

## REFORMA PSIQUIÁTRICA E A BUSCA DOS DIREITOS HUMANOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO SERTÃO CENTRAL CEARENSE

Thiago Costa Alves<sup>1</sup>; Andreza Mônica Batista da Silva<sup>1</sup>; Igor Torres Ferro<sup>1</sup>;  
Milena de Holanda Oliveira Bezerra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discentes do Curso de Psicologia do Centro Universitário Católica de Quixadá.  
E-mail: thiagoalvespsi@gmail.com; andrezamonica.psicologia@gmail.com;  
igortorresferro@gmail.com

<sup>2</sup>Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Católica de Quixadá.  
E-mail: aniceholanda@unicatolicaquixada.edu.br

### RESUMO

O objetivo deste trabalho foi compreender a importância da reforma psiquiátrica no sertão central cearense, de acordo com o relato de experiência de estagiários da cidade de Quixadá, uma vez que esta cidade foi uma das primeiras no Brasil a receber a implantação do dispositivo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), substitutivo ao modelo anterior no tratamento da saúde mental. A história da saúde mental no Brasil foi, e por vezes ainda o é, marcada por transgressões aos direitos humanos, violências, maus tratos, e até mortes. A reforma psiquiátrica brasileira trouxe para os pacientes psiquiátricos mais dignidade no tratamento, buscando olhar e acreditar essas pessoas como capazes de restabelecer e conviver na sociedade. O CAPS surge, então, com esta proposta, de cuidar do “doente” mental com uma forma mais humanizada e (re)inserindo-os no seio familiar e social. Nesta pesquisa buscou-se levantar obras científicas (artigos, teses, dissertações) em fontes de divulgação de ideias (revistas, periódicos, etc.) relacionadas ao tema, sendo obtidas através dos indexadores Google Acadêmico e Scielo, usando as palavras-chave para busca “saúde mental”, “reforma psiquiátrica brasileira”, “reforma psiquiátrica e CAPS”, “humanização na saúde mental”. As literaturas incluídas no estudo foram aquelas de autores relevantes na temática. Como resultados foi visto que o sertão central cearense teve grande importância no processo de reforma no tratamento da saúde mental, sendo nesse local, até hoje, lugar de luta a favor dos direitos humanos de tais pacientes.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Cidadania. Humanização.

### INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, a atribuição da loucura como doença foi um aspecto bastante presente e marcante. Apenas há cerca de 200 anos, a partir do século XVIII, o homem criou uma maneira nova de se perceber, ou seja, uma nova maneira de experienciar a sua condição humana (BEZERRA, 1995). Ora, é fato que a loucura sempre existiu, bem como os lugares de tratamento para doentes mentais: templos, instituições e domicílios. No entanto, a instituição psiquiátrica como conhecemos hoje é uma construção do século XVIII (FOUCAULT, 1978).

Um novo modelo de Reforma Psiquiátrica vem sendo implementado no Brasil desde o final dos anos 70, implicando na desconstrução do modelo hegemônico da época. O novo modelo aponta as inconveniências do modelo clássico, em que tornava o hospital psiquiátrico como único local de tratamento, facilitando a exclusão do doente mental no país (GONÇALVES; SENA, 2001). Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica defendida hoje é consequência de uma maior maturidade teórica e política alcançada com muita luta nas últimas décadas e com maior conscientização da sociedade civil organizada (AMARANTE, 1996).

A partir dos anos 80, no Brasil, o movimento de transformação no sistema de saúde mental passou por mudanças, caracterizando-se pelo surgimento de novos serviços em um contexto político e conceitual emergente. Foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde Mental nos anos de 1987 e 1992, somada à inscrição da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), na Carta Constitucional de 1988, abrindo novos rumos para a saúde pública no Brasil.

A lei 12.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre os direitos e a proteção de pessoas com transtornos mentais, que se configura em o modelo assistencial em saúde mental. Quando a lei foi criada, ela possuía três premissas: a primeira determinava a “extinção dos manicômios”, com a proposta de substituí-los por serviços comunitários. A segunda era justamente a implantação desses serviços comunitários entrelaçados a ações de proteção dos direitos do indivíduo portador de transtorno mental e a promoção de sua reinserção na sociedade. A terceira buscava regulamentar a internação involuntária em hospitais psiquiátricos, Delgado (2011).

Antes dos atuais dispositivos utilizados hoje em dia, no modelo manicomial, o sujeito portador de transtorno mental, o paciente, não possuía seus direitos como um cidadão político, capaz de decidir o que era melhor para ele mesmo, tratado como incapaz de tomar suas próprias decisões e portanto, outros (profissionais da área da saúde) é que o deveriam fazer. Muitas eram as práticas realizadas nos sujeitos com transtornos mentais, “para o seu próprio bem” como era de costume dizer, sempre parecendo ser aquilo o melhor a ser feito por ele, mas nas decisões sobre seu tratamento e a melhor forma de cuidar dele mesmo, este nunca esteve nas reuniões para falar o que ele pensava sobre aquelas decisões, não participando do próprio destino, Delgado (2001).

O modelo manicomial tratava de levar para os manicômios não só aqueles que realmente estavam sofrendo com algum tipo de transtorno. Era levado qualquer indivíduo que fosse socialmente visto com maus olhos e, portanto, deveria ser isolado, excluído. Dentre os doentes mentais, se encontravam alcoólatras, usuários de drogas, prostitutas, moradores de rua, entre outros “indesejáveis”. Com a vinda da lei 12.216 de 2001, a população foi apresentada com diversos dispositivos que se propuseram a ajudar cada um desses indivíduos que agora vistos com novos olhares, não apenas deixariam de ser deixados a margem, como conseguiriam se reinserir na sociedade novamente como alguém capaz de decidir por si mesmo e portador de direitos como qualquer outra pessoa. A portaria 336 de fevereiro de 2002, criou diversos modelos de CAPS, estes sendo o I, II e III, com este último funcionando 24 horas. CAPS AD, no intuito do atendimento a pessoas usuárias de álcool e outras drogas. E também foi instituído o CAPS infanto-juvenil, trazendo a preocupação para crianças e adolescentes, onde antes não havia esta política de cuidado com este público, Delgado (2001).

É interessante notar como o cenário mudou drasticamente com essa nova lei. Antes no modelo manicomial não há registros de tratamentos eficazes, uma vez que eram baseados apenas em medicamentos, muitas vezes dados sem real motivo, isolamento social, práticas de tortura como o eletrochoque com a desculpa de serem práticas terapêuticas (mas que não há registros de melhoras significativas naquela época), má administração de comida e bebida para os paciente entre outros problemas que fariam muitos deles virem a óbito, sendo alguns manicômios Brasileiros, comparados a campos de concentração da época nazista, comparando-se o número de pessoas que morreram ali. Com a nova lei e os novos olhares acerca da saúde mental, podemos notar que juntamente com as inovações terapêuticas e os novos dispositivos, veio também a inserção dos direitos humanos dessas pessoas, antes vistas apenas como doentes sem capacidade de decisões. Hoje eles podem decidir o que é o melhor para eles, entendem que possuem direitos e que existem lugares prontos para acolhe-los da maneira correta, ou seja, humana.

A autonomia evolui não apenas na explicitação de maneiras diferentes de agir, ela abrange o compartilhamento de saberes e a valorização da experiência dos indivíduos portadores de transtornos mentais dentro da sua rede de apoio como uma negociação de saberes. Essas negociações possuem como base as relações de poder, Emerich, et al (2014).

Ou seja, o CAPS devolveu o poder de autonomia dos pacientes. A construção da autonomia é realizada com sujeitos e coletivos ajudando uns aos outros. Esta autonomia aumenta e diminui de acordo com os nossos períodos de vida, podendo atingir maiores e menores graus dependendo do momento que nos encontramos. Quanto maior o grau de poder de agir sobre si mesmo e sobre a realidade em que se vive, aumenta também os ambientes em que se pode estar praticando essa autonomia, contribuindo para que essa autonomia seja permanente, Emerich, et al (2014).

Profissionais da saúde mental de todo o país, articulados com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (adotado no II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em dezembro de 1987), produziram debates construindo novas experiências nas suas intervenções junto à loucura e ao sofrimento psíquico. Dentre as novas experiências, destacam-se a criação do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em março de 1987 em São Paulo e o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) em Santos, São Paulo (AMARANTE, 1996). A esse respeito, o CAPS pode ser definido como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade.

Foi inspirada na reforma psiquiátrica italiana, que na década de 70, no Brasil, inicia-se o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), incentivando a substituição dos hospitais psiquiátricos. Este movimento não se consolidou rápido na busca do novo cenário da construção da atenção psicossocial. O momento primordial da reforma aconteceu com a I Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 1987, com muita influência do movimento da Luta Antimanicomial (FAGUNDES et al., 2016).

A reforma psiquiátrica brasileira avançou, a partir de então, com mudanças significativas no modelo de saúde mental na década de 1990. Através das experiências internacionais de desinstitucionalização, aliada às diretrizes e princípios do SUS, o novo modelo de atenção se estrutura como sendo de base comunitária e territorial, substituindo os hospitais psiquiátricos. Tal modelo se articula através de variados dispositivos assistenciais e não-assistenciais, como por exemplo: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS, de base comunitária e aberta substituindo as internações sempre que possível); leitos psiquiátricos em hospitais gerais, distribuição de medicamentos; além de Centros de Convivência e Cultura; Programas de Moradia Assistida (residências terapêuticas), de Trabalho e Geração de Renda (Cooperativas Sociais e Trabalho Assistido). Assim, todos têm o direito à liberdade, aos serviços e seus direitos (BRASIL, 2007).

Pierro (2012) expõe que, em 1989, “é aprovado o projeto de lei nº 3657 do sociólogo Paulo Delgado, fundador do Partido dos Trabalhadores (PT) [...]. O projeto configura-se como estopim de uma série de leis para a regulação e criação de novos dispositivos para a saúde pública no Brasil”.

Segundo Amarante (1994); Costa-Rosa (2000), “a ideia da atenção psicossocial, que leva em consideração o sujeito pertencente a um grupo familiar e social, assim como objetiva a reinserção social com a consequente recuperação da cidadania, precisa ser alvo de discussão”.

Segundo o Ministério da Saúde, em conceito definido em 2013, “a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade”.

Neste sentido, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013), “os CAPS têm se constituído como dispositivos que buscam tornarem-se substitutivos às internações

psiquiátricas, oferecendo, além da atenção à crise, um espaço de convivência [...], atingindo o território da vida cotidiana dos usuários”.

O artigo tem como objetivo, descrever relatos de experiências decorrentes de estágios obrigatórios que foram realizados no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Quixadá. Análises feitas sobre os atendimentos realizados na unidade desde Janeiro de 2019.

## METODOLOGIA

Os atendimentos no Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá acontecem todos os dias, nos períodos da manhã e tarde. Contando com 5 estagiários do curso de Psicologia e uma psicóloga que atua como preceptora. O CAPS Geral da cidade conta ainda com Coordenadora (01), Enfermeira (01), Acompanhante Terapêutica (01), Assistente Social (01), Arteterapeuta (01), Assistente Administrativo (01), Psiquiatra (02), Recepcionista (02) e Serviços Gerais (01).

O processo terapêutico dos usuários do serviço se dá por meio espontâneo, além do encaminhamento de outros órgãos, visto que temos uma rede interligada de cuidado no que diz respeito a saúde mental da comunidade quixadaense. Atendimentos semanais, com o intuito de promover o bem-estar psicológico do sujeito em sofrimento psíquico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência no CAPS é bastante estimulante. Durante a graduação sempre falamos sobre saúde mental e em nossos estudos imaginamos como seria aplicar a teoria na prática. O estágio no CAPS nos deu a oportunidade de vivenciar esse desejo, buscando aplicar toda a bagagem da graduação durante esse tempo de vivência no dispositivo. Porém falar sobre saúde mental nem sempre significa dizer que tudo estão nos livros, e que qualquer questionamento é só ir lá e lembrar alguma teoria ou tirar alguma dúvida. Não, saúde mental é subjetividade, significa dizer que em cada um existe uma singularidade que nem sempre o que está nos livros vai nos auxiliar a ajudar alguém.

Isso significa dizer que muitas vezes praticar saúde mental é se reinventar, improvisar. Imaginemos que surge um paciente diagnosticado com esquizofrenia, toma remédio há muitos anos e chega ao CAPS aparentemente em surto, o que fazer? Não existe como responder essa pergunta apenas com uma afirmativa, uma vez que a eficácia de qualquer intervenção vai depender de muitas variáveis: o paciente, qual a medicação que ele utiliza, os profissionais que vão atendê-lo, como vão atendê-lo, entre outras variáveis. Os livros nos ensinam o que é a esquizofrenia, sua classificação no DSM, como identificar os sintomas e por vezes nos dão até uma possível solução sobre o que fazer.

Mas a realidade é que nem sempre aquela solução será possível para todos os casos. Utilizamos aqui a esquizofrenia como exemplo, mas a mesma problemática pode ser aplicada em qualquer transtorno psicológico, visto que, como dito anteriormente, cada um reage de maneiras diferentes, mesmo que possuam o mesmo diagnóstico, seja depressão, ansiedade, síndrome do pânico e etc. A experiência no CAPS nos mostra na prática que a singularidade de cada um deve ser levada em consideração, e mesmo que duas pessoas tenham o mesmo diagnóstico, a forma de tratamento pode ser diferente.

Majoritariamente os usuários do CAPS são de baixa a média renda, dificilmente vemos o que chamamos de classe média alta no serviço, isso não quer dizer que não exista, mas são bem poucos. É importante observar esse aspecto pois o poder aquisitivo do paciente também deve ser levado em consideração, visto que teremos que adaptar a terapêutica ao que está no alcance do paciente, como por exemplo a questão medicamentosa (deixamos registrado que psicólogos não podem prescrever medicamentos, sendo esta prática restrita ao profissional

psiquiatra. Sendo utilizada aqui apenas para fins explicativos). Alguns medicamentos são mais caros que outros mesmo tendo as mesmas substâncias, por conta da marca registrada, então, se um paciente necessita daquela substância, adapta-se o medicamento ao poder aquisitivo do mesmo.

Uma singularidade do CAPS muito interessante de ser comentada é o ambiente. É comum estarmos em nossas salas e ouvirmos de repente um violão tocar na sala de espera com uma música bastante alegre e pessoas a cantar. É produzido arte no CAPS, nas paredes observamos pinturas realizadas pelos próprios pacientes, assinados pelos mesmos, deixando um sentimento de bem-estar, além de dever cumprido, observando naquelas pinturas a evolução dos pacientes.

Enfatizamos ainda, que o CAPS é um dispositivo de acolhida para todos que precisam de ajuda, o estágio neste lugar tem se mostrado bastante motivador visto que ali se faz saúde mental de verdade, com o único objetivo de auxiliar da melhor maneira possível as pessoas que precisam. Um lugar humanitário com profissionais muito competentes que nós, estagiários, nos unimos com o mesmo intuito: ajudar. Atualmente o CAPS vem sofrendo com alguns cortes de gastos por parte do governo, às vezes nos faltam recursos, mas o dispositivo continua sobrevivendo mesmo com algumas dificuldades como essa, mostrando mais uma vez como o amor pela saúde mental, a empatia e o desejo de ajudar quem precisa, superar muitas barreiras.

## CONCLUSÕES

Conclui-se então, que a partir das experiências vivenciadas pelos estagiários do CAPS Geral de Quixadá nota-se a importância diária dos atendimentos que são oferecidos a população, visto que a maior busca se dá por conta de questões sociais que afetam os pacientes. A vulnerabilidade social do que diz respeito a alguns pacientes, caracteriza claramente a importância do serviço.

Por meio da percepção dos estagiários, notou-se que apesar de toda a precariedade do serviço e as inúmeras tentativas de sucatear e acabar com o serviço, o mesmo ainda atua na maior parte no que diz respeito a prevenção e cuidado efetivo da saúde mental da cidade de Quixadá.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

\_\_\_\_\_. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BEZERRA, B. Jr. **Saúde mental ou psiquiatria**. Anais do 4º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 3º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 1995; Ribeirão Preto; SP. Ribeirão Preto: EERP-USP; 1995.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar**. In: Amarante, P. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. (pp. 141-194). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

EMERICH, Bruno Ferrari; CAMPOS, Rosana Onocko; PASSOS, Eduardo. **Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-696, Dec. 2014.

FAGUNDES, Jr. et al. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, 2016.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. ed. 3. ARTMED, 2009.

FONTE: BRASIL - ACESSO À INFORMAÇÃO. Portal da Saúde SUS. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente>. Acesso em: 24 jul. 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Editora Atlas, ed. 4. São Paulo, 2002.

GODINHO DELGADO, P.G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001; **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 63, núm. 2, 2011, pp. 114-121 Universidade Federal do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, Brasil.

GONÇALVES, A. M; SENA R. R. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am**, Enfermagem 2001 março; 9 (2): 48-55.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, MS, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental em Dados 12**. Disponível em: [http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf). Acesso em: 06 jan. 2017.