

## **Entre a atenção à saúde e a legalidade: a atuação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (parte I)**

Randiza Santis Lopes

**Resumo:** Esta pesquisa se propõe a discutir sobre a reforma psiquiátrica no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da cidade de Manaus, procurando dar voz aos envolvidos no processo de assistência ao interno sob medida de segurança, com o intuito de construirmos inferências que nos proporcionem refletir a Reforma Psiquiátrica no contexto do Hospital de Custódia. Esse interesse surgiu em virtude da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social na referida instituição. A abordagem utilizada foi qualitativa, consistindo na aplicação de formulário para ambas as populações estudadas. No que diz respeito à equipe multiprofissional, o propósito era conhecer a atuação dos profissionais, o posicionamento destes sobre as possibilidades de operacionalização da reforma psiquiátrica na instituição, a fim de compreendermos os desafios e as perspectivas visualizadas pela equipe de saúde. Quanto aos familiares, os questionamentos foram direcionados à apreender como estes veem a presença do interno na instituição, como se reconhecem no processo de tratamento dos seus familiares custodiados, o que conhecem acerca da reforma psiquiátrica e suas expectativas em relação à desinternação do seu familiar. A pesquisa consistiu em levantamento bibliográfico, coleta de fontes documentais e pesquisa de campo. Constatou-se que há dificuldades na aplicação da reforma psiquiátrica na instituição, pois esta preserva seu caráter asilar/carcerário. A família se reconhece importante no tratamento, mas não dispõe de intervenção específica. Deste modo, a efetivação da reforma psiquiátrica na instituição vê-se comprometida.

**Palavras chave:** reforma psiquiátrica – hospital de custódia e tratamento psiquiátrico – família

### **FALANDO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA: HISTÓRICO E CONSIDERAÇÕES**

#### **1.1 Antecedentes históricos da Reforma Psiquiátrica**

A atenção ao sujeito com transtornos mentais perpassa por um processo histórico marcado pela existência de mecanismos de exclusão, acompanhada de práticas e discursos que romperam por séculos os direitos destes sujeitos diante da sociedade.

Segundo Foucault (2004), desde o início da Era Clássica já existiam espaços reservados ao tratamento e cura da mente. Todavia, conforme este autor, a reclusão era tida de

modo sistemático, pois ainda neste período os loucos eram considerados detentores de um poder especial. Não havia necessidade de privá-los de liberdade, assim sendo eram retirados do convívio social apenas em caso de perturbação extrema ou perigosa.

O louco era figura facilmente percebida na paisagem social e sua loucura era interpretada como uma manifestação no espírito, dada a maneira de como se apossava do espírito humano, fazendo desligar-se do mundo e da vida social (FOUCAULT, 2004). A era clássica, em seus primórdios, tem a reclusão com sua finalidade orientada por uma espécie de proteção, guarda (AMARANTE, 1995).

Ao longo do período medieval, toda forma de desacato à moral ou manifestação incerta das escolhas, inversa ao juízo comum, era repudiada, ou seja, todos aqueles que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social, passam a ser banidos do meio social, pois “a idade média tinha atribuído um lugar à loucura na hierarquia dos vícios” (FOUCAULT, 2004, p. 22).

Os hospitais gerais e as Santas Casas de Misericórdia representavam o espaço de recolhimento, sendo a clausura não com sentido patológico ou de medicalização, tanto que o tratamento destinado ao louco apoiava-se muito mais em um conjunto de práticas religiosas do que médicas (ALEXANDER e SELESNICK, 1980).

De acordo ainda com estes dois últimos autores, na cultura medieval, a loucura, o delírio, a insanidade, eram aspectos ainda relacionados intimamente com manifestações sobrenaturais ou, especificamente, a possessões demoníacas, de maneira que o seu respectivo tratamento proporcionava a cura espiritual. A própria organização dos hospitais era administrada diretamente por monges e/ou sábios clericais, que se orientavam em suprimir vícios e defeitos associados às fraquezas humanas.

Deixando-se de lado as formas subterrâneas da loucura, sua interpretação cósmica e obscura será reconduzida com a Renascença, de tal modo, que seu aprisionamento obterá um novo significado. Por volta deste período, são construídas vastas casas de internamento, hospitais gerais, casas de correção, tornando-se a internação uma criação institucional própria do período renascentista. Esse traço na história passa a designar um evento decisivo no que se reconhece sobre a loucura, pois é o momento em que ela passa a ser percebida “no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo”, nos ressalta Foucault (2004, p. 78).

Aos ditos loucos, assim como aos demais personagens das misérias, restavam os hospitais gerais, consistindo estes últimos como espaços de significação políticas, religiosas, sociais, econômicas, morais. Sua manutenção organizava-se na mistura

entre os velhos privilégios da igreja na assistência aos pobres e nos ritos de hospitalidade, e a preocupação burguesa de por em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o desejo da caridade e a vontade de punir (FOUCAULT, 2004, p. 53).

A prática do internamento vai se colocar como um processo de reorganização da vida social, a partir de um espaço que mistura punição e controle. Amarante (1995, p. 25) também enfatiza este aspecto ao assinalar que,

o hospital geral não é, em sua origem, uma instituição médica, mas se ocupa de uma ordem social de exclusão/assistência/filantropia para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material.

É desta maneira que “antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos [...], o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura” (FOUCAULT, 2004, p. 63). Os métodos utilizados pela instituição denunciavam seu caráter repressivo: “tratavam-se violentamente os pacientes perturbados, com severa coação, ameaças e camisas de força” (ALEXANDER e SELESNICK, 1980, p. 68). Percebe-se que o tratamento empregado, “as chicotadas, os medicamentos tradicionais e o sacramento da penitência” (FOUCAULT, 2004, p. 85), codificavam uma intenção purificadora e ao mesmo tempo médica.

Com a passagem ao pensamento moderno, à luz do desenvolvimento científico, “a loucura acabou sendo confiscada por uma razão dominadora e será apenas aos olhos dessa razão que a verdade da loucura será apontada como falta, defeito, doença” (FRAYZE-PEREIRA, 1994, p. 60). Mas ainda assim,

é possível objetar que em toda época sempre houve do mesmo modo, uma dupla apreensão da loucura: uma, moral, sobre um fundo do razoável; outra, objetiva e médica, sobre um fundo de racionalidade (FOUCAULT, 2004, p. 184).

Para este último autor, será com o advento da modernidade, marcado pelo surgimento da Psiquiatria, já em fins do século XVIII, que a loucura ganhará, de fato, o status de

enfermidade e será capturada pelo saber médico. Dentro desta nova configuração, a função das instituições psiquiátricas toma outra significação. Passam a se destacar como espaços “que deveriam criar condições para que a verdade do mal explodisse tornando-se *locus* de manifestação da verdadeira doença” (AMARANTE, 1995, p. 26).

Deste modo, o asilamento mostra-se mais que necessário ao estudo dos sintomas (ALEXANDER e SELENISCK, 1980), funcionando o hospital como um grande laboratório para o cientista, “valendo-se este das diversas ‘espécies’ de alienados existentes” (AMARANTE, 1995, p. 25). O isolamento pela instituição psiquiátrica, respaldado por um poder institucional, não significava que a exclusão do convívio social seria uma mera estratégia de segregação. Pelo contrário, permitia que a ciência psiquiátrica pudesse observar o paciente e seus sintomas, a fim de tratá-los ou mesmo recuperá-los, pois somente nessa condição era possível reintroduzir o sujeito novamente à sociedade.

Logo, esse ‘novo’ olhar instaurou uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, representando este, por sua vez, o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital. Com efeito, as instituições psiquiátricas transformam-se em espaços de produção do saber, momento no qual a loucura é formalmente apropriada pelo discurso e prática médicos.

Entretanto, levando em conta ainda as análises deste autor,

este gesto não possibilitou a inscrição destes em espaços de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental (AMARANTE, 1995, p. 25-26).

Nesta mesma perspectiva, Foucault (2004) nos ressalta que este momento é caracterizado muito mais como uma era de confinamento do que de avanços propriamente ditos, visto que resultou ainda mais no domínio sobre os sujeitos, ordenando o espaço asilar, admitindo um reforçado policiamento e controle sobre os mesmos.

A exclusão, a segregação e o poder cronificante dos asilos, hospícios, manicômios demonstravam os efeitos de um modelo de assistência impotente e incapaz de sustentar-se. Entretanto, no decorrer do século XIX, o aparato psiquiátrico ganhou muito mais reforço, na medida em que “ao lado de outros saberes do campo social [...] passa a ser reconhecido como um imperativo de ordenação dos sujeitos” (AMARANTE, 1995, p. 26).

Embora por volta do final do século XVIII já tenha sido registrada a primeira reforma no tratamento destinado aos ‘doentes’ mentais, trazida com a utilização da tecnologia pineliana que instaura o tratamento moral<sup>1</sup> (CASTEL, 1978), é fundamentalmente no século XX que tais reformulações serão inseridas no modelo assistencial psiquiátrico.

Com o processo de reorganização dos sistemas de saúde deflagrado com o advento da modernidade e, posteriormente, com a eclosão e término da Segunda Guerra Mundial, abriu-se espaço para o surgimento das propostas de reformulação no modelo de assistência psiquiátrica em diversos países, sendo estes empregados, principalmente, na metade do século XX.

Amarante (1995, p. 27) destaca que o processo de reformas procurava assim ressignificar “o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico [...] quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial”. São propostas que surgem num momento em que as primeiras experiências de atividades terapêuticas alternativas, desenvolvidas na Inglaterra e nos EUA, demonstravam ser possível superar o tratamento centrado no modelo hegemônico do hospício.

Levando-se em conta as observações deste autor, são fatores de ordem econômico-social que forçam a reforma das instituições psiquiátricas. Primeiro, porque os danos psicológicos, físicos e sociais causados pela guerra, produziam um enorme contingente de mão de obra desperdiçada dentro dos asilos. Segundo, porque a situação dos asilos situava-se em um quadro de extrema precariedade, sendo ele considerado o agente produtor e mantenedor da enfermidade, e principalmente, o fundamental responsável pela degradação dos pacientes.

Diante deste cenário, apresentava-se um novo postulado que urgia de modo pretensamente universal, uma vez que seguia em defesa da saúde como um bem básico, sendo esta garantia possibilitada pelo Estado. Na ocasião, construiu-se um verdadeiro pacto contra a opressão aos direitos dos indivíduos. Pactos estes, que pressionavam à reorganização das práticas utilizadas nos hospícios, fortalecendo a luta contra a violação dos direitos humanos (CAMPOS, 2000).

Nesta conjuntura, o Estado promulga leis que reformulam o perfil assistencial em relação ao doente mental, passando este a ser encarado com outro olhar. Este é o momento em

---

<sup>1</sup> A tecnologia pineliana, que tem como fundamento as teorias de Philippe Pinel (séc. XVIII), constituía-se em três princípios: o isolamento do ‘doente’ mental, a organização da ordem asilar e a relação de autoridade entre médico e paciente. Com isto, fundava-se a assistência médico-psiquiátrica surgindo como proposta inovadora em relação à abordagem sobre a doença mental. Pinel acreditava ser impossível compreender ou mesmo tratar a ‘doença’ a partir das técnicas e práticas tradicionais, isto é, o emprego da contenção, do cárcere. Nesta perspectiva, empregava-se outra configuração de tratamento dentro dos asilos que estava baseada, fundamentalmente, no tratamento humanizado.

que começam a surgir novas modalidades de tratamento dentro dos hospícios, implicando em mudanças nas práticas asilares, bem como na própria forma de lidar com a situação dos transtornos.

Conforme Campos (2000, p. 33), os investimentos revelavam a importância de se pensar no “convívio protegido, mas aberto à comunidade para facilitar ao louco o enfrentamento da vida em sociedade”. É neste contexto que surgiam as Comunidades Terapêuticas fundadas como forma de amenizar os impactos causados pelas novas condições de vida (AMARANTE, 1994). Apesar de já vir acontecendo desde a década de quarenta é somente no ano de 1959 que o termo é consagrado por Maxwell Jones<sup>2</sup>.

As Comunidades Terapêuticas (CT) resultavam em ações que procuravam não isolar o paciente, a fim de tratá-lo na sua passiva posição de doente, mas sim trabalhar através do relacionamento interpessoal, não distanciando a participação dos profissionais das instituições. Tal experiência conseguiu modificar consideravelmente a visão da ‘doença’ mental como um processo irrecuperável (MELMAN, 2001).

Ao certo, com base no que nos destaca este último autor, estes projetos caracterizavam-se muito mais como um processo de reformas institucionais, uma vez que se davam restritos ao hospital psiquiátrico e objetivavam a transformação da dinâmica institucional, adotando medidas participativas, democráticas e coletivas que influenciavam o cotidiano dos asilos psiquiátricos.

Por mostrar resultados benéficos, visto o modo de como promoviam mudanças no cotidiano asilar, outras estratégias começavam também a se desenvolver ainda por volta da década cinquenta, como no caso da Psiquiatria de Setor (França) e da Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA), que surgem nos idos dos anos cinquenta.

Dentro da Psiquiatria de Setor se desenvolvia a relação hospital psiquiátrico e comunidade. A estratégia era construir um modelo que consistisse em “transferir para a comunidade o dispositivo de atendimento aos doentes mentais” (AMARANTE, 1995, p. 35). Ao se estender a rede de influência no âmbito da comunidade expandia-se a assistência ao sofrimento mental (CAMPOS, 2000), porém dentro dessa concepção não se deixava de lado a necessidade da existência do manicômio como medida fundamental ao tratamento de determinados sujeitos.

Desta maneira, o ideal era reduzir a internação a tal ponto que esta medida se tornasse apenas uma etapa no processo do tratamento da ‘doença’ mental. O hospital psiquiátrico não

---

<sup>2</sup> As comunidades terapêuticas já vinham se desenvolvendo desde 1940, entretanto é Maxwell Jones e seus colegas que esboçam em profundidade as várias características das Comunidades Terapêuticas psiquiátricas, difundindo-as como fundamental estratégia para a recuperação dos enfermos.

deixava de cumprir sua função, constituindo-se ainda como um espaço legítimo de assistência. Para tanto, é importante observarmos que dentro destas estratégias passa a ser elaborado o ideal da saúde mental, pois estendendo a assistência ao entorno dos hospícios podia-se intervir antes mesmo que fosse necessária a internação.

Em meio a estas mudanças, é precisamente com o trabalho desenvolvido pela Psiquiatria Preventiva, com sua estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, que se demarca o novo território de atuação da Psiquiatria, a saúde mental (AMARANTE, 1995). O modelo ‘preventivista’ concebia-se de forma a planejar e executar planos de prevenção primária, secundária e terciária (CAMPOS, 2000).

O projeto da psiquiatria preventiva mostrou-se a experiência terapêutica mais avançada, sendo que em 1963 o presidente dos Estados Unidos da América (EUA) assina o decreto que a toma como nova política para lidar com as ‘doenças’ mentais. Divulgada e estimulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o plano se torna referência também pelas organizações sanitárias internacionais.

Rotelli (*apud* AMARANTE, 1995) nos chama atenção para o fato de que estas estratégias passavam a representar um conjunto de medidas que se podem chamar de ‘psiquiatria reformada’, dada sua maneira de tentar reorganizar os métodos e mecanismos assistenciais já utilizados. Em todo caso, a estratégia ‘preventivista’, justamente pelo seu modo de criar serviços alternativos à hospitalização, inspirou diversos outros modelos, propostas, projetos assistenciais de desospitalização, tanto que por volta da década de sessenta na Inglaterra, surge o movimento Antipsiquiátrico, que é o momento em que se formula a primeira e mais radical crítica ao saber médico-psiquiátrico.

O objetivo da Antipsiquiatria, tal como nos destaca Amarante (1994, p. 43), “era romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais”. Este autor nos destaca ainda, que a principal estratégia do movimento era reinterrogar o saber psiquiátrico através de outros referenciais teóricos como, por exemplo, a fenomenologia, o existencialismo, as obras de Michel Foucault, e outras determinadas correntes da sociologia e da psiquiatria norte-americana.

O movimento travou uma discussão profunda e significativa no que diz respeito à proposta de desinstitucionalização, que já havia sido sinalizada pela psiquiatria preventivista. É com base nestas reflexões que foi possível pensar em uma estratégia de transformação da realidade social a partir da desconstrução do modelo assistencial vigente.

As experiências desenvolvidas pela tradição basagliana e da Psiquiatria Democrática Italiana mostraram ser exequível o plano da desinstitucionalização. Necessariamente, é Franco Basaglia que aponta o desmonte do aparato manicomial como estratégia direta para se romper com o paradigma da psiquiatria tradicional. Com isto, Melman (2001, p. 58) assinala que

o movimento de crítica institucional surgido na Itália e coordenado por Basaglia conseguia atingir uma redução importante dos leitos psiquiátricos a partir de um enfrentamento técnico e político das bases ideológicas da psiquiatria, assumindo como prioridade central a desconstrução do hospital psiquiátrico.

Acompanhando a trajetória da tradição basagliana, a psiquiatria democrática italiana exigia a “definição de um novo objeto que seria entendido como a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (MELMAN, 2001, p. 59). Era um processo que se desenvolvia para além da desconstrução do manicômio, pois se instituía um processo de reformas que não reproduziam velhos conceitos e práticas, mas sim introduziam novas concepções nos campos teórico-práticos da assistência psiquiátrica.

Assim sendo, este autor concebe a desinstitucionalização, como um processo para além da derrocada de muros e grades. Sobretudo, desinstitucionalizar significava derrubar estruturas mentais (formas de olhar) que se coisificam e se transformam em instituições sociais.

Formulava-se uma experiência de desinstitucionalização na qual o foco principal passa a ser o usuário. Tal medida insere uma nova perspectiva baseada na autogestão de serviços de trabalho, com planos elaborados por uma equipe cuidadora, o que por sua vez constrói uma relação com novas subjetividades e aposta na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

## **1.2 As proposições da Reforma Psiquiátrica**

Para entendermos a reforma psiquiátrica nos apoiamos especialmente nos estudos realizados por Amarante (1994; 1995). Com base no que concebe este autor, entendemos tal reforma como um processo de reformulação crítica e prática, no qual seus objetivos e

estratégias propõem necessariamente o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Neste sentido, sua importância se dá na medida em que sua existência não se reduz à proposta de redirecionar o atendimento à saúde mental apenas para uma transformação meramente técnica ou profissional, mas sim e principalmente como uma

proposta para a construção de um novo olhar para a loucura, sobre o sofrimento psíquico, apontando para a concretização de novos saberes e de novas práticas sociais, em um processo semelhante à produção de conhecimento a partir de novos paradigmas sobre a verdade científica (YASUI, 2006, p. V).

Esta forma de pensamento não esgota a situação da atenção com os transtornos mentais somente à equipe que com ela passa a lidar, mas, sobretudo, nos permite apreender que os esforços para compor um “novo” olhar podem ser reconhecidos por meio da rede que se tece tanto pelos que vivenciam a experiência da loucura ou sofrimento mental, quanto pela própria sociedade a partir de sua visão ainda reforçada pela ideia do hospício com o papel reintegrador.

Não obstante, Yasui (2006, p. 28) assinala que a reforma psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade. Possui como princípio fundamental a busca do direito e da cidadania dos sujeitos com transtornos mentais, bem como preconiza ainda o respeito às diferenças, preservação da cidadania e identidade, participação ativa no tratamento por parte de familiares ou responsáveis e o apoio interdisciplinar (VASCONCELOS, 2003).

No Brasil, a reforma psiquiátrica se inicia no final dos anos setenta, com a greve deflagrada pela Divisão Nacional de Saúde Mental em 1978, na qual se denunciavam as condições precárias de trabalho e o cotidiano de violência que se seguia nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Segue organizada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, este que se caracteriza como “o ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira” (AMARANTE, 1995, p. 51).

No mesmo ano acontece o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria realizado em Camboriú, que vai ficar conhecido como o “Congresso da Abertura”, pois é o momento em que se permite pela primeira vez a participação do movimento de saúde mental dentro de setores considerados conservadores, o que vai refletir ao congresso um caráter de discussão

político-ideológica. Isso porque no congresso não se deixa de fora o posicionamento crítico dos trabalhadores e o seu repúdio em relação à privatização do setor.

Neste congresso emerge uma forte crítica sobre o regime da política de saúde mental nacional. Ainda no mesmo ano, realiza-se o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, sendo sua importância dada pelo fato de possibilitar a vinda de pensadores influentes no campo da discussão travada pela reforma, tais como Erving Goffman, Felix Gatarri, Robert Castel, Franco Basaglia.

Posteriormente, outro evento de grande importância é o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo no ano de 1979, que coloca como pauta principal a discussão de uma ‘nova identidade profissional’. Como decisão desta reunião deixa-se clara a necessidade de se ter uma maior participação das equipes gestoras no processo de produção das políticas nacionais e regionais de saúde mental. Convém destacar, que é neste congresso que a crítica ao modelo asilar passa a se solidificar, tornando o direcionamento do movimento de reforma psiquiátrica a se orientar nesta perspectiva.

Diversos outros congressos, eventos, encontros ocorrem ainda no final da década de setenta, e “onde houvesse a possibilidade de expressão para um público ainda que pequeno, havia um protesto, uma denúncia, uma menção de apoio” (YASUI, 2006, p. 32). O movimento mobilizava os mais diversos setores e seguia inspirado pelos ideais já desenvolvidos pelos modelos italianos. Ao longo da década de oitenta, o movimento se fortaleceu enquanto espaço de luta, de tal maneira que os primeiros e mais concretos avanços acontecem já por volta deste período.

Dentre as discussões que se seguem, no ano de 1980 ocorre no Rio de Janeiro o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental e no mesmo ano em Salvador, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. No que diz respeito a este último, um dos seus principais efeitos é a atenção do Congresso Nacional em instaurar uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar os casos de violência que o encontro traz à tona por meio dos seus porta-vozes. Respectivamente neste evento,

aparece a questão da defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, através de porta-vozes ou grupos defensores dos direitos humanos, cuja atuação, toma-se como princípio, deveria perpassar todas as instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1995, p. 56).

As pressões dos movimentos populares, das entidades, das associações, intensificavam suas críticas ao modelo de saúde “nas denúncias sobre as condições de saúde da população e na proposição de uma nova política de saúde efetivamente democrática” (YASUI, 2006, p. 33). No seio de outro movimento reformista, que era o da reforma sanitária, um dos momentos mais importantes é o surgimento, logo no início da década de oitenta, do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, o CONASP.

A importância a este Conselho é destacada porque com ele houve uma maior organização e aperfeiçoamento da assistência médica, principalmente no nível dos recursos previdenciários destinados para a assistência à saúde. Considerando que o modelo médico regia-se, fundamentalmente, em caráter privatizante, o CONASP conhecido também como ‘plano’ CONASP, pois apresentava um plano geral para a assistência psiquiátrica, assim como para a saúde previdenciária, insere um novo modelo de assistência pautado no aumento da produtividade, melhoria da qualidade de vida e possibilidade de controle estatal.

Ademais, suas diretrizes entravam em concordância com as postulações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Inspirado também nas propostas do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), de criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), suas diretrizes estabeleciam-se com base na descentralização executiva e financeira, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como fortalecimento da intervenção do estado.

Especialmente em relação à assistência psiquiátrica, estas transformações colocavam o hospital como elemento secundário e o ambulatório como elemento central no atendimento de saúde mental, o que significava desvincular, de certo modo, a atenção que antes era unicamente destinada ao tratamento na instituição manicomial. Como parte do plano CONASP criava-se o projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS). Para a área da saúde mental, esse projeto apresentava-se como uma estratégia a ser inserida na Atenção Primária à Saúde. Assim,

para a organização de serviços de saúde implantou-se uma Atenção Primária à Saúde um tanto modernizada, pois trabalhava-se a assistência não dicotomizada da prevenção, propunha um esboço de controle social e a descentralização da gestão (CAMPOS, 2000, p. 55).

As expectativas eram reduzir as internações e, ao mesmo tempo, ‘aliviar’ o quadro desordenado da situação da assistência psiquiátrica no Brasil. Para a trajetória do movimento de reforma psiquiátrica é importante observar que a partir de 1985, há um aumento expressivo de membros do movimento dos trabalhadores em saúde mental nos programas estaduais e municipais da saúde mental. Essa era uma das táticas do movimento, a fim de ocupar espaços tidos como conservadores e permitir uma “ação política de transformação da psiquiatria como prática social” (AMARANTE, 1995, p. 69).

O trabalho destes sujeitos, tendo em vista o lugar ocupado, propiciou que ao longo do tempo o movimento organizasse propostas, formulasse ideias, de tal modo que momento depois se decide pela organização do I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental. O visível esforço representava uma estratégia para se articular os vários dirigentes, no intuito de que se pudesse tanto discutir, como rever suas práticas, quanto criar mecanismos e condições de auto-esforço e cooperação mútua.

Ao longo da metade da década de oitenta ocorrem ainda o I Encontro Estadual de Saúde Mental (RJ) e a I Conferência Estadual de Saúde Mental (RJ). Destes debates, buscava-se o aperfeiçoamento das ações integradas de saúde mental em um único sistema de saúde. Necessariamente, prezava-se o fortalecimento dos mecanismos de integração, participação comunitária, descentralização, propostas que visavam atendimento eficiente, democrático. É importante frisarmos que, nesse momento, a participação de entidade de usuários e familiares ainda se fazia pequena e distanciada.

Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que deu significativa importância para a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, se consolidaram os princípios da reforma sanitária brasileira. O momento marcou o processo da descentralização no campo da saúde, sendo criado no ano de 1987 o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), juntamente com a Comissão Nacional de Reforma Sanitária e a Plenária Nacional de Saúde, sendo este o período de reorganização dos sistemas de saúde no Brasil. Destaque se dá para a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, pois esta surge como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e no que concerne o campo da saúde mental, o dado momento representou o início do fim da trajetória sanitarista.

Com efeito, esse processo significou o início da trajetória de desinstitucionalização/desconstrução, ou seja, desinstitucionalizar/ desconstruir/ construir uma nova maneira de lidar com a loucura, possibilitando assim ir além dos modelos estabelecidos pela instituição médica, movendo-se, portanto, em direção às pessoas, às comunidades (AMARANTE, 1994).

O autor acrescenta que outro aspecto fundamental da I Conferência é que nela, o movimento dos trabalhadores em saúde mental decide organizar outra reunião com o intuito de rever suas estratégias, repensar seus princípios, bem como estabelecer novas alianças. Assim é que o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental ocorrido em Bauru (SP), no mesmo ano, passa a ser o mais expressivo momento da trajetória do movimento de reforma psiquiátrica.

Com o II Congresso é que a reforma psiquiátrica sai do âmbito restrito dos técnicos de saúde mental e passa a incorporar mais diretamente outros atores da sociedade civil, o que impulsiona o surgimento de novas estratégias de ação pensadas a partir de outras dimensões como, por exemplo, social e cultural. Importante frisarmos, que este evento tem fundamental importância para o movimento da reforma, porque é nele que se destaca a logomarca do movimento, o lema *Por uma sociedade sem manicômios* (BRASIL, 2005), passo que influenciou diretamente no surgimento de novas modalidades de atenção, representando este a alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional.

É importante sinalizarmos, ainda, que fica estabelecido nessa conferência o dia Nacional da Luta Antimanicomial, o que possibilitou popularizar a discussão e a urgência da reforma (BRASIL, 2004). De acordo com Yasui (2006, p. 40), o “Manifesto de Bauru, aprovado na plenária e distribuído no dia da passeata, marcou o nascimento de um novo movimento: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”.

No plano de gestão dos sistemas de saúde, nos acrescenta Yasui (2006, p. 35), que “não é possível pensar a estratégia implementada pela Reforma Psiquiátrica desarticulada do movimento da Reforma Sanitária”. Assim sendo, os avanços proporcionados pela criação e consolidação do SUS, consagrados a partir da Constituição de 1988, foram as bases que fortaleceram a construção de políticas de ação voltadas à reorganização do campo da saúde mental.

A reforma psiquiátrica inicia seu processo de institucionalização consolidando-se tanto nos campos cultural quanto jurídico-político. Já no ano de 1987 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) em São Paulo, que vai representar um primeiro passo estratégico de prestar à população assistência à saúde mental fora dos estabelecimentos manicomiais.

Ainda assim, para Amarante (1995), a implantação de um sistema psiquiátrico inédito e de fato substitutivo ao modelo hospitalocêntrico vem a surgir com os Núcleos de Atenção Psicossocial, que se concretizam após a intervenção da Secretaria de Saúde do município de

Santos em um hospital privado, no qual se constatavam inúmeros casos de violência, maus-tratos e morte<sup>3</sup>.

O surgimento destes dispositivos representou a principal estratégia no andamento da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004), marcando assim o início do processo de intervenção ao modelo hospitalocêntrico. É um processo que segue demonstrando a possibilidade da construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao modelo asilar, ultrapassado, que cronifica, exclui e estigmatiza. Considerando estas transformações, “passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para o país” (AMARANTE, 1995, p. 94).

Nos campos legislativo e normativo é com a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) (BRASIL, 2005), que os princípios preconizados pela reforma psiquiátrica começam a ser melhor apontados. O Projeto de Lei 3.657/89 tinha como foco o desmonte da estrutura manicomial e sua substituição por uma proposta de atenção territorial em saúde mental, possibilitando regulamentar os direitos do ‘doente’ mental em relação ao tratamento.

Este projeto obteve grande repercussão, tanto que inspirados e estimulados por ele, diversos outros estados passaram a elaborar e aprovar projetos de leis com o mesmo propósito, gerando assim políticas de nível estadual. As regiões do sudeste do Brasil foram as mais comprometidas com tais elaborações. No decorrer da década de noventa, “a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos” (BRASIL, 2005).

Em diversas regiões do país, passa a ser incentivada a criação das unidades assistenciais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPs)<sup>4</sup>, residências para egressos de hospitais psiquiátricos, associações, dentre outras estratégias que estimulassem à redução das internações em hospitais psiquiátricos. Já com a existência de um projeto de lei federal, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde lança diversas portarias, dentre elas cabe mencionar a Portaria n.º 224/92

---

<sup>3</sup> No ano de 1989, após inúmeras queixas da população moradora nos arredores da Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado que funcionava no município de Santos, a prefeitura inicia uma vistoria dentro deste estabelecimento no qual são verificadas diversas negligências, precariedade no corpo técnico e profissional, além da superlotação. A partir disto, dá-se impulso a uma série de medidas interventivas, sendo que a principal proposta era desativar efetivamente o hospício. No mesmo ano, é decretado o fechamento do asilo, ação que teve repercussão nacional e internacional, justamente pela ousadia dos profissionais em interditar o manicômio e se empenharem intensivamente em oferecer atendimento aos egressos de forma humanizada, substituindo a internação e o internamento, por medidas alternativas. Neste contexto, são criados os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPs), que se destacaram como a primeira demonstração da possibilidade de por fim ao sistema manicomial.

<sup>4</sup> Os CAPs /NAPs são definidos como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com um serviço de saúde aberto e comunitário e cuja população atendida é definida pelo nível local. Os atendimentos distribuem-se entre cuidados intermediários, regime ambulatorial e a internação hospitalar (BRASIL, 2004; 2005).

que, estabeleceu as diretrizes e normas para a assistência em saúde mental no Brasil (YASUI, 2006).

Outro momento que também vem a demarcar a tendência na superação do modelo de assistência psiquiátrica tradicional aparece com a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina e Caribe no ano de 1990, também conhecida como Declaração de Caracas. Desta vem a surgir o documento que firma o compromisso entre os países, em se responsabilizar na elaboração de modelos alternativos que prezassem a dignidade pessoal, direitos humanos e civis, bem como a participação de usuários e familiares no planejamento e na implantação dos programas de saúde mental (BRASIL, 2005).

Outro passo, igualmente significativo para a reforma psiquiátrica, acontece com a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, justamente porque nela passam a ser “reafirmados e renovados os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial” (AMARANTE, 1995, p. 84). No seu relatório são apontados três eixos deliberativos: atenção em saúde mental, transformação e cumprimento de leis e o direito à atenção e à cidadania.

A conferência procurou atentar a questões conceituais, como por exemplo, as formas de abordagem entre o processo saúde-doença, evidenciando a necessidade de se “vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades” (BRASIL, 2000). Buscou também organizar estratégias que reforçassem a construção de ações em saúde mental, a partir de uma atenção integral, que contemplasse a cultura e a interdisciplinaridade.

Neste contexto, o compromisso firmado tanto pela Declaração de Caracas quanto nas Conferências Nacionais de Saúde Mental possibilitou à reforma psiquiátrica constituir-se enquanto política pública de saúde. Apenas no ano de 2001 é sancionada a Lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

A promulgação da lei 10.216/01, mesmo tardia, mostrou-se como uma conquista e um grande passo em direção às mudanças outrora propostas pelo movimento de luta por uma sociedade sem manicômios. Considerando tal conquista, a lei 10.216 vai estabelecer uma nova lógica assistencial em se que preze o tratamento humanizado e a inclusão social.

Deste modo, os hospitais psiquiátricos brasileiros são orientados a redirecionarem sua atenção para os novos dispositivos substitutivos que incluirão os CAPs/NAPs, Residências Terapêuticas, Centros de Convivências, Hospitais Dia, Ambulatórios, Moradias Assistidas, “com inclusão das ações em saúde mental na atenção básica à saúde, inclusive para

dependentes químicos como os usuários de álcool e de outras drogas” (LOPES NETO *et al*, 2003, p. 24).

Ao se formar um conjunto de serviços abertos e comunitários, gera-se uma nova lógica de assistência, reforçada na construção de uma rede que possibilite a garantia de cuidados necessários a serem oferecidos àqueles que utilizam diretamente ou não os serviços em saúde mental. Prezando-se, ainda, a segurança, a liberdade dentro do convívio familiar e social tanto quanto possível.

### **1.3 Da proposta à ação: as mudanças na cidade de Manaus**

As discussões, os movimentos sociais, as mobilizações em torno da reforma psiquiátrica no Estado do Amazonas dão seus primeiros passos por volta do final da década de setenta e o início da década de oitenta.

Esse processo é marcado por um tímido movimento de transformação asilar (MINEIRO, 2010) e surge necessariamente com um grupo de trabalhadores em saúde mental, que coordenados pelo psiquiatra Silvério Tundis, trazem à tona a existência da corrupção administrativa, das condições desumanas de tratamento e das violências que ocorriam dentro do então Hospital Eduardo Ribeiro (CASADO, 2011).

Não obstante, sinalizamos o final da década de setenta, necessariamente, porque temos como referência o professor Manoel Dias Galvão, se destacando como um dos críticos mais combativos na luta antimanicomial no Amazonas. Sua luta ia fundamentalmente de encontro às práticas utilizadas no interior do único hospício da cidade, engajando-se duramente, por exemplo, contra o uso do eletrochoque.

A prática do internamento psiquiátrico na cidade de Manaus ocorre oficialmente a partir do final do século XIX, com a criação do Asilo dos Alienados no ano de 1894 (GALVÃO, 1997/1998), e acompanha o processo de sanitização e higienização do espaço urbano, respectivamente com a construção da cidade de Manaus no plano urbanístico (DIAS, 2007).

Embora a fundação do asilo aparente certa preocupação do Estado em relação à atenção, ao tratamento destinado àqueles com transtornos mentais, o que nos destaca Galvão (2003) é que o hospício era reconhecido muito mais como um ‘depósito’ desumano de loucos, do que um espaço de produção de algum tipo de prática médica.

Até a metade do século XX o hospício chega a ser transferido para diferentes pontos da cidade, sendo estas transferências sempre distantes das áreas mais populosas (LOPES, 2011). Ao mesmo tempo, não cessavam as denúncias sobre as condições degradantes em que se encontravam os que ali estavam internados.

Nascimento (1998 *apud* GALVÃO, 2003) nos levanta uma questão interessante acerca deste período, necessariamente no que diz respeito à organização clínica do hospício, pois à sua frente encontrava-se a cargo apenas um clínico geral, contando os demais com enfermeiros, cozinheiros e irmãs de caridades. Tal realidade seguiu até o final da década de cinquenta, sendo que no ano de 1976 é vista uma expressiva alteração tanto no quadro organizacional quanto estrutural deste espaço.

Antes mesmo de ser classificado como hospital, o hospício público da cidade recebeu outras nomeclaturas, tais como Asilo dos Alienados, quando foi construído no governo de Eduardo Ribeiro, passando a funcionar em um prédio às margens do Rio Negro; logo depois Colônia de Alienados Eduardo Ribeiro quando foi transferido para o Asilo de Mendicidade de Flores por volta de 1920; Hospício Eduardo Ribeiro ainda quando funcionava no asilo de mendicidade, até ser denominado como Hospital Colônia Eduardo Ribeiro a partir de 1940, conforme destacado nos relatórios anuais apresentados pela Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM)<sup>5</sup>.

A partir da década de oitenta, o hospital psiquiátrico passa a ser referenciado como Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e neste mesmo período, é que aparecem as primeiras manifestações na “luta contra a violência psiquiátrica que ali se praticava em desrespeito aos direitos da cidadania da população de baixa renda hospitalizada” (CASADO, 2011, p. 21). Nesse contexto, as mobilizações em defesa da cidadania dos pacientes internados partiram fundamentalmente dos trabalhadores em saúde mental e seguiram mediadas pela opinião pública.

As primeiras medidas interventivas partem sob coordenação do psiquiatra Silvério Tundis e são levadas a cabo sob orientação do psiquiatra Rogelio Casado. Este último é quem organiza uma nova modalidade de tratamento que vai passar a interferir diretamente no cotidiano do hospital psiquiátrico público, fazendo com que uma nova realidade se desenvolvesse naquele espaço, alterando as relações entre funcionários e pacientes, e, principalmente, contribuindo na restituição da identidade daqueles sujeitos que se encontravam em regime de internação.

---

<sup>5</sup> Relatório das Atividades da Secretaria de Saúde nos exercícios de 1967 a 1969. Secretário de Saúde Dr. José Leite Saraiva – Imprensa Oficial de Manaus/AM.

Deste modo, surgia o *grupo de agricultura (GA)*, formado com pacientes com mais de 20 anos de institucionalização. Baseava-se na terapia ocupacional, sendo, sobretudo desenvolvida de modo produtivo e remunerada (CASADO, 2011). Tal iniciativa se estendeu por todos os anos oitenta e mesmo que produzida e mantida dentro ‘das velhas estruturas manicomiais’, não deixava de representar um passo importante no que diz respeito à reforma psiquiátrica no Amazonas.

Neste contexto de mudanças, houve ainda sob coordenação do psiquiatra Silvério Tundis, quando o mesmo passou a assumir o Programa Estadual de Saúde Mental, a criação de um espaço ambulatorial e, posteriormente, outro de pronto-atendimentos para crises psiquiátricas. Ambos, construídos dentro da área do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, surgiam como o objetivo de dar continuidade aos atendimentos extra-hospitalares, dando sentido à atuação do serviço de saúde mental de uma forma descentralizada, uma vez que antes vigorava o modelo unicamente hospitalocêntrico.

Com o intuito de estimular o processo de desinstitucionalização, visto que as experiências de produção agrícola no interior do asilo mostraram resultados exitosos, por volta do final da década de oitenta, o psiquiatra Rogelio Casado propõe a criação de um conselho administrativo, a fim de discutir com os representantes dos órgãos de saúde, medidas que levassem de fato à criação de modelos antimanicomiais no estado. No entanto, o conselho teve curta duração e logo acabou sendo desarticulado.

Ainda ao final deste período, o mesmo psiquiatra realiza uma greve de fome na tentativa de impedir que o cenário de corrupção e da velha ordem asilar pudessem novamente tomar conta da realidade local. Sua ação resultou especificamente em uma reforma física no modelo estrutural do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. E, quanto à realização do trabalho agrícola desenvolvido em sua gestão, este acaba desaparecendo devido à troca da direção clínica do hospital.

Ao longo da década de noventa, observa-se que houve certa despreocupação dos nossos governantes em relação ao campo da saúde mental. A luta pela reforma acabou por fragilizar-se. As conquistas acabaram por limitar-se ao espaço do asilo, sendo o mais salutar, o trabalho contra a hospitalização realizado dentro do pronto-atendimento psiquiátrico. Conforme Casado (2011), constata-se neste momento um declínio e retrocesso das ações em saúde mental, ausência de resistência ao desmonte das propostas da reforma psiquiátrica, desmobilização da opinião pública e o desencanto no campo da saúde mental.

Para tanto, acompanhando as mudanças no cenário nacional, em 2000 surge o Fórum de Luta Antimanicomial do Amazonas, que se torna o espaço de debate dos trabalhadores em

saúde mental e, aos poucos, os familiares e usuários passam a fazer parte do fórum, o que passa a enriquecer a discussão e organização do movimento pela reforma psiquiátrica no estado.

Neste mesmo ano acontece o I Seminário sobre Saúde Mental e o SUS no Amazonas, no qual se discutia

a possibilidade de reordenação institucional não autoritária da rede de serviços públicos em saúde mental mediante a realização de um diagnóstico para avaliação de dois principais pontos: a qualidade dos serviços e a satisfação dos usuários (CASADO, 2011, p.133).

Ao certo, o resultado mais positivo deste evento é que nele fica registrada a proposta da criação de uma política de saúde mental para o Amazonas. No mesmo ano é criado o Centro Amazonense de Estudos Pró-Extinção dos Hospícios “Humberto Mendonça” (CEPRÓ). O centro tinha como objetivo analisar a questão da institucionalização da loucura, da história da reforma psiquiátrica no Amazonas, bem como procurar evidenciar os impasses e avanços no processo de desinstitucionalização da loucura (CASADO, 2011).

Por iniciativa do centro de estudos acontece a I Semana Amazonense “por uma sociedade sem manicômios” em outubro de 2000. Este evento obteve um ganho importante, pois resultou numa campanha por emenda popular para um Projeto de Lei visando a criação de Serviços Substitutivos ao Hospício (CASADO, 2011), bem como, marcou também a criação do Fórum Sociedade Civil e Saúde Mental do Estado do Amazonas “Silvério Tundis”.

As associações, as organizações de luta antimanicomial se esforçavam em mobilizar a sociedade em relação à questão do transtorno mental e faziam isso por meio dos abraços simbólicos, paradas do orgulho louco, manifestações públicas. Em meio a este processo, podemos mencionar a criação do Programa Encontro – atividade de extensão da Universidade Federal do Amazonas iniciado em 2002, no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (MUNIZ *apud* MINEIRO, 2010).

O ano de 2002 também tem como referência a passagem pela Assembleia Legislativa do Amazonas do projeto de lei de reforma psiquiátrica, o que marcaria a garantia e o compromisso do poder público no processo de mudanças quanto à assistência em saúde mental no Amazonas. Em 2003, como parte do programa desenvolvido pelo dia de luta antimanicomial e sob coordenação do Programa de Saúde Mental do Estado do Amazonas, houve intensa mobilização em frente à Assembleia Legislativa, a fim de “despertar a atenção

da comunidade para a questão da reforma psiquiátrica, mobilizando os deputados para a aprovação do projeto de lei estadual de reforma psiquiátrica” (MUNIZ *et al*, 2004, p. 5).

Temos ainda que mencionar o surgimento das organizações locais comprometidas com a defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, como no caso da Associação Chico Inácio criada em 2004, que é filiada à Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, entendendo que não apenas é preciso condenar o manicômio, mas criar condições possíveis de reabilitação distante dele. Assim surge a associação perspectivando trabalhar a reabilitação fora do cenário hospitalar.

Posteriormente, em 2005, é fundado o Instituto Silvério de Almeida Tundis, associação sem fins lucrativos, de utilidade pública municipal e estadual, que surge para dar suporte administrativo-financeiro ao Programa Encontro no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (MINEIRO, 2010). Ambos são importantes suportes pela forma como atuam em direção à valorização da cidadania dos sujeitos com transtornos mentais, a partir de seus projetos e programas desenvolvidos.

No ano seguinte surge o primeiro dispositivo substitutivo em Manaus: o Centro de Atenção Psicossocial – CAPs Dr. Silvério Tundis, tipo III, localizado no bairro Santa Etelvina, zona norte. É o dispositivo de maior complexidade em toda a rede de atenção à saúde mental na cidade. Este modelo é direcionado aos municípios com população acima de 200.000 habitantes, sendo necessário que seu funcionamento ocorra por 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar que, anterior ao surgimento deste serviço de saúde em Manaus, outro município do Estado do Amazonas já havia inaugurado um CAPs, do tipo II, como é o caso de Parintins que em 2005 passava a abrigar o primeiro centro de referência em Saúde Mental no estado do Amazonas, funcionando este em um anexo do Hospital Geral Jofre Cohen, principal unidade de saúde do município (LOPES NETO *et al*, 2003).

Ainda assim, conforme Colombarolli *et al* (2010, p. 25),

a inauguração do Caps Silvério Tundis, em 2006, pelo governador Eduardo Braga, o primeiro Caps III do Estado, na cidade de Manaus, foi resultado da necessidade política que envolve a execução da reforma psiquiátrica, até então sem vigência no Estado, uma vez que esses centros constituem a unidade estratégica de aplicação da reforma.

Diante de um cenário conservador, ao se introduzir uma nova modalidade de atendimento, deslocava-se a atenção centrada ao único modelo de referência em tratamento na cidade. Respectivamente, no ano de 2007 é sancionada a lei 3.177, em nível estadual, que dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de sofrimento psíquico (BRASIL, 2007). O passo foi fundamental para se trabalhar o processo da construção das redes de apoio assistencial destinadas aos sujeitos com transtornos mentais.

Instituída a Lei de saúde mental para o Estado, firma-se o compromisso da criação dos dispositivos antimanicomiais, apontando para formulação de uma rede de atenção diária tanto aos familiares e usuários, bem como frisando a competência dos gestores públicos em relação ao controle e organização dos setores públicos de tratamento.

No ano de 2010 surge no bairro da Cachoeirinha, zona sul da cidade de Manaus, o segundo Centro de Atenção Psicossocial, tipo II, que faz parte da modalidade CAPs tipo I e II, direcionado para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2004). É o primeiro da gestão municipal implantado na capital do Amazonas.

Com base nas pesquisas desenvolvidas recentemente, em torno da implantação destes dispositivos, verificam-se variáveis críticas que destacam o funcionamento destes permeado de contradições. Porém, ao mesmo tempo, não se deixa de colocar a importância destes como avanços expressivos no que diz respeito às perspectivas da reforma.

Como destacam Lopes Neto *et al* (2003, p. 35), em suas análises,

a organização dos serviços de saúde mental do Amazonas apesar de apresentar fragilidades: escassez de recursos financeiros, materiais e humanos; apresenta potencialidades decorrentes da interação social equipe de saúde-indivíduo-grupo-comunidade, o que repercute significativamente na execução das atividades terapêuticas, colocando-as em congruência com as diretrizes da política de saúde mental estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Atualmente, no início de 2012, a Prefeitura de Manaus colocou em funcionamento no bairro São José, zona leste da cidade, mais um CAPs, correspondente ao tipo I, que oferece atendimento exclusivo para crianças e adolescentes. Destaca-se inédito em relação ao público

infanto-juvenil, pois até o presente momento a cidade não disponibilizava nenhum espaço dedicado a esta especialidade, que é a prestação de serviço de atenção diária destinada ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente (BRASIL, 2004).

Necessariamente, os nossos serviços de saúde mental, bem como as demais estratégias que procuram articular as perspectivas da reforma, tais como as associações, Organizações Não Governamentais (ONG's), grupos de apoio, embora poucos, limitados, por vezes desconhecidos, não deixam de refletir a articulação entre os equipamentos sociais, culturais e de saúde (CASADO, 2011), o que influencia e possibilita o acolhimento e a inclusão social daqueles que dele se servem.

Todavia, é importante frisarmos que o campo da saúde mental em Manaus ainda vem se desenvolvendo sob o signo da precariedade, seja na estrutura destes serviços ou na sua própria organização. Pesquisas desenvolvidas em nossa região apontam que a falta de investimento na capacitação dos trabalhadores em saúde mental é um dos fatores que mais contribui para obstaculizar a efetivação dos serviços oferecidos, ficando em segundo lugar uma excessiva falta de vontade política por um lado desta mesma parcela que atua neste campo.

Neste sentido, a assistência psiquiátrica prestada a nossa população mostra-se de certo modo fragmentada, o que nos permite inferir que mesmo que haja na cidade a implantação de alguns poucos dispositivos em substituição ao modelo manicomial, isto pode ser considerado apenas como uma maneira de não nos colocarmos tão desatualizados em relação ao contexto nacional, tendo em vista que se deixa de oferecer condições necessárias para que estes venham a responder às demandas existentes.

Em entrevista recente, divulgada no jornal on line A Crítica (2012), o gestor do CAPs Silvério Tundis nos destaca que Manaus não está preparada para atender toda a demanda de pacientes com transtornos mentais. Conforme o gestor, o único CAPs de alta complexidade que deveria funcionar 24 horas, diariamente, também nos feriados e fim de semana, tem seus serviços disponibilizados apenas no horário das 8h às 17h de segunda a sexta-feira, sendo que o atendimento ocorre ainda de forma precária, visto o baixo número de profissionais e a própria estrutura que se mostra insatisfatória à dada população.

Essa divulgação mesmo que nos permita considerar que há a preocupação do Estado em atender a população que necessita de serviços de assistência psiquiátrica, visto a maneira de como aos poucos vão sendo criados pelo menos um tipo de serviço substitutivo, conforme

preconizada na lei de reforma psiquiátrica, do mesmo modo, nos permite reiterar o largo descompromisso daqueles envolvidos no processo de implantação da reforma.

Cabe também observarmos que, se a reforma psiquiátrica é um processo ativo em nosso município, citando mais um exemplo, como quando lançado recentemente pela política estadual de saúde mental a descentralização nos serviços de atendimento em saúde mental, é importante não deixarmos de notar que, mesmo com todo este investimento, a perspectiva antimanicomial ainda é absorvida muito timidamente.

Relembrando que a perspectiva antimanicomial vai além do redirecionamento da assistência em saúde mental, estando, sobretudo baseada na construção e manutenção da rede de apoio dos que vivenciam, dos envolvidos e da própria sociedade em relação ao modo de lidar com os transtornos mentais, é com clareza que observamos que nossas investidas demonstram uma tímida, senão mínima ousadia, pois salvo no caso dos esforços realizados pelos poucos projetos e associações que aqui se desenvolvem, é apenas com esta pouca parcela, porém significativa, que se vê demonstrada a construção de uma rede de luta pela inclusão dos sujeitos com transtornos mentais de nossa cidade.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDER, Franz G; SELESNICK, Sheldon T. História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo: Ibrasa. 1980

AMARANTE. Paulo Duarte de Carvalho. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994

\_\_\_\_\_. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930). São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999

BAPTISTA, Ana de Pina. A integração do portador de transtorno mental na família. 2011. 86f. Monografia (Licenciatura em Serviço Social) – Universidade Jean Piaget de Cabo Verde. Cidade da Praia, Cabo Verde

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/Ministério da Saúde, Secretaria – Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Ministério da Saúde. Relatório Final: seminário nacional para a reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília: Ministério da Justiça/Ministério da Saúde, 2001

\_\_\_\_\_. Decreto n. 1132, de 22 de dezembro de 1903. Dispõe sobre a reorganização da assistência aos alienados

\_\_\_\_\_. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. pg. 28. Seção 1. Diário Oficial da União (DOU). 06 ago 1998. Disponível em:<<http://www.jusbrasil.com.br>>. Acesso em: 16 dez 2012

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Requerimento de indicação ao Ministro da Justiça para que sejam tomadas providências no sentido de averiguar a situação do hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília, 2007

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da saúde, 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2012

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção a Saúde (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado á Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005a

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.com/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.com/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em 08 mar. 2012

\_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Diário Oficial da União: Brasília, 1996  
BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. História e legislação do SUS e saúde da família: problematizando a realidade da saúde pública. Rio de Janeiro: Editora Agbook, 2011

BRITTO, Alfredo. Alienados delinquentes na Bahia. Gazeta Médica da Bahia, v.48, p.229-47, 1916-1917

BRUSCATO, Wilze Laura. et al. O trabalho em equipe multiprofissional em saúde. A prática da psicologia hospitalar na santa casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 33-41

CAMPOS, Florianita Coelho Braga. Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos, 2000 (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas

CARRARA, Sérgio. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; São Paulo: Ed. USP, 1998

CARRILHO, Heitor Pereira. As personalidades psicóticas em face da legislação penal brasileira. In: Neurobiologia, XVI, nº3, set, 1951

CASADO, Rogelio. Cidade e loucura: espacialização da “doença mental” e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica na cidade de Manaus. 2011. 222f. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus

\_\_\_\_\_. PFDC institui comissão para estudar situação de presos com transtornos mentais. Manaus, 2010. Disponível em:<<http://rogeliocasado.blogspot.com.br>>. Acesso em: 18 dez 2012

\_\_\_\_\_. Comparado ao HCTP-ES o HCTP do Amazonas é um jardim-de-infância. Manaus, 2008. Disponível em:<<http://rogeliocasado.blogspot.com.br>>. Acesso em: 18 dez 2012

CASTEL, Robert. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978

CATALDO NETO, Alfredo, (Org.). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2003

CERQUEIRA, Ludmila Correia. *Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito*. 2007. 170f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba

COHEN, Claudio; SEGRE, Marcos; FERRAZ, Flávio. *Saúde mental, crime e justiça*. (Orgs.) 2. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006

COLOMBAROLLI, Maíra Stivaleti, et al. *Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus*. *Revista Psicologia - Teoria e Prática, LOCAL*, v. 12, n. 3, p. 22-33, 2010. Disponível em: <<http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/index>>. Acesso em: out. 2011

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. *Limites da reforma psiquiátrica*. Ano 2, nº 10, 2006

COSTA, Jurandir Freire: *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Garamond, 1980

CRISPIM, M. A. *A atitude do familiar frente ao doente mental e intenção de permanecer com este em casa, após alta hospitalar: uma aplicação da teoria de Fishbein e Ajzen*, Brasília, Instituto de Psicologia da Unb, 1992

D24AM. *Preso é encontrado enforcado na Cadeia Pública Raimundo Vidal Pessoa*. Manaus, 12 maio 2012. Disponível em: <<http://www.d24am.com>>. Acesso em: 26 dez 2012

DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011* [recurso eletrônico]. – Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013

DELGADO, Pedro Gabriel. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992

DE LOAN, George. *A comunidade terapêutica: teoria - modelo e método*. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2009

DIAS. Edineia Mascarenhas. *A ilusão do Fausto*. 2. ed. Manaus: Valer, 2007

FERREIRA, Carlos Lélío Lauria; VALOIS, Luís Carlos. *Sistema Penitenciário do Amazonas: história – evolução – contexto atual*. 1 ed. Curitiba: Juruá, 2009

FOUCAULT. Michel. *História da Loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2004

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. 22. Ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

FRAYZE- PEREIRA, João. *O que é loucura*. São Paulo: Brasiliense, 1994

GALVÃO, Manoel, et al. Revista da Universidade do Amazonas. Manoel, Jan./dez. 1997/1998

GALVÃO, Manoel Dias. A história da medicina em Manaus. Manaus: Valer, 2003

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista latino-americana Enfermagem, março 2001. p. 48-55. Disponível em:<[www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)>. Acesso em: 10 jan. 2013

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS. Relatório das atividades da Secretaria da Saúde nos exercícios de 1967 a 1969. Imprensa Oficial Manaus. 1967 – 1969

\_\_\_\_\_. Relatório das atividades da Secretaria da Saúde nos exercícios de 1971, 1974. Imprensa Oficial Manaus. 1971, 1974

LOPES NETO, Daniel, et al. Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147

LOPES, Randiza Santis. Os infames: um estudo sobre os loucos de rua da cidade de Manaus. Projeto de Iniciação Científica – PIBIC. Amazonas. UFAM, 2011

LYNCH, K. A Imagem da cidade. São Paulo: Martins Fontes, 1960

MARCHEWKA, Tania Maria Nava. A reforma psiquiátrica como justiça social: a atuação do Ministério Público na garantia do direito à saúde mental. 2003. 108f. Monografia (Especialização) – Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2003

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2002

MELMAN, Jonas. Família e doença mental: Representando a relação entre profissionais de saúde mental e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2003

MINEIRO. Marluce Pereira. Reformas psiquiátricas em Manaus: A perspectiva dos usuários e familiares atendidos no CAPS Sul de Manaus. Trabalho de conclusão de cursos (Especialização em História da Saúde na Amazônia). Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Leônidas e Maria Deane. Amazonas: Fiocruz, 2010

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Brasília: Distrito Federal, 2011

MOSSIN, Heráclito Antônio. Comentários ao código do processo penal: a luz da doutrina e da jurisprudência. Barueri, SP: Manole, 2005

MUNIZ, Ermelinda do Nascimento Salem, et al. Mudanças na atenção a saúde Mental no Amazonas: Projetos para subsidiar a Implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos. In 2 Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 10, Belo Horizonte, 2004

\_\_\_\_\_. Programa de Encontro: Compartilhando novas Possibilidades em saúde mental no Amazonas, 2006

NASCIMENTO. Ivan Viana do. Historia do internamento psiquiátrico na cidade de Manaus (1890 a 1930). Projeto de Iniciação Científica – PIBIC, 1998. Disponível em:<[http://sites.uol.com.br/internamento psiquiátrico](http://sites.uol.com.br/internamento_psiquiátrico)>. Acesso em: 05 maio 2010

O ESTADÃO DE S. PAULO. Incêndio mata quatro detentos em Manaus. Cidades Geral. 20 abril 2002. Disponível em:<<http://www.dgabc.com.br>>. Acesso em: 15 dez 2012

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovan. O território no programa de saúde da família. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. São Paulo, v. 2, p. 47-55, jun. 2006. Disponível em: <[www.hygeia.ig.ufu.br](http://www.hygeia.ig.ufu.br)>. Acesso em: 20 dez 2012

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil, 1999 In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão, org. Saúde mental e serviço social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. Pt3: serviço social e a intervenção na família em saúde mental. Cap.1. p.217-262.

PESSOTI. Isaías. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 2001

PIMENTA, E. S.; ROMAGNOLI, R. C. A. Relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, v.3, n.1, 2008

PORTAL AMAZÔNIA. Fuga de preso revela desvio de finalidade do Hospital de Custódia. 08 maio 2008. Disponível em:<<http://portalamazonia.globo.com>>. Acesso em: 15 dez 2012

PREFEITURA DE MANAUS. Notícias da Prefeitura de Manaus. Educação ambiental. 21 set 2010. Disponível em:<noticias-da-prefeitura-de-manau>. Acesso em: 20 dez 2012

ROCHA, Fernando A. N. Galvão da. Direito Penal: Curso Completo. Parte Geral. 2 ed. Versão atual. e ampl. Belo Horizonte: Del Rey, 2007

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003

\_\_\_\_\_. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 11, nº 18, p. 205-218. 2005

SCLIAR, Moacyr. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1)29-41, História do Conceito de Saúde, 2007

SEJUS. Sistema Prisional. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Secretaria do Estado de Justiça. Disponível em:<<http://www.sejus.am.gov.br/programas>>. Acesso em: 01 dez 2011

\_\_\_\_\_. Obras de ex-interno fazem parte de exposição na Casa das Artes. 22 out 2012. Disponível em: <<http://www.sejus.am.gov.br>>. Acesso em: 27 jan 2013

SEVERIANO, Adelson. Programação ambiental tem 14 eventos até o fim de 2012 no AM. Semana Nacional de C&T deve atrair 120 mil pessoas. Há eventos programados até o mês de outubro. 10 set 2012. Disponível em:< <http://m.g1.globo.com>>. Acesso em 17 dez 2012

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira (Org.). A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 1997

SPOLIDORO, Fernando Kladt. Avaliação Da Assistência Hospitalar e Ambulatorial No Centro Psiquiátrico De Referência Do Município De Manaus Em 2008. 2008. 78 f. Dissertação (Mestrado em Patologia Tropical), Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Manaus

VASCONCELOS, Eduard Mourão Vasconcelos. Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não. Belo Horizonte, SEGRAC, 1992

\_\_\_\_\_. Eduardo Mourão. (Org.). Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2003

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro

QUEIROZ, Joana. Presídios são depósitos humanos, diz promotor. A crítica, Manaus, 21 maio 2011. Disponível em:<[www.acritica.uol.com.br](http://www.acritica.uol.com.br)>. Acesso em: 19 dez 2012