitucionalização da loucura passa, então, a desfrutar de novos horizontes, envolvendo novas figura como sujeito e família, invalidando o sistema de clientela, em que os agentes desocupam o espaço de cuidadores e impulsionam o processo a partir de uma percepção de agentes críticos. Assim, as críticas se encaixam sobre a perspectiva de cidadania do louco.

A partir dessas discussões, culminou o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT) que propunha a reforma psiquiátrica no país. Em 6 de abril de 2001, a Lei Federal nº 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, foi sancionada, instaurando a reforma psiquiátrica e a substituição dos modelos institucionalizados no tratamento do portador de sofrimento psíquico.

O projeto continha três artigos: o primeiro, impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo, previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomiais de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (Ministério da Saúde, 2005).

A partir dos novos paradigmas para o cuidado em saúde mental, foram criados novos modelos psicossociais em que faz do indivíduo e de suas potencialidades os principais pilares. Substituindo os modelos manicomiais, ergue-se, então, o modelo assistencial em que sua premissa está a criação da rede de serviços de atenção psicossocial. Os dispositivos de saúde mental são criados como contraproposta aos modelos de internação, partindo de uma visão multidisciplinar, afastando-se de métodos de exclusão do sujeito, onde o foco está na possibilidade de integração social (Saraceno, 1999; Basaglia, 2005).

A atual conjuntura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi definida pela Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Ministério da Saúde, 2011). Corrobora com a ampliação e articulação dos cuidados à saúde para pessoas em sofrimento mental, bem como a pessoas com necessidades decorrentes álcool e outras drogas. Dessa forma, constrói-se uma rede integrada e articulada em cuidados psicossociais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os CAPS são um dos dispositivos que fazem parte da RAPS (Ministério da Saúde).

Dessa maneira, o CAPS surgiu a partir da Portaria n° 366/2002 do Ministério da Saúde, em que preconizava novas configurações de prestação do cuidado em saúde mental, disponibilizados a partir de serviços pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para o Ministério da Saúde, os CAPS com a sua função em acolher pessoas em sofrimento psíquico, tem como enfoque o trabalho no sentido de estimular a integração social e familiar dos seus usuários, incentivar a autonomia e oferecer cuidado por equipe multiprofissional, além dos aspectos sintomáticos e clínicos (Brasil, 2004).

A Portaria n° 3.088 institui e regulamenta seis diferentes modalidades de CAPS, em objetivos, público-alvo e número de habitantes na cidade ou região. O CAPS I acolhe indivíduos com transtornos mentais graves ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, indicado para municípios acima de 20 mil habitantes. Já o CAPS II tem as mesmas configurações do CAPS I, porém é indicado a cidades com população acima de 70 mil habitantes. O CAPS III é indicado a municípios ou regiões com população acima 200 mil

habitantes, e além de oferecer os serviços previstos no CAPS I e II, presta também atendimento contínuo, funcionando 24 horas, em finais de semana e feriados. O CAPS AD atende adultos ou crianças e adolescentes, com necessidades derivadas do uso de álcool e outras drogas, indicados a municípios ou regiões acima de 70 mil habitantes. Já o CAPS AD III oferece os mesmos atendimentos do CAPS AD, e funciona também 24 horas bem como em finais de semana e feriados, oferece no máximo 12 leitos para observação, e é indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes. E por fim, o CAPSi atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e os que fazem uso de álcool e outras drogas, indicado a municípios ou regiões com população acima de 50 mil habitantes (Brasil, 2011).

O CAPS também oferece atendimento clínico diário, afastando-se de internações em hospitais psiquiátricos, além disso, com suas ações intersetoriais busca inserir socialmente pessoas com transtornos mentais, como também procura dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005). O serviço é composto por equipe multiprofissional que atua por meio de intervenções clínicas, indo da escuta do sujeito até a utilização de atividades como forma de reabilitação psicossocial (Brasil, 2004).

Os dados colhidos no documento “Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)” do Ministério da Saúde em 2022 mostram a evolução dos serviços habilitados da RAPS. Com relação aos CAPS, o documento mostra que o Brasil conta com 2.836 mil CAPS habilitados, distribuídos em 1.910 mil municípios em todos os estados. Seguindo os dados do mesmo ano, Minas Gerais com uma população estimada de 21,4 milhões (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021), conta somente com 379 CAPS; sendo 189 CAPS I, 64 CAPS II, 20 CAPS III, 41 CAPS i, 40 CAPS AD, 24 CAPS AD III e um CAPS AD IV (Ministério da Saúde, 2022).

Caracterização dos CAPS da região das vertentes

A mesorregião Campo das Vertentes faz parte das 12 regiões do estado de Minas Gerais, sendo composta pelas microrregiões de Lavras, São João del-Rei e Barbacena⁴. Este trabalho tem foco maior nas duas últimas. Quatorze municípios compõe a microrregião de São João del-Rei e onze municípios fazem parte do escopo de Barbacena, entre eles a cidade de Barroso. Tanto São João del-Rei, quanto Barroso, foram nosso alvo nesta pesquisa.

⁴ Segundo dados do jornal Guia Gerais.

A cidade de São João del-Rei tem 90.225 habitantes⁵, e na sua RAPS existem dois CAPS: CAPS II e o CAPS AD. Segundo informações coletadas pelas autoras em visita técnica, ainda não existem leitos de retaguarda de assistência à saúde mental nos hospitais gerais da cidade. Dessa forma, a população geral, bem como os trabalhadores de saúde mental solicitam a inauguração do CAPS III para o município, bem como do CAPS I. O CAPS II, nomeado CAPS del-Rei, inaugurado em 2004, ao passo que o CAPS AD em 2015. Ambos são referência de sua microrregião.

Já o município de Barroso possui 20.080 habitantes⁶ e conta apenas com o CAPS I na sua Rede de Atenção Psicossocial. A liberação para a implementação do CAPS veio em 2008, quando o município recebeu R\$20.000,00 de verba para os recursos. No entanto, ele foi inaugurado apenas em abril de 2020 (Prefeitura Municipal de Barroso).

Ambas as cidades são geograficamente próximas a Barbacena, cidade que abrigou o maior hospício do Brasil, o hospital Colônia. A morte de pelo menos 60 mil pessoas é uma das consequências das atrocidades realizadas dentro dos muros desta instituição (Arbex, 2019). Entendemos que, o fato de as cidades fazerem parte da mesma mesorregião, pode significar uma influência direta na forma com que os seus habitantes entendem os cuidados psicossociais. Isso porque o imaginário popular nesses municípios foi construído em torno de uma concepção de loucura marcada pelo asilamento e periculosidade.

Resultados e Discussões

Breve análise de fragmentos

Os fragmentos discursivos apresentados nesse trabalho foram colhidos no CAPS I de Barroso (MG) a partir das experiências em Estágios Supervisionados Específicos I e II de uma das autoras. Os fragmentos foram recolhidos de conversas informais, observações no serviço durante o período de estágio e registros dos diários de campo produzidos. Para Teixeira et al (2023), o diário de campo é um importante instrumento metodológico para coleta de dados qualitativos, permitindo registrar não apenas observações objetivas, mas também reflexões pessoais e interpretações do pesquisador ao longo do processo. Isso é fundamental para a sistematização e compreensão dos fenômenos estudados e proporciona uma análise mais profunda e contextualizada dos dados. No caso desse estudo, temas como a loucura e as práticas

⁵ Segundo dados do IBGE de 2022.

⁶ Segundo dados do IBGE de 2022.

manicomiais foram abordados em diversos momentos, principalmente nas oficinas observadas, e o registro nos diários das autoras permitiu o enriquecimento da análise, somando autenticidade aos dados.

Além das experiências de estágio, foi realizada uma visita técnica no CAPS AD de São João del-Rei em setembro de 2024. Nessa ocasião, as autoras tiveram acesso a informações como estrutura do CAPS AD, acolhimento, organização da equipe, assistência e funcionamento do serviço. Diante disso e partindo do conteúdo dos diários de campo produzidos durante as experiências, as autoras tiveram a oportunidade de analisar alguns fragmentos colhidos e articulá-los com a problemática proposta nesse estudo, conforme destacaremos a seguir.

“Não é o momento ainda”

No CAPS I de Barroso, por exemplo, acompanhamos um dos grupos de conversa em que a temática era sobre o uso de álcool e outras drogas, organizado por uma técnica do serviço, devido à ausência daicineira na equipe. Podemos notar uma prática de oficina baseada em discursos de abstinência: a profissional fazia referências às consequências do álcool para si próprio e para a família, aproximando-se do recorte da culpabilização do usuário. Ao final da conversa, ao ser questionada pela estagiária sobre o motivo de não mencionar a Redução de Danos naquela roda de conversa, a resposta obtida foi *"não é o momento ainda"*. A partir desse discurso, nota-se uma prática de controle disfarçado de cuidado, quando é decidido por algum responsável da equipe o que o usuário tem o direito de saber ou não, enquanto a Lei 10.216/2001 garante que o usuário possui o direito de receber o maior número de informações sobre sua doença e tratamento.

A portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde e o Centro de Referências Técnica de Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) compreendem a autonomia e liberdade do usuário como sua principal diretriz na prestação de serviços. Em consonância, a estratégia de Redução de Danos foi adotada como prática principal nos CAPS. Trata-se de afirmar a autonomia, o diálogo e os direitos das pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas, sem recorrer a julgamentos morais ou práticas criminalizadoras e punitivas. Na concepção da ferramenta de Redução de Danos, a abstinência não é a pré-condição ou meta a ser atingida pelos usuários, somente em casos de direção clínica, feito de modo referenciado (CREPOP, 2019). Entendemos que as práticas direcionadas no sentido apresentado por uma técnica do CAPS I de Barroso se aproximam de um discurso normalizador. Assim como a fala recolhida no CAPS AD de São João del-Rei, quando uma técnica confirma: *"até dentro do CAPS pode existir uma situação*

manicomial" e conclui *"a gente mesmo pode ter discursos manicomiais, é necessário se policiar"*.

"Eu nunca vou embora daqui"

Em outro momento, em meio às conversas entre os usuários, surgiram as dúvidas sobre o tempo de passagem no CAPS I. Cada usuário presente trouxe parte da experiência individual e o período que estavam em tratamento. Importante mencionar a fala de um dos usuários presente no espaço de convivência: *"eu nunca vou embora daqui"*, repetida duas vezes ao enfatizar seu período de estadia no serviço. Tal expressão nos faz refletir a respeito da cronificação de determinados tratamentos nos serviços de saúde mental. No CAPS AD, por exemplo, uma técnica traz um fragmento no mesmo sentido. Ela comenta que existem casos crônicos e completa: *"eles gostam de voltar pela afinidade ao serviço"*. O que nos retoma mais uma vez à questão da autonomia dos usuários, que não se refere somente à dimensão de seu sofrimento psicossocial, mas sobretudo que o cuidado do CAPS deve ser vinculado ao território e a sua integração a este (CREPOP, 2019). O usuário cronificado, ao construir um vínculo de estrito pertencimento apenas ao CAPS; pode, por sua vez, não construir relações externas à instituição, tendo a sua constituição como sujeito limitada e não integrada ao território. Dessa forma, as práticas oferecidas se afastam do que é previsto pela Reforma Psiquiátrica e na legislação que a sustenta.

"A luta antimanicomial é todo dia"

Na frase *"a luta antimanicomial é todo dia"*, proferida por uma profissional do CAPS AD, podemos localizar a importância do enfrentamento à estigmatização da loucura que perpetua na sociedade. Esse fator foi confirmado também no CAPS I durante as oficinas, sobretudo quando aicineira comenta sobre a maneira que a população da cidade ainda se refere ao dispositivo como lugar *"reservado ao louco e doente"*.

Tanto no CAPS AD, como no CAPS I, encontram-se familiares que buscam o serviço para internação. A ideia de procura pelo isolamento hospitalar constitui ainda a saída mais acessível para muitos usuários e serviços. A noção manicomial, presente no imaginário cultural, se volta para o CAPS, que se torna socialmente o espaço para o louco permanecer recluso. Esse processo recai em uma estigmatização da loucura e entende-se, a partir de Nunes e Torrenté

(2009), que esse estigma determina um grande obstáculo na constituição de um lugar social da doença mental no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Conclusão

As contribuições da Psicologia para as práticas antimanicomiais

Esse estudo teve como objetivo verificar a presença de *práxis* manicomiais nos CAPS da região Campo das Vertentes. Buscamos apresentar como o atendimento em Saúde Mental, antes restrito ao hospital psiquiátrico, foi modificado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A assistência ao sofrimento mental passa a ter como referência o cuidado em liberdade realizado por serviços abertos e de base territorial: o CAPS. Após vinte e dois anos de promulgação da lei que dá origem aos CAPS, muitos avanços ainda são necessários para o campo da saúde mental no Brasil. A partir do cenário contemporâneo de diminuição de investimentos na RAPS e aumento dos financiamentos de Comunidades Terapêuticas (CT), ainda se faz pertinente a análise da forma como o CAPS atua nos territórios, sobretudo no aspecto da valorização do discurso antimanicomial.

Diante disso, essa pesquisa se propôs a fazer uma retomada bibliográfica do campo da assistência ao sofrimento mental no Brasil após Reforma Psiquiátrica e ressaltar a importância da atuação dos serviços substitutivos como os CAPS. A fim de localizar melhor nosso objeto, destacamos dois CAPS do Campo das Vertentes, região de Minas Gerais, que foram locais de estágio e visitas técnicas das autoras. O recurso metodológico utilizado consistiu em uma breve análise de fragmentos recolhidos de diários de campo de uma das autoras redigidos durante suas experiências de estágios graduação. O produto desses registros permitiu maior proximidade com nosso objeto de pesquisa.

Verificou-se, pelos trechos analisados, momentos de intervenção do CAPS que se aproximaram de práticas de domínio, se assemelhando a discursos antes encontrados nos modelos asilares de tratamento. Tais intervenções não garantem a autonomia plena do sujeito, chegando a reduzi-lo em sua capacidade de discernimento e liberdade de escolha. Diante de cenários como esse, ressaltamos a importância de uma atuação profissional comprometida com os ideais antimanicomiais e que assegurem os direitos de liberdade e autonomia dos sujeitos.

Nesse sentido, historicamente, a Psicologia, ao se consolidar como ciência e profissão e ao adentrar o campo da saúde mental, também estabelece seu espaço na interface com a sociedade; lidando com variados desafios para desenvolver uma *práxis* que se oponha ao modelo manicomial. Pautado pelos princípios fundamentais do Código de Ética, o psicólogo

deve basear seu trabalho na promoção de liberdade, igualdade, dignidade, assim como os valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Conselho Federal de Psicologia, 2005).

Seguindo as propostas de Basaglia (1985), é preciso abandonar a ideia da doença como objeto e se concentrar em compreender o sofrimento do sujeito em sua interação com o corpo social. Em consonância com o médico italiano, entendemos que as práticas do psicólogo devem se pautar por um saber crítico da realidade social como principal função da formação. Sendo assim, cabe ao psicólogo reconhecer o contexto para a realização de intervenções que dialogam com as dimensões de uma Psicologia que reconheça os atravessamentos em seus diversos âmbitos (CREPOP, 2022).

Com a concepção de que a atividade do psicólogo é essencial para a sociedade, Dimenstein (1998), destaca o papel da Psicologia nas políticas públicas. Para a autora, a função dos psicólogos nas políticas públicas vai além da inserção de novas oportunidades no mercado de trabalho para a profissão, ela abrange a articulação das relações de poder entre a psicologia e a sociedade para que atendam as demandas do campo social (Macedo e Dimenstein, 2012).

O psicólogo, portanto, tem o papel de reconhecer também o contexto sociopolítico em que o CAPS foi formado para potencializar o desenvolvimento de estratégias que tendem a superar os processos de dominação social. A memória dos manicômios deve ser lembrada para que fortaleça o compromisso ético da psicologia com a responsabilidade social, desvinculando-se de práticas que remetem a violação de direitos do sujeito com sofrimento psíquico (CREPOP, 2022).

De certa forma, pode-se afirmar que a Psicologia, ao trazer como particularidade uma leitura sobre o sofrimento originado nas diversas relações e condições específicas de cada caso, enfrentam o desafio de construir uma crítica ao discurso reducionista das experiências humanas e dos processos complexos à psicopatologia. Nesse sentido, trata-se de desconstruir uma intervenção centrada na cura para, em seu lugar, promover ações voltadas para a autonomia dos indivíduos, comprometidas com a criação de potencialidades, participação e compartilhamento social.

Entendemos, contudo, que esta pesquisa traz limitações tanto em extensão territorial, por não se implicar em outras localidades do Campo das Vertentes, quanto por não se estender em mais análises dos campos já referenciados. Diante disso, destacamos a necessidade de traçar mais estudos direcionados ao tema, que cumpram parte das lacunas apresentadas no presente estudo.

Por fim, compreendemos que a Psicologia alinhada à legislação, bem como aos pressupostos éticos anteriormente citados, pode contribuir significativamente para que a lógica manicomial não se perpetue nas políticas públicas brasileiras. Busca-se assim, um tratamento em saúde mental desvinculado de práticas estigmatizantes que acabam por violentar e aprisionar subjetividades. Acreditamos que o tratamento em rede, implicado com o território, a ética e a cultura, agregam tanto para um serviço fluído, quanto para a tão almejada autonomia.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.; OLIVEIRA, R. M. P. DE .. Enfermagem psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 64–70, jan. 2010.

AMARANTE, Paulo (Ed.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P.. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 1, n. 1, p. 61-77, jul. 1994.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Editora Intrinseca, 2019.

BIRMAN, JOEL; COSTA, JURANDIR FREIRE. Organização das instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização: P. Amarante; tradução: J. A. d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 339p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede de Atenção Psicossocial - RAPS*. Portal Gov.br. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 19 out. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088/GM*, de 30 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. LEI N. 10.216, DE 6 ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF), 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional dos Psicólogos**, Brasília, agosto de 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2022.

COSTA, Juliana Pessoa; JORGE, Maria Salete Bessa; COUTINHO, Maria Penha de Lima; COSTA, Edmara Chaves; HOLANDA, Ítala Thaise Aguiar. A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. **Psicologia e Saber Social**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 35–45, 2016. DOI: 10.12957/psi.saber.soc.2016.15855. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/psi-sabersocial/article/view/15855>. Acesso em: 4 nov. 2024.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo em Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação de profissionais. **Estudos de Psicologia**, 1998.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GUIA GERAIS. *Mesorregiões de Minas Gerais*. Guia Gerais. Disponível em: <https://www.guiagerais.com.br/minas-gerais/mesorregioes/>. Acesso em: 14 out. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Barroso. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/barroso.html>. Acesso em: 14 out. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. São João del-Rei. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/sao-joao-del-rei.html>. Acesso em: 14 out. 2024.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a reforma psiquiátrica?. *Rev. Mal-Estar Subj*, Fortaleza, v. 12, n. 1-2, p. 419-456, jun. 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2024

NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 101-108, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2009.v43suppl1/101-108/pt>. Acesso em: 22 out. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARROSO. CAPS será implantado em Barroso Portal Oficial da Prefeitura de Barroso, 2020. Disponível em: <https://barroso.mg.gov.br/noticia/21787>. Acesso em: 14 out. 2024.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Te Corá, 1999.

TEIXEIRA, Érica J. P.; PACÍFICO, J. M.; BARROS, J. A. O diário de campo como instrumento na pesquisa científica: contribuições e orientações. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 1678–1705, 2023. DOI: 10.55905/cuadv15n2-035. Disponível em: <https://cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/1090>. Acesso em: 7 nov. 2024.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan, 2002.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Michel Foucault e a "História da Loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria/ Michel Foucault and the "History of Madness": 50 years changing the history of psychiatry. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 3, n. 6, p. 41–64, 2012. DOI: 10.5007/cbsm.v3i6.68499. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68499>. Acesso em: 11 set. 2024.