



Universidade de Brasília- UnB
Instituto de Ciências Humanas- ICH
Departamento de Serviço Social- SER

LUÍSA MACHADO NUNES TEIXEIRA

**DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: UM LEGADO
DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

BRASÍLIA- DF

2025

LUÍSA MACHADO NUNES TEIXEIRA

**DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: UM LEGADO
DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade de Brasília, como
requisito para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Liliane Alves Fernandes

BRASÍLIA- DF

2025

LUÍSA MACHADO NUNES TEIXEIRA

**DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: UM LEGADO
DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade de Brasília, como
requisito para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Liliane Alves Fernandes

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Dra. Liliane Alves Fernandes

Professora Laís Vieira Pinelli

Professora Laryssa Fernandes

BRASÍLIA- DF

2025

“A irracionalidade de uma coisa não é argumento contra a sua existência, mas sim uma condição para ela”

(Nietzsche)

“Assim é que cada louco furioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e, não curado, mas descurado, até que a morte o vinha defraudar do benefício da vida; os mansos andavam à solta”

(O Alienista)

“Um homem saudável não tortura os outros. Em geral, é o torturado que se torna o torturador.”

(Carl Jung)

Dedico este trabalho à minha mãe, que me inspirou e me inspira como profissional e como ser humano.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, aqueles que me deram a vida e meu nome, Carla e Décio, que nunca falharam em me dar apoio durante a minha graduação, toda a minha vida acadêmica e acreditaram em mim quando ninguém mais (nem mesmo eu) acreditava. Aos meus familiares, meu irmão e minhas primas, em especial Gabriela e Isabela, que escutaram minhas lamúrias, trabalharam comigo e seguraram minha mão durante todo este processo, toda a minha admiração e agradecimentos.

Agradeço à minha orientadora, Liliane Alves Fernandes, por me compreender desde o nosso primeiro contato, acolher minhas particularidades, e me guiar durante esse processo complexo que foi o final da graduação. Agradeço também, ao meu supervisor de estágio, Getúlio Alves, que com tanta atenção e paciência me mostrou como ser um profissional exemplar na Rede de Atenção Psicossocial. A todos os professores e mestres da Universidade de Brasília que estiveram à frente das descobertas sobre a profissão que escolhi exercer. Todos foram exemplos de inspiração e aprendizados. Aos meus colegas, agradeço todos os ensinamentos, ajudas, seminários e compartilhamento de vivências nesses 5 anos de graduação.

Aos meus amigos, em especial à psicóloga Ludmila Faria, a cirurgiã-dentista Luiza Bastos e a advogada Isabela Zarife, que me acompanharam neste árduo caminho de descobertas que é a vida adulta, me ensinaram sobre saúde mental e psicologia, os estranhamentos da rede de saúde pública, e os direitos básicos sociais e de trabalho, respectivamente, minha eterna gratidão.

Ao meu namorado, Luís Felipe, agradeço às noites em claro e o esforço para me ensinar matérias que ele mesmo não dominava, e a admiração mútua que temos um pelo outro, eu não teria conseguido sem seu apoio e escuta.

Por fim, agradeço ao incansável exemplo de meus avós e tio: Diná, Marly, Doutor Décio e Laffayette, os quais moldaram quem eu sou, quem pretendo ser como profissional e como pessoa, encheram nossa casa de alegria, risada, abraços apertados e traçaram o caminho de quem me tornei como pessoa.

A todos que fizeram parte desse processo de graduação, meus maiores e mais sinceros agradecimentos, serei eternamente grata por cada experiência e aprendizado.

RESUMO

O presente trabalho propõe um estudo de caso acerca do processo de atenção pública à saúde mental no Brasil, os processos de trabalho do assistente social e a luta por direitos humanos básicos nesse campo, no contexto da Reforma Psiquiátrica no país. O tema da pesquisa é produto da experiência de estágio em saúde mental pelo período de um ano no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Paranoá. O estudo analisa a história da luta por direitos humanos na saúde mental no Brasil, com foco no Hospital Colônia de Barbacena. Essa instituição, um exemplo de manicômio, representava a segregação e o tratamento desumano de pessoas com sofrimento mental. O objetivo central da pesquisa é investigar a herança manicomial no Brasil, e qual o papel do trabalho do Assistente Social no campo da saúde mental. A análise qualitativa aborda o desenvolvimento histórico das concepções sobre a loucura, os impactos do modelo manicomial e os desafios da Reforma Psiquiátrica, como o combate ao preconceito e a garantia de políticas públicas efetivas. O trabalho analisou o processo sócio-histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com foco na transição de hospitais psiquiátricos para serviços comunitários. Utilizando revisão bibliográfica, análise documental e pesquisa histórica, o estudo buscou reconstruir o processo de transformação da assistência em saúde mental, desde a consolidação dos hospitais até a criação de CAPS, NAPS e serviços residenciais. Ao analisar o fechamento de hospitais e a redução de leitos, identificou-se os desafios e a necessidade de reinvenção dos serviços. No entendimento do Conjunto CFESS/CRESS, embasado no parecer do Conselho Nacional da Saúde/CNS Nº 218/1997 – e na Resolução CFESS Nº 383/1999 – o Assistente Social é expressamente reconhecido como profissional da saúde quando atua ou desenvolve suas atribuições profissionais nesta área (CFESS, 1993). A Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216) está em vigor desde 2001 e a inserção de assistentes sociais na luta pela saúde mental desempenha um papel fundamental na defesa de uma perspectiva antimanicomial, baseada no cuidado em liberdade e no respeito às pessoas em sofrimento psíquico por diferentes ordens (CFESS, 2010). A partir da Reforma Psiquiátrica, avalia-se a importância do assistente social nesse campo, evidenciando suas contribuições a partir dos suportes teórico-metodológicos que corroboram com a profissão.

Palavras - Chave: Reforma Psiquiátrica, desinstitucionalização, saúde mental, direitos humanos, hospitais psiquiátricos.

ABSTRACT

The present work proposes a case study on the process of mental health transformation in Brazil and the fight for basic human rights in this field, within the context of psychiatric reform in the country. The research topic is the result of a one-year internship experience in mental health at the Psychosocial Care Center (CAPS) II Paranoá. The study analyzes the history of the struggle for human rights in mental health in Brazil, focusing on the Barbacena Colony Hospital. This institution, an example of a madhouse, represented the segregation and inhumane treatment of people with mental suffering. The central objective of the research is to investigate the legacy of the asylum system in Brazil and the role of the Social Worker in the field of mental health. The qualitative analysis addresses the evolution of conceptions about madness, the impacts of the asylum model, and the challenges of Psychiatric Reform, such as combating prejudice and ensuring effective public policies. The research analyzed the evolution of the Psychiatric Reform in Brazil, focusing on the transition from psychiatric hospitals to community-based services. Using literature review, documentary analysis, and historical research, the study aimed to reconstruct the process of transforming mental health care, from the consolidation of hospitals to the creation of CAPS, NAPS, and residential services. By analyzing the closure of hospitals and the reduction of beds, challenges were identified, along with the need for reinvention of services. In the understanding of the CFESS/CRESS Group, based on the opinion of the National Health Council/CNS No. 218/1997 – and on CFESS Resolution No. 383/1999 – the Social Worker is expressly recognized as a health professional when working or developing their professional duties in this area (CFESS, 1993). The National Mental Health Policy (Law 10.216) has been in effect since 2001, and the inclusion of social workers in the fight for mental health plays a fundamental role in defending an anti-asylum perspective, based on care in freedom and respect for people experiencing psychological suffering from various causes (CFESS, 2010). From the Psychiatric Reform, the importance of the social worker in this field is evaluated, highlighting their contributions based on the theoretic and methodologic frameworks that support the profession.

Keywords: Psychiatric Reform, deinstitutionalization, mental health, human rights, psychiatric hospitals.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	10
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS	14
3 CAPÍTULO I: O HOSPITAL COLÔNIA – CASO PARADIGMÁTICO PARA A COMPREENSÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	17
3.1 O HOSPITAL COLÔNIA E O MANICÔMIO SOB A PERSPECTIVA DOS DIREITOS BÁSICOS	21
4 CAPÍTULO II: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS DESAFIOS ATUAIS	25
4.1 PROTEÇÃO DE DIREITOS HUMANOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	29
5 CAPÍTULO III: A ASSISTÊNCIA SOCIAL NA LUTA ANTIMANICOMIAL	34
5.1 A CONSTRUÇÃO DA NOVA REDE DE SAÚDE MENTAL	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe uma discussão acerca do processo de transformação no campo da saúde mental ao longo do século XX, com enfoque em como o Hospital Psiquiátrico de Barbacena surgiu como pilar central do debate acerca do modelo manicomial do país e na luta da proteção de direitos humanos e assistenciais básicos na saúde mental, que carregam desafios até os dias de hoje. Evidenciando o papel do Serviço Social no campo da saúde mental no Brasil que, ainda hoje, luta para se estabelecer como necessário. O propósito é investigar a fundação do hospital, suas práticas terapêuticas, as condições de vida dos pacientes e as reações da sociedade em relação à instituição e relacionar à criação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

A luta antimanicomial é mais do que um movimento social: é uma reestruturação pela dignidade e respeito no tratamento da saúde mental. Desde sua emergência nos anos de 1980, desafia os alicerces de um sistema que historicamente relegou aqueles com transtornos mentais à margem da sociedade, subjugando-os a práticas desumanas e excludentes. Este trabalho de conclusão de curso em Serviço Social pretende mergulhar nas raízes desse movimento, destacando seu desenvolvimento sócio-histórico, suas conquistas e os desafios que ainda persistem. Ao explorar os princípios e as narrativas que moldam a luta antimanicomial, busca-se não apenas compreender seu impacto na Reforma Psiquiátrica, mas também refletir sobre seu papel na construção de uma sociedade mais inclusiva, compassiva e com uma atenção psicossocial mais efetiva.

Na organização dos serviços e a partir de escolhas políticas, o transtorno mental foi colocado à margem da sociedade. “A loucura, sobretudo, quando está associada à indignidade (e esta ocorre) coloca problemas de ordem pública, cuja repressão deve ser reorganizada de modo homogêneo a nível nacional” (Castel, 1978, p. 50).

A repressão à “loucura” é um fator presente em grande parte dos países do mundo, inclusive no Brasil. Assim, cada sociedade produzia sua forma de lidar com a loucura, e, no Brasil não foi diferente. “A prática de tratar com esse problema variava de local para local, uns recolhiam seus loucos em dormitórios, outros os “escorraçavam” a pedradas, outros ainda eram expulsos das cidades por serem vistos como marginais, não lhes sendo permitido compartilhar o espaço social.” (Foucault, 1978).

Surge então a medida de ação política de excluir as pessoas, banir de espaços sociais aqueles que de qualquer forma poderiam “perturbar a ordem pública”. Esses indivíduos eram reclusos, então, em locais e instituições que não tinham objetivos terapêuticos, carregando o estigma de loucos, perdendo sua identidade e, aos olhos da sociedade, seu direito à cidadania e

preservação dos seus direitos fundamentais. Forma-se, principalmente no Brasil, uma aliança entre a ciência psiquiátrica e os projetos estatais de controle social, ainda no século XIX. Deste modo, conforme Machado (1978), só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria (Vieira, 1981).

Para se opor à essa visão puramente tecnicista que não preserva a dignidade humana, o movimento social da Reforma Psiquiátrica emerge como a tentativa de responder socialmente ao problema da saúde mental, propondo novas práticas que tinham como objetivo a mudança do paradigma do modelo manicomial e da concepção de loucura perante à sociedade. Nessa perspectiva, o louco passou a ser considerado doente e passível de tratamento. Além disso, investigou-se as práticas sociais estabelecidas das instituições psiquiátricas “tradicionais” e os estigmas clássicos que elas carregavam, e a partir dos anos de 1980, quando eclode o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, adotando o lema que se transformou no principal mantra da reforma psiquiátrica: “Por uma sociedade sem manicômios”. A história da cidade de Barbacena em Minas Gerais tem um importante papel neste cenário da saúde mental no Brasil, responsável por grande parcela da demanda psiquiátrica do estado durante a maior parte do século XX. O Hospital Colônia cresceu de forma desordenada nesse período, e sua falência como recurso terapêutico ficou evidente. (Firmino, 1982; Silva, 2008; Arbex, 2013)

O município de Barbacena se transformou, ao longo de algumas décadas, e foi conhecido primeiramente como um local de referência manicomial, para então se tornar uma referência em reestruturação na área da saúde mental. Compreender esse processo de transformação é fundamental, pois propicia refletir sobre o que já foi realizado até o presente, além de avaliar e sugerir novas práticas e conhecimentos que possam ser adotados no futuro. Essa análise não apenas valoriza as conquistas passadas, mas também abre espaço para inovações que podem contribuir para um atendimento mais eficaz e humanizado na saúde mental (Fassheber, 2009).

Em um país com uma profunda herança colonial como o Brasil, que traz cicatrizes da escravidão em seu modelo de sociedade, e conseqüentemente em suas expressões da questão social, faz-se necessário perceber como essa herança histórica se reflete nos fenômenos sociais atuais. A partir da abolição, o Estado brasileiro não implementou políticas que impulsionaram a inclusão destes no universo da cidadania, até porque isto implicaria profundas mudanças nas relações da sociedade. E se a questão *social* é produzida compulsoriamente pelo capitalismo (Netto, 2001), faz-se necessário compreender que a *questão racial* se torna seu subproduto, e faz

parte das relações que impulsionam e dinamizam a sociedade atual (Gonçalves, 2018). É ainda mais necessário perceber que não existe a possibilidade de se estudar a saúde mental no país sem observar os problemas sociais que permeiam nossa sociedade.

É possível entender como a prestação de serviços em saúde mental da população brasileira possui um reflexo direto com a questão social no país, e, ao adentrar nos detalhes da vivência da população que sofre com transtornos mentais, o Serviço Social se tornou indispensável nessa reestruturação, principalmente no campo da assistência na rede de atenção psicossocial. Porém, cumpre assinalar que, em termos teóricos, essas práticas iniciais guardam uma distância muito grande em relação ao Serviço Social atual, uma vez que àquela época predominavam abordagens de cunho eugênico e da higiene mental, segundo Vasconcelos (2010). No Brasil, o Serviço Social começou como assistência aos trabalhadores para “amenizar” a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas refrações mais imediatas da “questão social” (Iamamoto e Carvalho, 1998).

Na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil, observa-se importantes marcos na reforma psiquiátrica, buscando assegurar a dignidade, a autonomia e a inclusão social dessa parcela da sociedade no país. Portanto, é possível analisar e perceber o impacto que a reforma psiquiátrica trouxe em diversos âmbitos da sociedade brasileira.

É essencial, no histórico social e da saúde mental, a discussão acerca dos direitos humanos básicos negligenciados ao longo da trajetória da reforma psiquiátrica e do modelo manicomial, e traz a reflexão da maneira em que se enxerga a parcela da sociedade afetada por questões mentais.

Considerando a problemática até aqui apresentada, a primeira parte deste TCC constitui-se no estudo do “início dos tempos” em Barbacena, quando o manicômio ainda era o poder supremo da Psiquiatria. Neste momento, Barbacena ainda era referência manicomial para todo o estado e também para outros municípios do país (Toledo, 2024). Foca-se na organização em que se baseava o Hospital Colônia, assim como as práticas manicomiais e o tratamento que as pessoas com transtornos mentais e outros pacientes recebiam no local. Em como as denúncias, que ganharam força após a visita de Franco Basaglia a Barbacena, no ano de 1979, contribuíram para a falência do modelo manicomial da instituição e no Brasil. Este período foi caracterizado por um certo rearranjo, com algumas mudanças já na tentativa de “humanizar” o tratamento na saúde mental (Toledo, 2024).

Na segunda parte, o foco foi mantido no período da reforma psiquiátrica, delineando o início da movimentação para a reestruturação das instituições de tratamento até a criação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, em que a partir deste momento o foco se mantém na criação de uma rede de Saúde Mental, com serviços assistenciais e uma maior organização no sentido de evitar novas internações. Evidencia-se o período como de reestruturação, tanto no aspecto da assistência, social, clínico, jurídico e principalmente no campo da construção de uma nova rede de tratamento. Porém, há a análise de que assim como esse novo modelo voltado para o tratamento e assistência, ainda perduram em alguns locais do País e em algumas instituições, práticas manicomiais.

A terceira parte compreende o estudo do papel do Assistente Social a partir da reforma psiquiátrica, e em como o papel do profissional na área da saúde mental contribui para o movimento antimanicomial, assim como na construção de uma nova rede de atenção psicossocial. Evidencia-se a importância de ressignificar instituições e heranças do modelo manicomial e do estigma acerca de pessoas que sofrem de transtornos mentais.

Por fim, nas Considerações Finais tentou-se então lançar um olhar crítico a todo o processo ocorrido em Barbacena e na história do tratamento psiquiátrico no país, também em relação à atuação do Serviço Social no campo. E a compreensão de que, entender este processo, é um caminho essencial para pensar no que vem sendo ou já foi realizado na saúde mental e ainda rever e propor novas e possíveis práticas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O objetivo central desta pesquisa é investigar a herança manicomial no Brasil, focando na análise do Hospital Colônia de Barbacena – MG como exemplo de espaço manicomial, e qual o papel do trabalho do Assistente Social no campo da saúde mental. Em paralelo entender como as consequências do modelo de tratamento manicomial impactam, especialmente em termos de direitos humanos e sociais, a rede de saúde mental no país até os dias atuais.

Para tal compreensão, foi realizada uma análise qualitativa para interpretar e dialetizar (ver a contradição, a oposição entre a existência de duas coisas opostas ao mesmo tempo e esse oposto existindo interdependente, a lógica do capital que cria as bases para a sua reprodução, da mesma forma que cria para sua oposição) o fenômeno por meio de uma reconstrução histórica usando fontes bibliográficas, a partir do tema da provisão de serviços públicos em saúde mental no Brasil. Para investigar essa provisão, foi utilizado o método materialismo histórico-dialético, no qual propõe-se uma análise crítica do Processo de Reforma Psiquiátrica e do papel da atenção psicossocial, considerando, também, a assistência social nesse contexto. O materialismo dialético entende que não existem oposições dualistas/dicotômicas entre as instâncias sociais e individuais, objetividade-subjetividade, interno-externo. Essa abordagem permite examinar as contradições e as dinâmicas sociais que moldaram a realidade da saúde mental no Brasil, com ênfase no papel do trabalho no processo cognitivo e, portanto, no caráter social, irredutível ao histórico, de seu produto: o conhecimento (Bottomore, 1988). De acordo com Marx, a preocupação no materialismo histórico dialético é investigar um fenômeno social a partir da transformação, em que a matéria é a base desse estudo:

"Os filósofos têm apenas interpretado o mundo de maneiras diferentes; a questão, porém, é transformá-lo." (MARX, 1845).

Para o pensamento marxista, importa descobrir as leis dos fenômenos de cuja investigação se ocupa; o que importa é captar, detalhadamente, as articulações dos problemas em estudo, analisar as evoluções e rastrear as conexões sobre os fenômenos que os envolvem. Isto, para esse pensador, só foi possível a partir da reinterpretação do pensamento dialético de Hegel.

A separação sujeito-objeto, não satisfazia a estes pensadores que, na busca da superação desta separação, partiram de observações acerca do movimento e da contraditoriedade do mundo, dos homens e de suas relações. A lógica formal não consegue explicar as contradições e amarra o pensamento, impedindo-lhe o movimento necessário para a compreensão das coisas. (Pires, 1997)

Se o mundo é dialético (se movimenta e é contraditório) é preciso um método, uma teoria de interpretação, que consiga servir de instrumento para a sua compreensão, e este instrumento lógico pode ser o método dialético tal qual pensou Marx (Pires,1997).

A revisão bibliográfica foi utilizada como técnica de coleta e análise de dados, pois estabelece uma conexão com o conhecimento existente, permitindo situar o recorte analítico dentro de um contexto mais amplo. Para tanto, foram utilizadas fontes como documentários, obras literárias, teses de mestrado, artigos da scielo e google acadêmico. Com base nessa revisão, foi possível desenvolver uma base teórica que contribui para a compreensão dos problemas centrais da pesquisa, levando em consideração a investigação científica de obras históricas da assistência psiquiátrica e os direitos humanos frequentemente desrespeitados no tratamento da saúde mental. A partir da análise qualitativa desse conteúdo foi possível produzir o conhecimento dessa pesquisa.

Por meio da análise histórica e do método historiográfico, o estudo buscou traçar um paralelo entre a evolução da reforma psiquiátrica e as falhas que ainda persistem no tratamento da saúde mental, mesmo após todo seu passado e reestruturação. Na tentativa de compreender de qual forma o Hospital Colônia de Barbacena representou o processo sócio-histórico da discussão da saúde mental no país e como o Serviço Social participou ativamente desse processo, foi necessário investigar esse processo no Brasil centrando-se na análise do Hospital Colônia como exemplo de espaço manicomial. Pois, ao adentrar o Sistema Único de Saúde e a forma como se trata a saúde mental no país, percebe-se que a estigmatização ainda persiste perante a sociedade e muitas vezes ainda no tratamento de transtornos psíquicos. Portanto, foi necessário investigar como o modelo manicomial ainda apresenta traços em internações e instituições no Brasil atual, e compará-lo com um dos mais complexos e significativos exemplos de instituição manicomial da história do país. E, por fim, compreender como, no tratamento da doença mental, os direitos humanos do indivíduo foram feridos e de que forma isso persiste, assim como o Assistente Social é imprescindível para auxiliar na proteção desses direitos básicos nesse campo.

A compreensão das conquistas da reforma psiquiátrica foi analisada de forma a investigar a evolução dos direitos e as mudanças causadas com a Reforma no Brasil, porém sob a ótica de que essa evolução é um processo contínuo e complexo, que segue ocorrendo, e ainda enfrenta muitos desafios.

Dessa forma, pretendeu-se revelar esses desafios enfrentados pela atenção psicossocial e pela assistência social no campo da prestação de serviços públicos em saúde mental, tomando como ponto de início da investigação o legado da Reforma Psiquiátrica, a história do Hospital Barbacena, em como este se estabeleceu historicamente como o maior exemplo de manicômio e

descaso no país, investigando suas origens e implicações na realidade contemporânea. A abordagem dialética, mais precisamente no método materialista histórico dialético, que é o método de interpretação da realidade, visão de mundo e práxis (Pires,1997), possibilita compreender como as estruturas sociais e históricas influenciam as práticas de cuidado e a saúde mental da população.

3 CAPÍTULO I: O HOSPITAL COLÔNIA – CASO PARADIGMÁTICO PARA A COMPREENSÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A história da saúde mental no Brasil é marcada por um passado de falhas assistenciais e de tratamento, e o Hospital Colônia de Barbacena se configura como o ápice da barbárie contra àqueles que se encontravam à margem da sociedade, nos âmbitos da saúde mental. Desde o início do século XX, a falta de critérios para internação e os maus tratos com os internos eram corriqueiros no Hospital. O pensamento eugenista, difundido pela Liga Brasileira de Higiene Mental nos anos de 1920, ao adotar a ideia de prevenção eugênica, considerava todos aqueles portadores de transtornos psíquicos como degenerados (Costa, 2007). Tais idéias tiveram forte ressonância na psiquiatria mineira, contribuindo para a criação e expansão dos grandes hospícios mineiros (Magro, 1992). Até a criação do primeiro hospital especializado para doentes mentais em Barbacena, o Estado de Minas Gerais contava somente com duas alternativas para encaminhamento: os anexos existentes nas Santas Casas de Misericórdia e o Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil.

Fundado em 12 de outubro de 1903 pelas autoridades do Governo de Minas Gerais, seu objetivo principal era oferecer assistência para pessoas diagnosticadas com doenças psicopatológicas. Entretanto, a maioria dos pacientes não apresentavam qualquer doença mental, sendo que foram descartados nas instalações, pois eram considerados diferentes, ameaças ou indesejáveis na sociedade. (Arbex, 2013). Cerca de 70% dos pacientes não possuíam qualquer tipo de diagnóstico de doença mental. Esses eram epiléticos, homossexuais, prostitutas, negros, pessoas que se tornaram incômodas para alguém que tinha um maior poder econômico. Eram homens, mulheres e até mesmo crianças. (Arbex, 2013).

Comparado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia como um “campo de concentração nazista” em sua passagem por Barbacena em 1979, o Hospital Colônia foi um marco negativo por implicar na violação de direitos humanos e regressão de práticas progressistas no tratamento de transtornos mentais, levando consigo aproximadamente 60 mil mortos no período de 77 anos em que esteve em funcionamento, conforme detalha Branco (2015):

Os números exorbitantes e silenciados (por mais de 50 anos) das execuções sumárias, frias e violentas que ocorreram no hospital Colônia de Barbacena superam, e muito, as mortes registradas e ocultadas na ditadura militar brasileira (dentre índios, camponeses, perseguidos políticos, etc). Superam inclusive os números das mais sangrentas ditaduras da América Latina, Chile com mais de 40 mil e Argentina com mais de 30 mil mortos. (Branco, 2015)

Em seu período de maior lotação, o complexo que possuía 16 pavilhões e fora projetado para 200 pessoas, chegou a acomodar 15 mil pessoas. Os trens que saíam de todo o país com

destino a Barbacena eram famosos, citados, inclusive no livro de Guimarães Rosa, o “Primeiras Estórias” publicado em 1962, em que deu origem a expressão “trem de doido”:

A gente sabia que, com pouco, ele ia rodar de volta, atrelado ao expresso daí de baixo, fazendo parte da composição. Ia servir para levar duas mulheres, para longe, para sempre. O trem do sertão passava às 12h45m. Agora, mesmo, a gente só escutava era o acorção do canto, das duas, aquela chirimia, que avocava: que era um constado de enormes diversidades desta vida, que podiam doer na gente, sem jurisprudência de motivo nem lugar, nenhum, mas pelo antes, pelo depois. O trem apitou, e passou, se foi, o de sempre. (Guimarães, p. 63, 1962)

A chegada dos pacientes no complexo era algo que se assemelhava ao que se escuta sobre a chegada de pessoas em situação de privação de liberdade, confinadas em campos de concentração. As pessoas eram despidas, separadas em homens e mulheres, homens tinham seus cabelos raspados, e, a partir dali, esses indivíduos não teriam mais identidade: a identidade da maioria, ao entrar no hospital, passava a inexistir, ganhando nomes dados pelos funcionários, devendo todos vestir uma farda azul que os rotulavam como loucos, confeccionado de um tecido fino, causando a morte de milhares de pacientes em virtude das baixas temperaturas do local, localizado na Serra da Mantiqueira, atingindo, não raramente, 8° (graus celsius) (Arbex, 2013). Relatos como a maneira em que dormiam empilhados como tentativa de se aquecer, como a fome e sede, Arbex (2013) em “O Holocausto Brasileiro” é categórica: Os anos no Colônia consumiam os últimos vestígios de humanidade. A obra que traz as conferências de Basaglia no Brasil, é relatado que a visita que fez ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena "teve sobre ele um impacto tão violento que o deixou profundamente deprimido" (Basaglia, 1979, p.136). Posteriormente, ao ser instigado a falar, fazendo uma alusão à era pré-pineliana, ele afirmou que "em algum lugar do mundo a história parou" (Basaglia, 1979, p.136).

A forma de tratamento médico configurava-se como tortura: sucessivas sessões de eletrochoque. Os pacientes eram submetidos a esse “tratamento” inúmeras vezes ao dia, muitas vezes de forma desnecessária. No livro o Holocausto Brasileiro, de Daniela Arbex, há entrevistas com os funcionários do local que descrevem que todos os servidores do complexo deveriam realizar as sessões mesmo contra sua vontade, pois participar das sessões melhoraria sua situação dentro do hospital. Em depoimento, Elza Maria do Carmo, internada aos 9 anos em virtude de crises de epilepsia, relata como eram os tratamentos no local:

A colega Maria do Carmo, que também era da cozinha, foi a primeira a tentar. Contou mentalmente, um, dois, três e aproximou os eletrodos das têmporas de sua cobaia, sem nenhuma anestesia. Ligou a engenhoca na voltagem 110 e, após nova contagem, 120 de carga. O coração da vítima não resistiu. O paciente morreu ali mesmo, de parada cardíaca, na frente de todos. [...] Imediatamente, os atendentes do hospital embrulharam

o coitado num lençol, como se aquele não fosse cadáver. [...] A segunda candidata se aproximou de outra cama e, trêmula, iniciou a prova. O paciente escolhido era mais novo que o primeiro. Apresentava menos de vinte anos. [...] Não resistiu. Era a segunda morte da noite, e as aulas estavam só começando (Arbex, p. 35-37, 2013).

As práticas de tratamento no local resgatam no campo da psiquiatria algo que pode ser entendido como uma metáfora do horror, representando uma manifestação desumana da violação de direitos, algo que revela a fragilidade da consciência moral. Essa consciência foi deteriorada pela pressão e pela eficiência exigidas no ambiente de trabalho, como no trecho descrito na obra.

Indivíduos descritos como meros “funcionários” se tornavam capazes de cometer as maiores atrocidades, agindo de forma mecânica e desprovida de qualquer empatia. O foco excessivo na eficiência administrativa, em termos estritos de resultados, levava a um desvio ético, onde o ser humano foi reduzido a um número, a uma estatística a ser gerida. Permitia-se, então, que ações monstruosas fossem perpetradas, tudo em nome da produtividade e da performance.

Moretzohn (1989) concebe o Hospital Colônia de Barbacena como uma das estruturas mais “primárias” dentre os manicômios existentes no estado. O termo “medieval” nos remete à loucura como falta de razão, a ausência de tratamento e a segregação do louco do espaço social. E foi isso o que ocorreu ao se pensar na localização ideal para a construção do Hospital Colônia de Barbacena. O Hospital Colônia deu a Barbacena um status diferenciado no que tange à psiquiatria mineira. O município transformou-se em ponto de “referência” no tratamento daqueles considerados insanos (Magro Filho, 1992; Moretzohn, 1989).

Os relatos sobre as práticas manicômiais reproduzidas no Hospital Colônia são inúmeros:

Relata-se que a energia da cidade não era suficiente para aguentar a carga. Torturas psicológicas e físicas, utilizando pacientes como cobaias para experimentos, eram rotineiros no complexo. Relatos de práticas como lobotomias, injeções de “entorta”, sangue retirado de alguns pacientes sem o consentimento a fim de aplicar em outros pacientes debilitados, trabalho forçado, entre outros. Como as roupas eram finas, e só recebiam uma, quando as roupas eram lavadas, os pacientes eram obrigados a andar nus. Nesses períodos, as mulheres também eram violentadas sexualmente por funcionários do Colônia como castigo, e, no período menstrual ou quando engravidavam, passavam fezes em seus corpos para afastar as violências e se proteger. Além dos relatos de mulheres que engravidaram no Hospital Colônia tiveram seus bebês roubados. Os corpos usados em sessões experimentais de lobotomia, eletrochoques, entre outros, eram vendidos para universidades de medicina de todo o país. Quando não era mais possível vendê-los, por estarem muito feridos, eles eram derretidos em ácido, para que os ossos pudessem ser comercializados. Os cadáveres geravam lucros para a instituição. O Hospital Colônia operou como uma instituição extremamente rentável, que se valia do sofrimento de pessoas com transtornos mentais para gerar lucros. Essa “máquina” não apenas se beneficiava financeiramente pela internação de novos pacientes, mas também contabilizava suas receitas à medida que mais e mais indivíduos, incluindo crianças, eram admitidos. Este hospital era um exemplo típico da chamada ‘indústria da loucura’, um conceito que se refere à realidade do Brasil durante o período da ditadura militar. Durante esse tempo, os hospitais psiquiátricos eram remunerados com base no número de pacientes internados, recebendo uma diária por cada um deles. Essa estrutura

financeira e operacional incentivou uma expansão drástica do número de leitos disponíveis nas instituições psiquiátricas. No início do regime militar, o Brasil contava com cerca de 14 mil leitos, número que cresceu de forma alarmante para aproximadamente 70 mil leitos até 1970. Essa mudança não apenas revela o crescimento exponencial do sistema, mas também destaca uma preocupante tendência de desumanização dos pacientes, que eram tratados como números em uma planilha, em vez de seres humanos que possuem direitos e necessidades. Houve uma violação extrema aos direitos humanos quando as vidas foram ceifadas por motivo de comércio, visto que os corpos eram vendidos para faculdades de medicina, podendo chegar a um número de 16 corpos por dia. (Arbex, p.45-50, 2013).

Mesmo em um local com tantas internações diárias e óbitos registrados, não havia equipe médica de plantão. Os primeiros plantonistas do hospital foram alunos do quarto ano de medicina, um deles, Jairo Toledo, que fez parte do grupo que fez o convite a Basaglia, apenas a partir daí, houve alguma repercussão Nacional e mundial sobre o que de fato ocorria em Barbacena. Após se formar, tornou-se diretor do hospital, na década de 80, posto que ocupou por 16 anos, e assim foi conduzida a “desmanicomialização” da instituição, que passou de hospital psiquiátrico a hospital regional, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. “Chegando aqui, o que acontecia? Esses pacientes cronificavam, se psiquiatrizavam, ‘aprendiam’ a ser doentes mentais pelos trejeitos e hábitos” (Toledo, 2024).

Toledo define que o modelo manicomial era algo enraizado em Barbacena e na sua história, uma “cultura” local. Após o fechamento das últimas “celas” do Colônia, em 1994, havia dificuldades em realocar os internos em qualquer outro local, muito menos reintegrá-los na sociedade. Na reestruturação do hospital, no processo de reforma psiquiátrica, um dos desafios enfrentados pelos profissionais foi introduzir aqueles pacientes a tratamentos dignos, como aponta o diretor:

“Estávamos nos preparando para acabar com o modelo asilar. Mas se eu mandasse um paciente para os hospitais da cidade, porque ele precisava de cuidados clínicos e não psiquiátricos, tinha que mandar quatro funcionários junto para tomar conta e dizer que aquilo não era bicho, era gente” (Toledo, 2024).

As mesmas dificuldades eram enfrentadas na época, no manicômio judiciário do município, em que a diferença entre tratar e punir, era inexistente. Essa questão, perdura até os dias de hoje, em que para a sociedade, a linha entre tratar e punir o doente mental, é tênue, e, por vezes, invisível.

Tendo o Hospital Colônia de Barbacena sido criado no ano de 1903, até o final de sua história no início da década de oitenta, era conectado ao período de transformações constitucionais da nossa república. Desde as primeiras constituições brasileiras, a garantia aos direitos fundamentais dos cidadãos já era norteadada, sendo estes direitos mais valorizados e protagonizados em um contexto de evolução da sociedade. Nestas perspectivas, os direitos

fundamentais foram materializados nos traços da primeira dimensão, a qual procurava garantir que o Estado não intervisse na vida do cidadão, buscando a preservação da individualidade para com o poder Estatal. Ao contrário dos direitos de primeira geração, em que buscava a não intervenção do Estado perante o indivíduo, nos direitos de segunda geração o Estado. Apenas a partir da Constituição de 1934, foi introduzido no constitucionalismo brasileiro os direitos sociais e individuais. (Pereira, 2018)

Compreende-se então, a história do Hospital Colônia de Barbacena como uma lembrança do passado brasileiro vivido em desavenças a princípios básicos para a dignidade humana, já naquela época amplamente discutidas por meio de tratados internacionais e constituições vigentes.

3.1 O HOSPITAL COLÔNIA E O MANICÔMIO SOB A PERSPECTIVA DOS DIREITOS BÁSICOS

Os direitos humanos são concebidos como princípios universais que devem ser aplicados a todos os indivíduos, independentemente de sua raça, crenças políticas ou ideológicas. No Brasil, o artigo 5º da Constituição Federal de 1988 define que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”(CF/1988). Em âmbito mundial, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948, possui 30 artigos e baseia-se no princípio de que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, são dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (CIDH, 1969). Essas declarações e leis têm como objetivo proteger especialmente aqueles que se encontram em situações de maior vulnerabilidade, oferecendo-lhes um suporte fundamental para garantir sua dignidade e bem-estar. No entanto, no contexto do Hospital Colônia de Barbacena, é possível analisar um “tratamento” que feria essa perspectiva de direitos básicos humanos. Ao invés de um local de cuidado e proteção, o hospital transformou-se em um cenário de exclusão e opressão, onde essas garantias básicas foram sistematicamente negadas, especialmente aos mais desamparados, convertendo o local em um símbolo da falência dos direitos humanos no Brasil. (Unicef, Brasil)

As três esferas que preservam a integridade humana são definidas pelo artigo 5º da Convenção Americana sobre Direitos Humanos: o direito à integridade pessoal, especificamente, a integridade física, psíquica e moral. (CIDH, 1969).

O Hospital Colônia de Barbacena pode ser caracterizado como uma instituição total, ou seja, um espaço onde todas as esferas da vida dos internados eram controladas e rigidamente disciplinadas pela administração da instituição. Desde a sua fundação, o hospital revelou-se um ambiente profundamente marcado por atos de violência e decisões arbitrárias, que recaíam sobre as pessoas que eram enviadas para o local. (Neto, 2017. Dunker, 2017). A estrutura de funcionamento do manicômio era intrinsecamente incapaz de promover qualquer forma de reabilitação ou tratamento eficaz. Ao contrário, seus métodos resultaram em efeitos devastadores para os pacientes, que foram submetidos a condições de extremo sofrimento e dor. Sem qualquer possibilidade de defesa ou voz ativa em relação ao próprio destino, essas pessoas eram vítimas de maus-tratos constantes, de privação total de sua liberdade, além de serem excluídas de qualquer forma de participação na sociedade, tendo sua cidadania negada em todos os aspectos.

Mesmo que a Declaração Universal dos Direitos Humanos tenha sido adotada apenas em 1948 pelo Brasil, e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos também apenas tenha sido assinada em 1969, tais convenções não foram consideradas no Hospital Colônia como instituição. Apesar de que, nem mesmo a adesão do país a esse instrumento internacional foi capaz de dar um fim às atrocidades cometidas no local. Viola-se a perspectiva dos direitos básicos ao se manter um hospital que tinha como objetivo “tratar” pessoas com problemas psiquiátricos, mas na realidade era utilizado para trancar pessoas que de alguma forma foram excluídas da sociedade.

Mulheres que engravidavam fora do casamento, esposas consideradas tristes, indivíduos que fossem considerados excêntricos, alcoólatras, sífilíticos, prostitutas, homossexuais, epiléticos, mulheres estupradas por homens poderosos que engravidavam, pessoas que iriam contra regimes da época, qualquer pessoa que fugisse de convenções da sociedade, estava sujeito a ser internado. O princípio da dignidade humana foi totalmente ignorado na época.

Quando os seres humanos se tornam supérfluos e descartáveis em que vige a lógica da destruição, em que cruelmente se abole o valor da pessoa humana, torna-se necessária a reconstrução dos direitos humanos, como paradigma ético capaz de restaurar a lógica do razoável. (Piovesan, p. 160, 1997).

O Hospital Psiquiátrico de Barbacena é um exemplo de retrocesso no tratamento dado aos doentes mentais, além de ser um exemplo extremo dos problemas associados ao modelo manicomial e suas consequências para a saúde mental e os direitos humanos.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como referência inicial as ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia, cujas inovações na década de 1960 transformaram profundamente o tratamento de pessoas com transtornos mentais, especialmente nas cidades de Trieste e Gorizia. Basaglia implementou uma abordagem libertadora que desafiava os paradigmas da psiquiatria tradicional e os métodos coercitivos praticados em hospitais psiquiátricos, como isolamento, medicalização extrema, contenção física e eletroconvulsoterapia.

Os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970, quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência (Amarante, 2018), assim como o caso do estudante que posteriormente se tornou o diretor do Hospital de Barbacena, Jairo Toledo. Como aponta Nunes e Amarante:

São emblemáticos no período o caso dos acadêmicos baianos, o memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia e a “crise” da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS). A “crise da DINSAM” teve grande repercussão após manifestações de entidades expressivas no cenário nacional (OAB, ABI, CNBB, dentre outras). O episódio diz respeito à mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), onde as condições eram absolutamente precárias. A partir de uma carta encaminhada ao Ministro da Saúde com denúncias e reivindicações, foram demitidos 260 profissionais, desencadeando um processo de novas denúncias, manifestações e matérias na imprensa durante vários meses. (Amarante, 2018)

É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o fator social mais importante no processo da Reforma Psiquiátrica. Isto influenciou de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social) (Nunes, Amarante, 2018).

Paulo Amarante, em *Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental no Brasil* (Fiocruz, 2014), detalha como o escândalo e as revelações sobre os horrores do Hospital Colônia ajudaram a impulsionar as reformas na política de saúde mental. O movimento buscou transformar a abordagem para a saúde mental, focando em serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e promovendo uma abordagem mais humanizada e centrada na comunidade.

Apesar da criação da lei 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001, que estabeleceu novas diretrizes para políticas de saúde mental e previu a substituição progressiva dos manicômios no país por uma rede complexa de serviços, o legado do Hospital Colônia e outras instituições similares continua a afetar o sistema de saúde mental no Brasil. As sequelas desse passado incluem estigmatização persistente, desafios na integração de serviços comunitários e a necessidade contínua de assegurar direitos humanos para pessoas com transtornos mentais.

4 CAPÍTULO II: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS DESAFIOS ATUAIS

Historicamente, a afirmação da cidadania e da liberdade são pontos de partida da Reforma Psiquiátrica. Em Trieste, na Itália, na década de 1970, onde o psiquiatra Franco Basaglia dirigiu um hospital psiquiátrico com mais de 1.200 pacientes, ele promoveu uma reorganização territorial e social dos indivíduos à comunidade, rompendo barreiras físicas e culturais. Essa abordagem resultou no fechamento gradual do hospital psiquiátrico e na criação de uma rede de serviços terapêuticos descentralizados, evidenciando a viabilidade de um modelo de cuidado comunitário.

Os resultados bem-sucedidos obtidos na Itália levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1973, a recomendar a adoção do modelo de Basaglia como referência global. Esse posicionamento fomentou discussões internacionais que alcançaram o Brasil, onde a psiquiatria enfrentava graves crises éticas e estruturais.

Em 1978, profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental denunciaram as condições de degradação dos hospitais psiquiátricos brasileiros. Apesar das repercussões adversas, como a demissão dos denunciantes durante o regime militar, essas ações impulsionaram a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental em 1978 e do movimento antimanicomial em 1987.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), foi o primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil.

É importante observar que, neste momento, pouco se utilizavam os termos saúde mental ou reforma psiquiátrica. Já em 1978, quando o MTSM foi constituído, existiram várias atividades importantes para seu reconhecimento, com destaque para o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC), praticamente ocupado pelos participantes do movimento e para o I Simpósio Sobre Políticas Grupos e Instituições, no Copacabana Palace, para o qual vieram personalidades internacionais de renome, tais como Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari, Ronald Laing, Donald Cooper, Howard Becker, Thomas Szasz dentre outros. Alguns convidados estabeleceram fortes vínculos com os militantes locais, o que ocasionou uma relação profícua, a exemplo do ocorrido com Castel, Guattari e Basaglia (Nunes, Amarante, 2018).

O marco legislativo do processo da reforma psiquiátrica ocorreu com a apresentação do projeto de lei de Paulo Delgado em 1989, que resultou na promulgação da Lei nº 10.216/2001. Conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, essa legislação consolidou os princípios antimanicomiais no Brasil, promovendo o início do processo de fechamento de hospitais psiquiátricos e a substituição por serviços comunitários e de caráter assistencial, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados pelo Ministério da Saúde em 2002 em todo o país.

Esse processo de transformação na prática psiquiátrica envolveu um conjunto diverso de abordagens e exigiu, conforme afirma o autor José Augusto Bisneto na obra *Serviço Social e saúde mental*:

[...] Se o sofrimento mental não é exatamente uma doença, outros saberes não médicos precisam dar a sua contribuição na intervenção a essa problemática. A psiquiatria é solicitada a abrir suas portas aos saberes psicológicos, sociais, antropológicos, entre outros. (Bisneto, p. 174, 2011).

Essas mudanças no campo da assistência psiquiátrica estão alinhadas com os movimentos em prol da ampliação do direito à saúde, que ganharam destaque nas décadas de 1980 e 1990. É fato que a lei Paulo Delgado foi a base de um expressivo conjunto de mudanças, principalmente na criação de serviços públicos de saúde mental, porém, o grande desafio se mostra no momento de se aprofundar nessas questões e assegurar a qualidade dos serviços, formação de profissionais e combater propostas de privatização da saúde pública e, principalmente, combater o estigma sobre a saúde mental que perdura na população brasileira, como aponta o professor da UFRJ Pedro Gabriel Delgado. O professor aponta que, a partir da expansão dos CAPS e fechamento de hospitais, com o avanço real da Reforma no SUS depois da Lei, foi se manifestando um contencioso entre a saúde mental pública e representantes da psiquiatria, em alguns centros universitários. A aparente controvérsia era entre a cientificidade da psiquiatria e a "ideologia" da política de saúde mental do SUS (Delgado, 2013). Como afirma o autor, a dificuldade se dava com uma lacuna entre o conhecimento e o trabalho em comunidade:

Há dificuldades em contar com jovens psiquiatras para o trabalho na comunidade, problema que vem sendo enfrentado em alguns programas de formação mais próximos da saúde pública. Esta lacuna é reforçada pelos mecanismos pouco flexíveis do incentivo à produção de conhecimento, que favorecem amplamente as pesquisas que se realizam em ambiente dito experimental em relação ao conhecimento produzido na vida real do território e do SUS. Não é assim em países onde a Reforma está consolidada como política pública e como produção de conhecimento. Outra controvérsia importante é sobre a qualidade e efetividade dos novos serviços de saúde mental, que vivem às voltas com as fragilidades estruturais e conjunturais do SUS, gerando insatisfação e insegurança dos usuários e familiares, e uma instabilidade muito grande entre os profissionais. Afora isto, o campo da saúde mental é muito marcado pelo debate de formulações sobre a melhor forma de cuidado, os rumos do movimento social por uma sociedade sem manicômios, e sobre diversos outros temas (Delgado, 2013).

Deste modo, além dos diversos desafios relacionados à estruturação da psiquiatria, que constitui um pilar fundamental para o tratamento na saúde mental, existe o fator de exclusão dessa parcela da sociedade que sofre de transtornos psíquicos: o que dificulta não apenas o tratamento desses indivíduos, visto que a socialização é peça chave no tratamento, mas também dificulta a conscientização sobre o que são esses serviços comunitários de saúde mental e como

eles funcionam, como afirmam os professores Fábio Lopes Rocha, Cláudia Hara , Jorge Paprocki:

O estigma opera em círculos viciosos que abrangem o indivíduo que sofre de transtorno psiquiátrico, sua família e os serviços de saúde mental. O diagnóstico de transtorno psiquiátrico ou anormalidade visível, como o efeito colateral de fármacos, deflagra no observador a recuperação de conteúdos negativos como conhecimentos prévios, informação da imprensa e lembrança de filmes que levam à estigmatização. Os pacientes com doença mental que mostram sinais visíveis de suas condições, seja em virtude dos sintomas, seja em decorrência de efeitos colaterais que os fazem parecerem “anormais”: são vistos como fracos de caráter, preguiçosos ou ameaçadores (Rocha, Hara e Paprocki, 2015).

É um ciclo vicioso que opera de forma que o indivíduo que sofre desse estigma acaba gerando. Não intencionalmente, isso reflete geralmente em sua família e entes mais próximos sentimentos como culpa e preocupação. Isso gera rupturas nessas relações afetivas, o que acarreta no estresse, que por fim agrava de forma significativa o quadro de uma doença mental ou até o reaparecimento, gerando crises e dificultando o tratamento. Conforme detalha Rocha, acerca do estigma:

O estigma associado à doença mental abrange o paciente, sua família, as instituições psiquiátricas, a equipe que trabalha nessas instituições, os medicamentos e demais terapêuticas. É o maior obstáculo à recuperação e reabilitação do paciente. É componente básico da discriminação negativa que as pessoas com doenças mentais experimentam a cada dia. Acarreta pior qualidade de vida e pior assistência. (Rocha, Hara e Paprocki, 2015).

Essa questão respinga direta e primariamente no trabalho da Assistência Social nas instituições e no trabalho do profissional na saúde mental, que geralmente são o primeiro contato do usuário quando adentra na Rede de Atenção Psicossocial.

Este profissional enfrenta diferentes desafios em seu cotidiano, especificamente no campo da saúde mental, que se manifestam quase sempre em violação de direitos. Um dos aspectos trabalhados com ênfase pela equipe multiprofissional é a contínua exclusão social dos usuários com algum tipo de transtorno mental, bem como usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2001).

Na saúde mental, a prestação de atenção profissional por parte do Serviço Social consiste na atuação em equipe multidisciplinar, e ainda há resistência no entendimento de que, além de expressões da questão social e situações de vulnerabilidade serem agravantes de condições psíquicas, uma análise aprofundada e contextualizada dos aspectos sociais em que aquele indivíduo está inserido é de suma importância. Para isso, o profissional do Serviço Social é indispensável na formação da equipe. A falta dessa análise dificulta uma intervenção adequada, e ainda demonstra falta de informação sobre o “que é atribuição de fato do/a assistente social”.

Esses aspectos fragilizam uma leitura crítica e condizente com a realidade do paciente, o que não produz transformações efetivas na vida dos usuários dos serviços de saúde mental. Destaca-se, que há uma relação entre o projeto ético-político da profissão e o da reforma sanitária:

As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade. (Netto, p. 2, 1996)

O entendimento do que é saúde mental e o tratamento de transtornos ainda é um desafio, não apenas com a mudança no pensamento na sociedade, mas para pacientes e os profissionais multidisciplinares e até mesmo gestores e coordenadores de políticas públicas. Ao se instituir uma Rede de Atenção Psicossocial, propõe-se um serviço atrelado à liberdade e à cidadania do usuário. O cotidiano comunitário segue sendo uma das ferramentas mais poderosas, que possibilita a desconstrução da lógica manicomial de formas diversas de expressão da vida desses usuários e assim, permite desenvolver espaços solidários e de convívio com a diferença.

A falta de compreensão dos aspectos que de fato baseiam a luta antimanicomial e a proteção de pessoas com sofrimento mental também retarda o avanço de uma rede de atenção psicossocial efetiva. Em 12 de dezembro de 2024 foi aprovada na Câmara dos Deputados um projeto de lei, de autoria do ex-deputado Delegado Waldir, do partido Liberal União Brasil Goiás, que amplia internações compulsórias, além de aumentar o tempo das internações para 03 a 20 anos, o que dificulta e representa um retrocesso na ressocialização de inimputáveis, aqueles que cometem infrações e, na visão do Código Penal, não podem ser consideradas responsáveis pelos seus atos devido a distúrbios psicológicos e doenças mentais. A inimputabilidade é tratada no Código Penal Brasileiro nos artigos 26 a 28 e pode ocorrer por doença mental; desenvolvimento mental incompleto ou retardado; pela menoridade penal e por embriaguez acidental (Brasil, 1940). Conforme o projeto, a internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, com prazo mínimo de 3 a 20 anos. Hoje, o prazo mínimo é de 1 a 3 anos.

Isso reafirma um modelo de prisão às instituições de saúde mental que cumprem medida de segurança, e difunde também um sistema de culpabilidade da pessoa em situação de transtorno psicológico, o que fere o próprio conceito de inimputabilidade, do qual compreende-se que é considerado inimputável aquele que não tem condições de autodeterminação na data do crime ou que seja inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato. O inimputável é isento de pena (Bianchini, 2011).

4.1 PROTEÇÃO DE DIREITOS HUMANOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A lei 10.216/2001, preconiza direitos das pessoas com prejuízo das condições de saúde mental serão amparados por meio da Rede de Atenção Psicossocial, que tem entre suas diretrizes o respeito e a promoção dos Direitos Humanos na construção de recursos de cuidado e de cidadania das pessoas usuárias dos serviços que compõem essa Rede. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estrutura a política de saúde mental brasileira e é composta por serviços do SUS (Sistema Único de Saúde), em sua maioria guiados por princípios de cuidado comunitário e em liberdade, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e as Unidade de Acolhimento (UAs). A saúde passou a ser reconhecida como um direito social no Brasil apenas a partir da Constituição de 1988, e posteriormente com a criação do SUS. Porém, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, elaborada anteriormente em 1948, após os horrores da Segunda Guerra Mundial, já colocava a saúde como um direito. Esse documento consolida direitos universais essenciais para proteger a dignidade humana, buscando prevenir novas atrocidades e promover um compromisso global com os valores que ele reforça:

“Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis (artigo XXV).” (DUDH,1948).

Compreender o conceito de saúde, incluindo o direito à saúde mental, exige uma análise do contexto histórico, político, econômico e social, além de outros fatores externos que influenciam esses direitos. O SUS foi criado pela Lei 8080/1990 com a Constituição Federal de 1988. A Constituição Federal de 1988 dedicou um capítulo inteiro à saúde, prevendo que ela deveria ser universal, gratuita e de acesso igualitário a todos. Esse momento marcava o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que teve sua lei de criação regulamentada, a de nº 8080, dois anos mais tarde, no dia 19 de setembro de 1990.

A diretriz política do modelo do acolhimento dos Centros de Atenção Psicossocial é pautada nos direitos humanos, que garante aos usuários assistência de enfermagem 24h, local protegido para a satisfação das necessidades básicas de alimentação, higiene e repouso, além do acesso ao uso de medicamentos, quando necessário. Alguns oferecendo internação, e em grande maioria oferecendo um espaço de convivência e ressocialização para aqueles que estão em sofrimento psíquico, seja este causado por transtornos mentais ou pelo uso de Álcool e drogas.

Nos últimos anos, recorrentemente, tem sido pauta de discussão e denúncias os abusos cometidos e a problemática atribuídas às Comunidades Terapêuticas, que por definição são instituições com o objetivo de promover uma transformação da personalidade do indivíduo (Sabino, Cazenave, 2005). São instituições de natureza privada, em grande parte religiosas, que se estruturam como residências coletivas temporárias para recuperação de pessoas que fazem uso de álcool e drogas ou para pessoas com transtornos mentais. Um requisito para que elas recebam financiamento do governo federal é a elaboração de um projeto terapêutico. Porém, essas instituições não são estabelecimentos de saúde, de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social, e portanto, não oferecem serviços assistenciais de saúde ou executam procedimentos de natureza clínica (Conad, 2015). São, na prática, espaços distantes dos centros urbanos e que se baseiam na abstinência e "laborterapia" (trabalho forçado) como método de "cura". Diversas denúncias têm sido feitas de diversos abusos e relatos de violações à dignidade humana de internos nessas comunidades, que têm sido ampliadas desde o Governo Michel Temer.

Os casos denunciados são exemplos de violações de direitos humanos citadas no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Divulgado em junho de 2018, o documento foi feito pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Em 170 páginas, o relatório detalha as condições de 28 comunidades terapêuticas de onze Estados e do Distrito Federal. Sua principal constatação: as instituições vêm atuando como mini manicômios, mantendo os pacientes presos - e muitas vezes com a ajuda de verbas públicas: Estima-se que apenas em 2020 o investimento nessas instituições aproxima-se de 130 milhões de reais.

No Brasil, estima-se que existam cerca de 2 mil comunidades terapêuticas no ano de 2024. Porém, é difícil obter um número preciso e dados atualizados, visto que muitas dessas instituições funcionam sem qualquer supervisão do estado. Em um país de extensão territorial de 8.510.345,540 km² e 5.568 municípios não há como se ter precisão de como essas instituições funcionam, e apenas 300 delas de fato possuem parcerias com o governo. Essa margem de Comunidades Terapêuticas sem qualquer tipo de vigilância, e uma cultura que tende a menosprezar e excluir o doente mental, resulta em diversas violações dos direitos mais básicos do ser humano e tratamentos inimagináveis em pleno século XXI. Em outubro de 1999, Damião Ximenes Lopes foi espancado até a morte em uma Casa de Repouso Guararapes (definida como um centro de atendimento psiquiátrico privado contratado pelo Estado), em Sobral, no Ceará. Este configura apenas um dos diversos casos que ocorreram em comunidades terapêuticas, mesmo após a reforma psiquiátrica no Brasil (Ximenes Lopes vs Brasil, 2021).

O caso de Damião Ximenes Lopes chegou até a Unidade de Fiscalização e Monitoramento das deliberações da Corte Interamericana de Direitos Humanos, tamanha sua repercussão e gravidade. O relatório do Conselho Nacional de Justiça aponta que, segundo o apurado:

Dois dias após a internação, ele apresentou um quadro de desorientação e agressividade enquanto tomava banho e, em razão disso, foi retirado à força e submetido à contenção mecânica por um auxiliar de enfermagem e outros dois pacientes da clínica. Após nova crise no período noturno do mesmo dia, foi novamente submetido à contenção mecânica por dois dias. No dia 04 de outubro, quando a sua mãe foi visitá-lo, encontrou-o cheio de hematomas, sangrando, com a roupa suja e cheia de fezes. As mãos estavam contidas e ele apresentava dificuldade de respirar. Já em estado de agonia, gritava e solicitava apoio da polícia. Apesar da situação e de continuar submetido à contenção mecânica, foi permitido que ele caminhasse sem a adequada supervisão. Duas horas após ter sido medicado pelo Diretor Clínico do Hospital, Ximenes Lopes veio a falecer em 04 de outubro de 1999, sem contar com assistência médica no momento de sua morte (CNJ, 2021).

Após o devido procedimento internacional, o próprio Estado reconheceu parcialmente a sua responsabilidade internacional em relação aos fatos. A Corte Interamericana condenou o Brasil pelas violações aos artigos 4º (vida), 5º (integridade física), 8.1 (garantias judiciais) e 25.1 (proteção judicial), em relação às obrigações contidas no art. 1.1 da CADH (dever geral de respeito e garantia dos direitos consagrados).

O relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas identificou várias instituições onde os pacientes são mantidos isolados, incomunicáveis e com restrição de visitas, têm documentos ou dinheiro retidos e não podem se comunicar com privacidade. Algumas internações são voluntárias, e com o tempo se tornam involuntárias. “A laborterapia (tratamento de viciados) era, em praticamente a totalidade dos casos, simplesmente exploração de mão de obra. Os internos eram os responsáveis pela manutenção dos estabelecimentos sem receber nada em troca. Apenas substituem trabalhadores pagos” (Costa, 2018).

Faz-se necessário, portanto, compreender que a loucura nem sempre foi encarcerada. No início do século XV o louco possuía relativa liberdade e recebia apoio através da caridade alheia. Em alguns lugares da Europa era comum deixar o louco vagando pelos campos, já em outras sociedades europeias eles convivem livremente com mendigos, mágicos, libertinos e todos aqueles que eram tidos como diferentes. Fato interessante é que a loucura, com suas características estranhas, chegou a ser considerada como expressão da vontade divina (Ibrahim, 2014).

Somente no século XVI a medicina se encontra com a loucura, a pedido da igreja para tentar provar que todas as manifestações diabólicas eram fruto da imaginação imoral. Já no século XVII, foram criados estabelecimentos para o recolhimento de loucos, mendigos,

criminosos, prostitutas e outros desregrados. Esses locais não se prestavam ao tratamento, mas sim para a exclusão, para a limpeza da sociedade. Lá sofriam as mais variadas espécies de tortura e chegavam a ser acorrentados (Fuhrer, 2000).

O paralelo então, do encarceramento da doença mental e instituições religiosas, vem de um pensamento de herança histórica da sociedade, e fortemente presente em como se estabelecem as comunidades terapêuticas hoje, que partem de um pensamento religioso sobre o transtorno mental.

Em contraponto às práticas manicomiais de comunidades terapêuticas, surge a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em substituição aos hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), espaços para acolhimento de indivíduos com transtornos mentais em tratamento não hospitalar, que realiza trabalhos para diminuir o preconceito contra a loucura e os transtornos decorrentes do uso de substâncias. São espaços de convivência e práticas em grupo, que visam justamente a reinserção desse indivíduo em ambientes sociais e de trabalho, conscientizar sobre a doença mental e o estigma que ela carrega. A visão da sociedade carrega tantas heranças manicomiais, que o próprio fato de algum indivíduo frequentar o CAPS, é colocado como algo negativo. Difundiu-se uma ideia com o surgimento das redes sociais de que o CAPS é um manicômio, com internação compulsória ou involuntária, e esse estigma tem aumentado a resistência do público mais jovem a procurar a instituição pelo que ela de fato é: um local que visa a conscientização e reintegração de pessoas com sofrimento psíquico na sociedade.

A maior crítica atual com relação a rede de atenção psicossocial como serviço substitutivo é a insuficiência de locais de internação psiquiátrica, para quando ela de fato é necessária. Atualmente no Distrito Federal, há apenas 122 leitos psiquiátricos, que se dividem em 4 hospitais, leitos esses que devem ser divididos entre indivíduos que necessitam de internação e internação por cumprimento de medida de segurança, após o fechamento da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), em que se foi implementada a interdição parcial (Brasil, 2005). No artigo Reforma Psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil, as autoras apontam:

Além de ser desigual a quantidade de leitos em hospitais públicos e privados, é também desigual a sua distribuição entre as regiões do Brasil. Os leitos se concentram principalmente nos grandes centros urbanos e isso tem causado a desassistência aos pacientes com transtornos mentais nos locais com baixa quantidade de leitos. Outras consequências desse quadro são a migração dessas pessoas para outros estados e municípios e também a dificuldade na formulação e na condução da política de desospitalização (Brasil, 2005).

Faz-se importante compreender que a política antimanicomial não se baseia necessariamente em pôr fim a toda e qualquer internação psiquiátrica. E sim perceber quando ela

é de fato necessária, como ressalta o art 4º da lei 10.216, respeitando os direitos e a dignidade do indivíduo e buscando o tratamento e ressocialização desse paciente. Uma política que impossibilita a internação em casos de medidas de segurança em um local destinado a isso, e a redistribuição dessas internações a critério da justiça, sem a abertura de novos leitos, é uma medida que sobrecarrega todo o serviço de Atenção Psicossocial. Mesmo instituições que são Centros de convivência como o CAPS, às vezes entendem que aquele indivíduo necessita de uma internação, mesmo que temporária. Na reestruturação no campo da saúde mental, as dificuldades enfrentadas também precisam ser observadas, apesar do enorme avanço, a procura pelo progresso deve ser contínua.

O Serviço Social pode colaborar para melhores serviços psiquiátricos, para criar alternativas para os serviços tradicionais, para evitar o estigma social e a reprodução da exclusão. Estes são exemplos que contemplam atitudes em níveis organizacional, institucional e social, respectivamente. Entretanto, os aspectos mais determinantes não estão nas mãos do Serviço Social, nem exclusivamente no âmbito institucional. Segundo Albuquerque, a mudança social do objeto institucional é a premissa mais importante na transformação institucional. O objeto Saúde Mental precisa ser transformado em uma concepção que não reproduza a exclusão. Nesse sentido, o Movimento de Reforma Psiquiátrica, que reformula as concepções de Saúde Mental e de tratamento, é muito importante para o assistente social (Bisneto, 2016).

5 CAPÍTULO III: A ASSISTÊNCIA SOCIAL NA LUTA ANTIMANICOMIAL

A relação entre o Serviço Social e saúde mental no Brasil se caracteriza por demandas que já existiam para a profissão, ocorrendo, a partir de 1940, a inserção do Serviço Social na saúde mental no Brasil, nas “portas de entrada e saída” de asilos e hospitais psiquiátricos e na gerência de benefícios sociais. (Vasconcelos, 2010). Bisneto aponta que, diferentemente do Brasil, nos Estados Unidos, o Serviço Social atua na saúde mental desde sua constituição como tal, e o assistente social atuava no reajustamento de doentes mentais e na prevenção de recaídas.

No modelo norte - americano, o Serviço Social na saúde mental seguia uma linha de apoio terapêutico. O serviço prestado pelo assistente social ao seu usuário se restringia ao atendimento das questões ligadas ao tratamento médico em si, isto é, era diferente do que é feito hoje no Brasil, onde boa parte do trabalho do serviço social nas organizações psiquiátricas está voltada ao atendimento de questões mais emergenciais associadas a enorme pobreza dos pacientes e a ausência de rede de suporte familiar e comunitário (Bisneto, 2016).

O atendimento norte americano na área psiquiátrica segue a metodologia do “Caso, Grupo e Comunidade” em que se observa propósitos de solução de problemas ou de Integração pessoal. Há a participação de um assistente social em planejamento, programas sociais e pesquisa. A diferença no campo teórico nos Estados Unidos em relação ao Brasil é a aplicação da teoria sistêmica moderna na área da família. Aqui o aproveitamento tem sido diretamente em terapias de família e vem sendo motivo de debate dos conselhos profissionais sobre a especificidade do trabalho do Assistente Social (Bisneto, 2016).

Nos primeiros 30 anos do Serviço Social no Brasil, a atuação na saúde mental não era expressiva, de acordo com Bisneto. Os hospitais estatais eram voltados para a população muito pobre, e não para a massa de trabalhadores no geral, e apenas nas capitais do país. Havia poucas clínicas psiquiátricas privadas, que atendiam a população mais rica e não empregavam assistentes sociais (Cerqueira, 1968).

Aqui é possível traçar dois paralelos que definem o que é a saúde mental no Brasil e como se dá o papel do Serviço Social nela. Da mesma forma que o conceito de “saúde” se refere a “um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, também a Saúde Mental se refere a algo maior do que apenas a ausência de perturbação mental. Fatores como a sensação de insegurança e falta de esperança, as rápidas mudanças sociais, os riscos de violência e problemas de saúde explicariam a maior vulnerabilidade dos pobres aos transtornos mentais comuns (Silva e Santana, 2012). Estes

transtornos são mais frequentes em minorias, como nas mulheres, idosos, negros. Estudos apontam também a associação de transtornos mentais com os eventos vitais produtores de estresse, como o baixo apoio social e às condições de vida e trabalho, baixa escolaridade, pequena posse de bens duráveis, más condições de moradia, baixa renda, desemprego e trabalho informal (Ludemir, 2005).

É possível observar nesses estudos que há uma relação entre o transtorno mental comum e pobreza. Essa relação também foi percebida na pesquisa onde a população portadora de depressão também apontaram a pobreza material como um dos motivos do seu transtorno, ou seja, essa relação também é observada por quem sofre com problemas mentais. (Martin, 2007). Ao se revisar dados sobre condições de vida e saúde em vários países, os achados sugerem que essa associação entre pobreza e o transtorno mental comum é universal, ocorrendo em todas as sociedades independente de seu nível de desenvolvimento (Patel, 1999).

É possível observar, portanto, que condições sociais e de trabalho são determinantes para a saúde mental, e, em um país permeado pela vulnerabilidade, é necessário perceber como as instituições de atenção psicossocial e o papel do Assistente Social se entrelaçam. Ainda na atualidade, a compreensão conservadora de que a origem da profissão esteve centrada na “evolução de formas de caridade”, como elemento central para uma posterior profissionalização da “ajuda” que acaba se despejando no serviço social. Essa perspectiva pode ser facilmente assimilada e reproduzida, tanto por outros profissionais, quanto por Assistentes Sociais que assumem essa postura conservadora. Trata-se de uma concepção equivocada de história que está atrelada a uma percepção errônea de que evoluindo primeiro a caridade, esta determinaria as relações de trabalho de modo que surgiria a profissão.

O Serviço Social, portanto, se fortalece com ações e as possíveis articulações no contexto da saúde mental e cabe à profissão a busca de ações estratégicas como uma necessidade para a superação reforçando o direito social à saúde.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto - ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. Considera-se que o código de ética da profissão apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria (Matos, 2003; Bravo & Matos, 2004 apud CFESS, 2009, p. 14).

O atendimento do Serviço Social no campo da saúde mental no Brasil hoje, ainda luta para se estabelecer como necessário, pois os vínculos profissionais fragilizados impõem limites na atuação do profissional. As instituições ainda desconhecem o que é atribuição de fato do assistente social e as competências dos profissionais e, portanto, os conferem resoluções de demandas pontuais e fragmentadas que impossibilita uma leitura crítica e condizente com a realidade, o que não produz transformações efetivas na vida dos usuários dos serviços de saúde mental (Tavares, 2022).

O Serviço Social teve um papel fundamental na construção da Reforma Psiquiátrica, ao atuar de forma articulada com os demais profissionais da área de saúde mental na elaboração de novas práticas e políticas de atenção à saúde mental. A Reforma Psiquiátrica impôs diversos desafios ao Assistente Social, entre eles a necessidade de desenvolver uma nova abordagem de intervenção profissional que priorize o trabalho em rede, a inclusão social e a proteção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, a atuação do assistente social na política de saúde mental é indispensável, pois está alicerçada no compromisso ético e político de promover a justiça social e assegurar os direitos humanos de forma intransigente (CFESS, 2010).

A assistência social, então, desempenha um papel essencial na organização e integração da rede de serviços de saúde mental, além de garantir que as pessoas com transtornos psíquicos e suas famílias participem ativamente das decisões sobre seu cuidado e tratamento. Um desafio nessa área de atuação para o assistente social é elaborar estratégias de intervenção que fortaleçam a autonomia e o poder de escolha dessas pessoas. Estes fatores contribuem para a inclusão social e a reconquista da cidadania desse indivíduo, o que é de suma importância para a sua reintegração na sociedade. Das principais atribuições do profissional em campo, informar sobre os direitos da pessoa em sofrimento psíquico, encaminhamentos para benefícios assistenciais para aquele que está em tratamento, é importante para a recuperação da autonomia desse indivíduo.

O Programa de Volta para Casa (PVC), por exemplo, visa contribuir para a inserção social de pessoas que estiveram internadas ao menos dois anos ininterruptos em hospital psiquiátrico. O Ministério da Saúde aponta que o tripé indispensável para a efetivação da desinstitucionalização é formado pelo Programa de Volta Para Casa (PVC), junto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de Longa Permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos (Brasil, 2008). O PVC foi regulamentado pela Lei no 10.708/2003 e consiste no pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. O objetivo é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (Brasil, 2003, p. 01).

Portanto, a relação do Serviço Social e a Reforma psiquiátrica marca os movimentos democratizantes, com a descentralização do Estado a partir da Constituição Federal de 1988. Com os movimentos da Reforma Psiquiátrica sobre um olhar à pessoa com transtorno mental, fez-se o pensar da profissão em uma nova conceituação, inaugurando um novo modelo de atenção, não somente em diagnóstico científico patológico da medicina, mas com um olhar voltado ao sujeito, utilizando-se o termo reabilitação psicossocial (Bravo, 2012, p. 150).

A atuação do assistente social no SUS deve estar baseada nos princípios da Reforma Sanitária, buscando garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, com base na integralidade do cuidado, na participação social e na defesa dos direitos humanos. Assim como na metodologia de Caso, Grupo e Comunidade trazida por Bisneto, todas as ações do Assistente Social devem abranger diversas frentes de atuação, como a prevenção, o tratamento e a reabilitação de transtornos mentais, além de incluir a promoção da saúde mental e o combate ao estigma e à discriminação relacionados a doenças mentais. (Bisneto, 2016)

Assim, essa intervenção profissional do assistente social deve ter como objetivo promover ações que visem a prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com transtornos mentais e psicossociais. Para isso, é importante uma atuação multidisciplinar e articulada entre a assistência social, a saúde mental e outras políticas públicas: como o autor Bravo destaca que o assistente social deve atuar na articulação entre as políticas sociais e de saúde, buscando a integração dos serviços e a promoção da qualidade de vida da população.

5.1 A CONSTRUÇÃO DA NOVA REDE DE SAÚDE MENTAL

A partir do marco da Reforma psiquiátrica no Brasil, passou-se a dar prioridade à implantação de serviços que substituíssem os hospitais psiquiátricos, como as redes de atenção em saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas e residências terapêuticas, considerando as especificidades e demandas de cada região. As ações promovidas pelos municípios, apesar da necessidade de vontade política por parte dos gestores locais, começaram a receber financiamento por meio de portarias ministeriais. O objetivo é redirecionar os recursos para alternativas à internação psiquiátrica, alinhando as práticas de saúde mental ao modelo assistencial proposto.

Anos antes de termos como algo consolidado o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, momento em que seriam criados outros tratamentos e formas de olhar para o indivíduo em saúde mental, faz-se necessário apontar as contribuições de Nise da Silveira que já colocava a

experiência do indivíduo em primeiro lugar. A partir de 1946, os trabalhos de Nise da Silveira no Centro Psiquiátrico Nacional, no Rio de Janeiro, se baseavam no compromisso de criar práticas terapêuticas mais humanistas para a atenção à esquizofrenia, com Nise passando a pesquisar e desenvolver terapêuticas no Setor de Terapêutica Ocupacional da instituição. Suas atividades tinham como foco encontrar meios de expressão de vivências não verbalizadas e de significados simbólicos, e se dividiam em diversos setores como encadernação, costura, música, pintura e modelagem (Lima, 2004).

Se hoje os serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos ostentam signos de orientação temporal cronológica, é importante compreender que no passado não foi assim. Nos grandes pavilhões dos manicômios, cujos herdeiros estão hoje em vias de desinstitucionalização, naqueles hospícios, os pacientes não tinham o privilégio, do ponto de vista convencional, de disporem de relógios e calendários. Em vias de desinstitucionalização, o objetivo é recuperar não só o "tempo perdido" mas o próprio sentido de tempo desses pacientes. As experiências neste âmbito vêm imprimindo outras formas de lidar. E na tendência compreensiva-inclusiva, Nise da Silveira foi precursora e mantém-se com extraordinária atualidade (Guimarães, 2007).

O termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade. Este termo tem sua origem no movimento italiano de reforma psiquiátrica. Para Rotelli, o mal da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a "doença", da "existência global complexa e concreta" dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se constrói um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos, todos referidos à "doença" (Hirdes, 2009). A desinstitucionalização possui um significado muito mais abrangente do que apenas transferir o foco do cuidado da internação para a comunidade. Enquanto essas instituições continuarem existindo de forma concreta, será indispensável atuar para dismantelar esse sistema, embora as ações não se limitem apenas a esse aspecto (Rotelli, 2001).

Rotelli entende a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que coloca em perspectiva a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade; o deslocamento da ênfase no processo de "cura" para a "invenção de saúde"; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas (Rotelli, 2001).

Em 1992, nesse movimento de construção de estruturas substitutivas à internação no manicômio, foi elaborado o documento "Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial", que definiu os princípios e diretrizes para a implantação da rede de serviços comunitários de saúde mental. Nesse modelo, o tratamento passou a ser realizado em unidades de saúde mental de base comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferecem atendimento ambulatorial, internação diurna e acompanhamento terapêutico (Brasil, 2004).

Outro marco que merece atenção é a Política Nacional de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas (PNAD) criada em 2004, que também é atualmente a principal referência para a atenção à saúde mental no Brasil. A política tem como objetivo garantir a atenção integral às pessoas com transtornos mentais, por meio da promoção da saúde mental, da prevenção e do tratamento dos transtornos mentais, da reabilitação psicossocial e da redução de danos associados ao uso de álcool e outras drogas.

Faz-se necessário apontar como o novo modelo de tratamento e centros de reabilitação psicossocial delineiam uma nova história, tanto para o tratamento de transtornos no Brasil, quanto para a atuação profissional do Assistente Social na saúde mental. A importância desse serviço fazer parte do Sistema Único de Saúde (SUS), também advém de um entendimento de que, o fator social no Brasil e a vulnerabilidade são determinantes para o adoecimento mental de certa parcela da população. A atuação multidisciplinar nessas instituições também merece destaque nessa construção, visto que, na dinâmica profissional, estes ocupam suas funções específicas e essenciais para o funcionamento dessas instituições.

O ISM (Instituto de Saúde Mental) no Riacho-Fundo, DF, é um exemplo vívido e relevante de reestruturação de um local com uma herança de repressão em um local de acolhimento. Demonstrando que é possível reformar o passado, com uma reparação quase histórica de uma chácara que servia de refúgio para os presidentes do Regime Militar, hoje dá lugar a salas de terapia e serve como lar de internação para 30 pacientes. O local foi devolvido ao GDF por José Sarney após o fim da ditadura militar, e é apontado como o local onde foi assinado o AI-5 por Costa e Silva, um Ato Institucional que representa o pior da repressão militar e tortura. Este, o próprio Hospital Psiquiátrico de Barbacena, entre tantas outras instituições, hoje refazem sua história e tentam dar lugar ao tratamento e acolhimento de pacientes, e limpar um passado complexo de exclusão e barbárie contra a população vulnerável em sofrimento mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, representou um marco trágico na história da saúde mental brasileira, e retrata um modelo de tratamento centrado na exclusão e desumanização. O local foi responsável pela internação de milhares de pessoas em condições degradantes, expondo as falhas de um sistema manicomial que negligenciava a dignidade e os direitos de pessoas em sofrimento psíquico, excluídos da sociedade. A realidade alarmante dessa e outras instituições desencadeou reflexões urgentes sobre as práticas psiquiátricas vigentes, fomentando debates que viriam a embasar o movimento da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica, iniciada nos anos 1970 e consolidada nas décadas seguintes, surgiu como uma resposta a esse passado de exclusão. O movimento buscou romper com o modelo hospitalocêntrico, propondo uma abordagem mais humanizada e inclusiva, baseada no cuidado em liberdade, no respeito aos direitos humanos e na integração social. O avanço desse processo, então resultou na criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas, que passaram a oferecer suporte de qualidade e promover a reinserção social das pessoas com transtornos mentais.

A finalidade dessa pesquisa, foi identificar um processo ainda em curso, identificar os seus fenômenos, compreendê-los e, por fim, tentar responder a questão principal da pesquisa, ou seja, identificar as evoluções no processo da instauração da reforma psiquiátrica no Brasil, o papel do Assistente Social no campo, e se conseguimos efetivamente romper com o modelo manicomial e ingressar num efetivo processo de reestruturação, tal como previsto pela nova legislação brasileira em saúde mental.

A promulgação da Lei 10.216, em 2001, consolidou os princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica, estabelecendo direitos fundamentais às pessoas com transtornos mentais e regulando o uso das internações psiquiátricas como medidas de caráter excepcional e temporário. Além disso, a lei reforçou a responsabilidade do Estado em implementar políticas públicas voltadas à inclusão social e à proteção integral desses indivíduos, consolidando avanços históricos na forma de tratar e compreender os transtornos mentais no país.

Identificou-se neste contexto, o papel do assistente social desponha como fundamental. Esse profissional, na tentativa de amortecer os efeitos da questão social na saúde mental da população, atua na articulação de redes de atendimento e na promoção de estratégias que fortaleçam e recuperem a autonomia e a inclusão das pessoas com transtornos mentais. Ao garantir a participação ativa dos usuários e suas famílias nas decisões sobre cuidados e

tratamentos, o assistente social contribui para uma abordagem mais respeitosa e integral, alinhada aos valores da Reforma Psiquiátrica.

É imprescindível, portanto, que o profissional de Serviço Social continue empenhado na defesa dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, na integração com outras áreas profissionais e na promoção da saúde mental como um direito humano essencial. A conexão entre a Reforma Psiquiátrica, o Serviço Social e a valorização da saúde mental são indispensáveis para construir uma sociedade mais tolerante e consciente, onde a saúde mental seja reconhecida como um componente essencial da saúde integral. Vale ressaltar que este estudo procurou atingir seu objetivo ao aprofundar a análise sobre a relevância da saúde mental e a necessidade de abordagens mais humanizadas e inclusivas no tratamento de transtornos mentais. Além disso, apresenta elementos que destacam a Reforma Sanitária como um marco fundamental na consolidação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), superando o modelo centrado no manicômio.

Porém, foi necessário resgatar e analisar criticamente o ocorrido ao longo da história da saúde mental, para assim perceber que o processo de desmanicomialização e de afirmação de atendimentos humanizados nessa área segue evoluindo, porém ainda há um longo caminho a se percorrer. Nas reflexões sobre a visão sobre os transtornos mentais no passado e na sociedade atual, percebe-se que o estigma, apesar de amplamente superado, ainda persiste em muitos aspectos. O Assistente Social na área da saúde mental deve auxiliar o fortalecimento de uma articulação em rede com outras políticas públicas e a conscientização sobre a independência dos usuários desses serviços.

Assim, ao conectar os eventos do passado, como o sofrimento imposto pelo Hospital Colônia de Barbacena, às conquistas promovidas pela Reforma Psiquiátrica e pela Lei 10.216, é possível perceber um direcionamento das práticas em saúde mental no Brasil, alinhada à perspectiva dos direitos humanos. O que não exclui os desafios que ainda persistem. A consolidação de um sistema de saúde mental mais justo e inclusivo requer o compromisso contínuo dos profissionais, que, ao valorizar a dignidade humana e a cidadania, ajudam a construir um modelo de cuidado cada vez mais alinhado aos princípios da justiça social e dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTINO, Lucas. Comunidades terapêuticas para dependentes químicos serão ampliadas. O Globo, 29 de setembro de 2023.
- AMARANTE, Paulo (org.). *Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil*. Em *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 73-84.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro – Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro. 50 anos sem punição. *Tribuna de Minas*, 20 de novembro de 2011.
- BASAGLIA, Franco. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”. In: AMARANTE, P. (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 23-34.
- BIANCHINI, A. Recordando conceitos: inimputabilidade. *Jusbrasil*. Brasil, 2011.
- BISNETO, J. A. *Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. São Paulo: Cortez, 2007.
- BOTTOMORE, Tom (Org.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- BRANCO, Thayara Castelo. *O Holocausto Manicomial: trechos da história do maior manicômio do Brasil!*. [S.I.]: Justificando, 2015.
- BRASIL. *Cartilha Direito à saúde mental*. Brasília: Ministério Público Federal, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRAVO, M. I.S; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e o Projeto Ético- Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza, VASCONCELOS, Ana Maria, GAMA, Andréa de Souza, MONNERAT, Gisele Lavinias (Orgs). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- BRAVO, M. I.; MOTA, A. E.; TEIXEIRA, M. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2012, p. 1-32.
- CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CERQUEIRA, Luiz. *Por uma psiquiatria social*. Rio de Janeiro: IPUB-UFRJ, 1968.
- CFESS; CFP. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social. Brasília: CFESS / CFP, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha>. Código de ética do/a Assistente Social. Lei 8862/93 de regulamentação da profissão.

CNJ. Caso Ximenes Lopes vs Brasil : Corte Interamericana de Derechos Humanos : supervisión de sentencia : sumário executivo / Conselho Nacional de Justiça; Coordenadores Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Isabel Penido de Campos Machado e Valter Shuenquener de Araújo. – Brasília: CNJ, 2021.

Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília, 1993.

Costa, J. F. (2007). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond.

COSTA, Lúcio. Abusos contra pacientes psiquiátricos se espalham pelo Brasil com ajuda de verbas públicas. *BBC News Brasil*, 11 de setembro de 2018.

DELGADO, Pedro. Reforma psiquiátrica: conquistas e desafios. *Revista EPOS*, dezembro de 2013.

DUARTE, S. L.; GARCIA, M. L. T. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil (*Psychiatric Reform: the path of psychiatric beds reduction in Brazil*). *Emancipação*, Ponta Grossa - PR, Brasil, v. 13, n. 1, p. 39–54, 2014.

FASSHERBER, V. B. O processo de reforma psiquiátrica no município de Barbacena-MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da “Cidade dos Loucos”. *Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca*, Rio de Janeiro, 2009.

FIRMINO, Hiram. *Nos Porões da Loucura*. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia (Revista Eletrônica)*, v. 1, n. 18, 2012.

FORMIGA, Isabella. Ex-casa Militar. *Globo*, 03 de março de 2015.

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

FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. *Tratado da inimputabilidade no Direito Penal*. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

GANDRA, Alana. Dados inéditos sobre comunidades terapêuticas no país. *Agência Brasil*, 29 de junho de 2024.

GONÇALVES, R.; GÓES, W. L. À margem de Outubro: comunistas e a questão racial no Brasil. *Lutas Sociais*, São Paulo, vol. 21, n. 38, p. 192-207, jan./jun. 2017

GOMES, T. F. S.; SILVA, M. H. C. Intervenção do Assistente Social na Saúde Mental: Um Relato de Experiência, *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.50, p.190-206, jul./dez. 2017.

GUIMARÃES, J.; SAEKI, T. Sobre o tempo da loucura em Nise da Silveira. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2007.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2009.

IAMAMOTO, M. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade. In: CFESS. *Atribuições privativas do/a assistente social em questão*. 1. ed. ampl. Brasília: CFESS, 2012.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 8.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

IBRAHIM, Elza. *Memória Interrompida ao silêncio da Loucura*. 1. ed. Curitiba: Appris, 2014.

LIMA, E. A. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamento de uma prática. In.: Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Costa, C.M.; Figueiredo, A.C. (orgs.). Rio de Janeiro: Contra Capa

LUDEMIR, A, B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2005.

MACHADO, Roberto. *Danação da norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

Magro Filho, J. B. (1992). *A tradição da loucura: Minas Gerais - 1870/1964*. Belo Horizonte: COOPMED/UFGM

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, 2007.

MARX, K. Teses sobre Feuerbach, trad. Castro e Costa, L. C., São Paulo: Martins Fontes, 2002.

Moretzsohn, J. (1989). A história da psiquiatria mineira. Belo Horizonte: COOPMED Editora

NETO, F. K.; DUNKER, C. I. Depois do holocausto: efeitos colaterais do hospital colônia em Barbacena. *Psicol. rev.* vol.23 no.3. Belo Horizonte, 2017.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da "questão social". *Temporalis*, n. 3, Brasília: ABEPSS, p. 41-49, 2001.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva do Serviço Social no Brasil. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 50, 1996.

NUNES, M. O.; AMARANTE, P. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2018.

PATEL, V.; ARAYA, R.; LIMA, M. S.; LUDERMIR, A.; TODD, C. *Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies*. *Social Science & Medicine*, 1999; 49:1461-71.

PEREIRA, Luciano Meneguetti. *As Dimensões dos direitos fundamentais e necessidade de sua permanente reconstrução enquanto patrimônio de todas as gerações*.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito internacional*. 3. ed. São Paulo: Max Limonad, 1997.

PIRES, M. F. C. *Education and the historical and dialectical materialism*. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, v.1, n.1, 1997.

- ROCHA, F.; HARA, C.; PAPROCKI, J. Doença mental e estigma. *Rev. Med. Minas Gerais*, 2015.
- ROSA, Guimarães. Primeiras histórias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2001.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SABINO, N. M.; CAZENAVE, S. O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estud. psicol.* Campinas, 2005.
- SILVA, D. F.; SANTANA, P. R. Transtornos Mentais e Pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. Brasília, 2012.
- SILVA, M.C.B. Repensando os porões da loucura: um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena. Belo Horizonte, MG: Argvmentvm, 2008.
- TAVARES, M. J.; SOARES, R. L. Dificuldades encontradas na atuação do/a assistente social na saúde mental. “*Crise do capital e exploração do trabalho em momentos pandêmicos: Repercussão no Serviço Social, no Brasil e na América Latina*”, 2022.
- TOLEDO, Jairo. *Hospital Colônia de Barbacena: como tudo mudou após Basaglia*. *Brasil de Fato*, 06 de julho de 2024.
- UNICEF. (2024). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Brasília, DF: Autor
- VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- VIEIRA, A.R. Organização e saber psiquiátrico. *Rev. adm. empres.* 21. São Paulo, 1981.
-