



FACULDADE PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA AMAZÔNIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

ALYNE OLIVEIRA DO ESPÍRITO SANTOS
SAMUEL MOURA

**DESAFIOS DA PRÁTICA DO PSICÓLOGO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL FRENTE À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO ANTIGO MODELO
MANICOMIAL**

PARAUAPEBAS
2024



ALYNE OLIVEIRA DO ESPÍRITO SANTOS
SAMUEL MOURA

**DESAFIOS DA PRÁTICA DO PSICÓLOGO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL FRENTE À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO ANTIGO MODELO
MANICOMIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do Programa do Curso de Bacharelado em Psicologia para a obtenção do Título de Bacharel.

Orientadora: Prof. M.a: Daniela Américo.

PARAUAPEBAS

2024

OLIVEIRA, E S, Alyne; MOURA, Samuel.

Desafios da Prática do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Frente à Desinstitucionalização do Antigo Modelo Manicomial ; Daniela dos Santos Américo e 2024.

42 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia - FADESA, Parauapebas, 2024.

Palavras-Chave: CAPS; Desinstitucionalização; Manicômio.

Nota: A versão original deste trabalho de conclusão de curso encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia – FADESA em Parauapebas.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho de conclusão, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Comitê de Ética

Protocolo nº:

Data:

ALYNE OLIVEIRA DO ESPÍRITO SANTOS

SAMUEL MOURA

**DESAFIOS DA PRÁTICA DO PSICÓLOGO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL FRENTE À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO ANTIGO MODELO
MANICOMIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do Programa do Curso de Bacharelado em Psicologia para a obtenção do Título de Bacharel.

Aprovado em: 20/05/2024

Banca Examinadora

Dionis S

Profª M.e Dionis Soares de Sousa
Faculdade Para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia

Victoria C

Profª M.a Victória dos Reis Gonçalves da Costa
Faculdade Para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia

Daniela A

Profª M.a. Daniela dos Santos Américo
Faculdade Para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (orientadora)

Samuel M

Alyne S

Daniela S. Américo
Coordenadora do Curso de Psicologia
FADESA

Data de depósito do trabalho de conclusão: 20/05/2024

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente à nosso Senhor Jesus, que nos deu força e nos sustentou nessa caminhada. Toda honra e toda glória sejam dadas a Ele. A nossa família, cujo amor, apoio e compreensão foram fundamentais ao longo desta jornada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Em lágrimas quero deixar escrito minha gratidão a Deus, meu Jesus que me amou e cuidou tão bem de mim durante esses 5 anos. Foram anos árduos e difíceis, mas Ele me sustentou de pé. Ele me fez uma promessa em 2017, promessa essa que eu iria cursar psicologia. E agora estou aqui concluindo minha graduação, deixando registrado que a promessa dele se cumpriu. Obrigada meu Jesus.

Quero externar minha imensa gratidão a minha vó Modestina Da Silva Oliveira, a senhora me ensinou a ser uma mulher forte, que luta por seus sonhos e não desiste nunca. Dedico a senhora essa graduação.

A toda minha família que permaneceu firme comigo, vocês foram meu maior suporte e motivo de persistência. Sem vocês eu não conseguiria.

Quero agradecer ao meu parceiro de TCC e amigo Samuel Moura, que esteve comigo nessa caminhada, apesar da luta, vencemos meu amigo.

E, por fim, a minha querida e excelente orientadora Daniela Américo, que foi fundamental para que mantivéssemos a calma. Obrigada por todo conhecimento ofertado para nós.

(Agradecimentos de Alyne Oliveira do Espírito Santos)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de expressar minha profunda gratidão a Deus, por ser fonte de inspiração, força e sabedoria ao longo desta jornada acadêmica.

À minha família, que sempre esteve ao meu lado, oferecendo apoio incondicional, amor e compreensão. À minha esposa, Ludmila Emily, que esteve comigo durante todo o processo da faculdade. Ao meu pai, Antônio Ferreira Moura, que sonhou com esse dia, e à minha amada mãe, Delma de Moraes Moura, que deu continuidade ao sonho do meu pai de me ver formado.

Aos nossos colegas de curso, que compartilharam conosco os desafios e as alegrias desta jornada. Nossos momentos de estudo, trocas de conhecimento e apoio mútuo foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico e pessoal. Agradecemos por cada amizade construída e por cada momento compartilhado.

Aos nossos dedicados professores, que generosamente compartilharam seus conhecimentos, experiências e orientações ao longo deste percurso acadêmico. Suas palavras sábias e seu apoio foram fundamentais para o meu desenvolvimento intelectual e profissional.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Que este seja apenas o início de uma trajetória repleta de aprendizado, crescimento e realizações.

(Agradecimentos de Samuel Moura)

Welcome Home (Metálica)

Welcome to where time stands still
No one leaves and no one will
Moon is full, never seems to change
Just labelled mentally deranged
Dream the same thing every night
I see our freedom in my sight
No locked doors, no windows barred
No things to make my brain seem scarred
Sleep my friend, and you will see
The dream is my reality
They keep me locked up in this cage
Can't they see it's why my brain says rage?
Sanitarium
Leave me be
Sanitarium
Just leave me alone (...)

Letra: James Hetfield/ Kirk Hammett/ Lars Ulrich (Álbum "Master of Puppets" (1986))

RESUMO

Este trabalho aborda os desafios enfrentados pelos psicólogos que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto da desinstitucionalização do antigo modelo manicomial. Inicialmente, é apresentado um breve histórico do tratamento em saúde mental, destacando a segregação e desumanização dos manicômios. Em seguida, é discutida a transformação ocorrida na década de 1980 com a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a emergência dos CAPS como espaços de inclusão social e cuidado integral. O tema foi escolhido devido à relevância da atuação do psicólogo nesses locais e aos desafios herdados do modelo manicomial. A questão de pesquisa central foi formulada para investigar os métodos e estratégias desenvolvidos pelos psicólogos do CAPS para mitigar os problemas do antigo modelo manicomial. A metodologia adotada para este trabalho foi a pesquisa bibliográfica, utilizando fontes como livros, artigos científicos e documentos oficiais relacionados à história da saúde mental, à Reforma Psiquiátrica e à atuação do psicólogo nos CAPS. O levantamento histórico permitiu compreender a evolução do tratamento em saúde mental e os desafios enfrentados durante a transição do antigo modelo manicomial para um modelo mais humanizado. A análise dos materiais bibliográficos e do embasamento teórico em Foucault (1978), Teixeira e Ramos (2012) e Amarante (1995) possibilitou identificar as estratégias metodológicas desenvolvidas pelos psicólogos para superar as práticas do modelo manicomial e promover uma abordagem terapêutica centrada na pessoa.

Palavras-chave: CAPS; Desinstitucionalização; Manicômio.

ABSTRACT

This work addresses the challenges faced by psychologists working in Psychosocial Care Centers (CAPS) in the context of the deinstitutionalization of the old asylum model. Initially, a brief history of mental health treatment is presented, highlighting the segregation and dehumanization of asylums. Subsequently, the transformation that occurred in the 1980s with the implementation of Psychiatric Reform in Brazil and the emergence of CAPS as spaces for social inclusion and comprehensive care are discussed. The topic was chosen due to the relevance of psychologists' work in these places and the challenges inherited from the asylum model. The central research question was formulated to investigate the methods and strategies developed by CAPS psychologists to mitigate the problems of the old asylum model. The methodology adopted for this work was bibliographic research, using sources such as books, scientific articles, and official documents related to the history of mental health, Psychiatric Reform, and the role of psychologists in CAPS. The historical survey allowed us to understand the evolution of mental health treatment and the challenges faced during the transition from the old asylum model to a more humanized model. The analysis of bibliographic materials and theoretical grounding in Foucault (1978), Teixeira and Ramos (2012), and Amarante (1995) enabled the identification of methodological strategies developed by psychologists to overcome asylum model practices and promote a person-centered therapeutic approach.

Keywords: CAPS; Deinstitutionalization; Asylum.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	- Centros de Atenção Psicossocial
CERSAM	- Centros de Referência em Saúde Mental
MTSM	- Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MNLA	- Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
RENILA	- Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. O MODELO MANICOMIAL	17
2.1 O surgimento dos manicômios: O discurso da loucura.....	18
2.2 A trajetória dos manicômios no Brasil.....	21
2.3 A reforma antimanicomial.....	24
2.4 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	27
2.5 O psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial.....	30
2.6 Os desafios encontrados nessa atuação.....	31
3. METODOLOGIA	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
5. CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	43

1. INTRODUÇÃO

No passado, a loucura era encarada como um problema a ser eliminado da sociedade. Indivíduos rotulados como loucos eram vistos como inconvenientes e, conseqüentemente, removidos do convívio social, sendo isolados em locais conhecidos como manicômios. Os manicômios deixaram uma marca negativa na história do tratamento em saúde mental. As práticas realizadas nesses locais eram profundamente desumanas e tinham como paradigma central o isolamento como método de tratamento (Teixeira; Ramos, 2021).

No Brasil, na década de 1980, essa realidade passou por uma significativa transformação com a implantação da Reforma Psiquiátrica e a conseqüente desinstitucionalização do antigo modelo manicomial. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergiram como espaços fundamentais para a promoção da inclusão social e o cuidado integral das pessoas com transtornos mentais. No entanto, a transição para esse novo modelo de atenção não tem sido isenta de desafios, especialmente para os profissionais de psicologia que atuam nesses espaços.

O presente trabalho tem como tema os desafios do trabalho do Psicólogo que atua no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) frente à desinstitucionalização do antigo modelo manicomial. Esse tema foi selecionado após uma discussão dos pesquisadores a respeito da relevância da atuação do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como os desafios encontrados dentro desse novo modelo de assistência que são legados pelo antigo modelo manicomial.

Embora a atuação do psicólogo dentro do modelo de assistência oferecido pelo CAPS seja consensual, o profissional ainda encontra alguns desafios em sua prática. Por esse motivo, torna-se fundamental compreender o papel do psicólogo dentro desse novo modelo, bem como apontar seus desafios e práticas que vêm sendo desenvolvidas.

Sendo assim, a questão que norteou todo o trabalho de pesquisa, e contribuiu para a formulação dos objetivos gerais e específicos, foi a seguinte: Qual têm sido os métodos e estratégias desenvolvidos pelo psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para mitigar o que ainda resta dos problemas estruturais e metodológicos do antigo modelo manicomial?

Para alcançar o fim desejado desta pesquisa foi realizado um levantamento histórico, a partir do modelo de pesquisa bibliográfica, do surgimento do modelo manicomial bem como o histórico da luta antimanicomial. Além disso, a pesquisa se debruça em evidenciar quais são as estratégias metodológicas desenvolvidas pela psicologia para combater o antigo modelo manicomial, isto é, aquilo que ainda resta de prática teórica da medicina asilar.

Dentro desse contexto de luta para desinstitucionalizar às antigas práticas legadas pelo modelo manicomial, o psicólogo tem um papel fundamental no que diz respeito à construção de uma nova terapêutica humanizada, centrada na pessoa e não em sua patologia, que foge ao paradigma puramente biológico e medicalizante adotado pelo antigo modelo.

No entanto, existem barreiras e desafios que ainda precisam ser vencidos pelo psicólogo em sua atuação dentro do CAPS. Por esse motivo, a presente pesquisa também se propõe a expor quais são esses desafios que o psicólogo enfrenta em sua atuação dentro do novo modelo de assistência psicossocial.

Por fim, este projeto tem por objetivo lançar luz sobre os escombros deixados pelos manicômios, bem como a sua fatídica história de violação a vidas humanas e práticas brutais; e, trazer os desafios enfrentados pelos psicólogos que atuam nas frentes humanizadas de uma nova terapêutica, que lutam para reescrever um novo capítulo da história da saúde mental repleto de respeito, responsabilidade e compromisso com a vida humana.

2. O MODELO MANICOMIAL

Segundo Amarantes e Torre (2018), o princípio do modelo manicomial é isolar para tratar as pessoas alienadas, ou seja, aquelas que estavam fora de si, da realidade e não dispunham das faculdades racionais. Eram afastadas do convívio social e familiar e levadas para os centros manicomiais com o propósito de receber tratamento para sua condição de loucura.

Assim, quando os considerados loucos eram internados, todos os seus delírios e desconexões mentais, que os tornavam diferentes do restante da sociedade, seriam tratados. O manicômio era visto como o local de cura e libertação, mas também onde eram impostas regras e padrões a serem seguidos, sob pena de punições.

É nesse contexto que se torna evidente o tratamento desumano. O modelo manicomial retirava completamente os direitos dos indivíduos. Grande parte desses pacientes não recebia diagnósticos feitos por médicos, nem realizava exames confirmatórios. Nos manicômios, eles não tinham acesso a uma intervenção digna; pelo contrário, o descaso com sua saúde era desumano. Não recebiam alimentação adequada, água suficiente, roupas limpas ou procedimentos eficazes (Figueiredo, *et al.* 2014).

Paradoxalmente, essas instituições justificavam suas práticas com o argumento da necessária limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis. As instituições manicomiais, portanto, exerciam a função social de disciplinar corpos e comportamentos. Era uma tecnóloga de poder que visava a atender aos padrões de civilidade produzidos na modernidade (Figueiredo *et al.*, 2014, p. 126).

Desse modo, beneficiaria tanto o governo quanto a sociedade, já que esses indivíduos considerados loucos estariam exilados do convívio social e deixariam de ser vistos e lembrados, tampouco incomodariam com suas impurezas e transtornos inexistentes do padrão que era considerado a ser seguido.

No século XX, ainda não existiam estudos concretos, comprovações científicas de medicamentos eficientes para o uso em pacientes e nem fármacos. Fazendo com que a margem de risco desses usos fosse em porcentagem alarmante, e os efeitos poderiam ser irreversíveis ao sujeito ocasionando um quadro psíquico e mental desorientado. Em outros casos os medicamentos não conseguiam controlar o surto psíquico do paciente (Guimarães; Borba; Larrocca; Maftum, 2013).

Alguns dos medicamentos utilizados eram; choque cardiológico, insulino-terapia, eletroconvulsoterapia, praxiterapia, e cubículo ou cela forte, que era onde os pacientes mais agressivos e trabalhadores ficavam, como um castigo por seu comportamento ruim. Não existia um prazo para o sujeito poder sair (Guimarães; Borba; Larocca; Maftum, 2013).

Entende que essa insistência na violência que reenvia a força bruta, desequilibrada, passional, física e irregular pode obstruir uma compreensão das relações de poder calculadas, racionais e medidas que caracterizam a psiquiatria. O poder, assim como a violência, se refere ao corpo, toma ao corpo como objeto, mas ele não responde a forças irracionais e confusas (Caponi, 2009, p. 97).

Com isso, é perceptível a falta de conhecimento e atenção aos sujeitos que eram isolados nesses ambientes. A violação de todos os direitos a esses, a brutalidade como eram tratados e vistos socialmente. Onde passam a ser usados apenas como cobaias de experimentos. Também a visão reduzida dos profissionais frente às necessidades, onde o comprometimento com o desenvolvimento psíquico e humanitário estavam totalmente excluídos naquela época.

2.1 O surgimento dos manicômios: O discurso da loucura

As práticas rudimentares de tratamento psiquiátrico eram em sua grande maioria desumanas. Feldman (2015) relata que problemas mentais eram abordados a partir da perspectiva religiosa, isto é, segundo os antigos, espíritos malignos eram os causadores dos problemas mentais. Ainda segundo o autor, antigos curandeiros que lidavam com este problema utilizavam instrumentos perfurantes para abrir um buraco no crânio da pessoa, pois diziam que assim os espíritos podiam sair. Essa técnica era conhecida como trepanação. Na Grécia antiga, se acreditava que indivíduos eram dominados pelos deuses (Brasil, 2003).

Na antiguidade clássica até a época cristã, a loucura era abordada a partir de diferentes pontos de vista. Em Homero, por exemplo, é possível perceber o enfoque mitológico; Eurípedis traz a concepção passional e psicológica da loucura; em Hipócrates e Galeno o enfoque está sob as disfunções somáticas. Na idade média, a loucura passou a ser abordada a partir da cosmovisão religiosa, que considerava o sujeito louco possuído pelo demônio. Chegavam a considerar que a loucura, às vezes, era causada pelo efeito de bruxaria (Figueiredo *et al.*, 2014).

Na idade média, a igreja se consolida como o grande órgão de assistência a sociedade, em países como Inglaterra e Alemanha, estruturas asilares serviam como abrigo para os menos favorecidos e mendicantes que andavam perambulando pelas ruas da cidade. No século XVII, Foucault (1978), aponta para o fenômeno da expansão desses locais de asilo e, além disso, para o alto índice de internamento das pessoas.

Sujeitos indesejados, mendicantes, leprosos, desempregados, doentes, delinquentes e pervertidos eram lançados nestes espaços asilares. O imperativo da reclusão não era tanto pelo tratamento psiquiátrico em si, mas sim, pelo “manter-se ocupado”, tendo em vista que o cenário econômico da Europa, especialmente da capital Francesa, Paris, a época não era favorável (Shimoguiriri *et al.*, 2017).

Locais que serviam como casa de internamento, utilizados para afastar as pessoas indesejadas do convívio social, dentre eles, o mais conhecido: Salpêtrière e Bicêtre (1656). Essas instituições faziam parte do Hospital Geral de Paris. Segundo Desviat (1999) a instituição Salpêtrière (somente para mulheres de qualquer idade, pobres, aleijadas, loucas e idiotas) chegou a hospitalizar cerca de aproximadamente oito mil mulheres depois da sua inauguração. O número estimado de habitantes em Paris na época era de aproximadamente 500 mil, isto quer dizer que 1.6% da população foram asilados no hospital. Para Foucault (2012), esses espaços não eram um hospital propriamente dito, isto é, para o autor, a finalidade não era lidar com a doença.

Em seu funcionamento, ou em seus propósitos, o Hospital Geral não se assemelha a nenhuma idéia médica. É uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa mesma época. Está diretamente ligado ao poder real que o colocou sob a autoridade única do governo civil; o Grande Dispensário do Reino, que constituía antes, na política da assistência, a mediação eclesiástica e espiritual; vê-se repentinamente posto para fora de circuito (Foucault, 2012, p. 57).

As casas de asilo na França do Século XVIII eram o protótipo dos manicômios sendo desenhado. De acordo com Amarante (1995) o hospício do século XVIII tinha como objetivo manter asilado todo tipo de pessoa que causasse desordem à lei e à ordem vigente. A internação em massa não era justificada a partir de pressupostos clínicos, mas tinha caráter de limpeza social, dado que o público internado era majoritariamente de pobres, aleijados, pervertidos etc (Shimoguiriri *at al.*, 2017).

Neste ínterim, o discurso da psiquiatria apodera-se da loucura, segundo Labosque (2018), aos poucos as pessoas asiladas eram postas em liberdade, mas

como destaca a autora, os loucos ainda permaneceram asilados e excluídos da sociedade.

A Medicina psiquiátrica, no século XIX irá vangloriar-se de ter distinguido os loucos dos seus viciosos companheiros do grande internamento, afirmando a inocência dos primeiros, sua condição de doentes, sua necessidade de tratamento e não de punição. No entanto é apenas depois que os loucos já estão sozinhos nas instituições de enclausuramento é que ela vai se introduzir nesse espaço. Só então nasce do asilo - e a Medicina, enfim, apropria-se da loucura (Labosque, 2018, p. 329).

O discurso da psiquiatria ganha força e autoridade sobre a questão da loucura. O médico Francês Philippe Pinel foi o primeiro responsável por considerar a loucura uma questão médica, o que mudou todo o paradigma histórico. A partir dessa nova concepção a loucura passaria a ser vista como uma doença que poderia ser tratada e não como um comportamento amoral que deveria ser corrigido (Brasil, 2003). A partir desse novo pressuposto, o isolamento passou a ser justificado por fundamentos terapêuticos, isto é, a pessoa identificada com doença mental deveria ser isolada do convívio social a fim de ser tratada. Além disso, havia todo um respaldo jurídico e legal para o isolamento do sujeito, tendo em vista que as leis vigentes do século XIV já previam a liberdade do homem e a livre circulação de mercadorias, contidas na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (Desviat, 1999).

Dessa maneira, fica evidente a evolução do modelo asilar manicomial presente na história. Para Ramminger (2002) inicialmente o manicômio servia para isolar os loucos, juntamente com as pessoas indesejadas pela sociedade, em espaços físicos mantidos pelo poder público, e na maioria dos casos, administrado por pessoas caridosas da igreja. Ainda segundo o autor, surgiram as instituições médicas que visavam tratar os loucos, e por fim, já no século XIX, surgem as instituições especializadas em tratar os loucos, conhecidas como manicômios.

Dentro dos manicômios as pessoas internadas eram tratadas pelos alienistas, médicos especialistas em problemas relacionados à doença mental e loucura. A figura do médico alienista surge no começo do século XIX, e representa uma ciência médica em resposta à questão da loucura. A medicina alienista baseava-se nos pressupostos pinelianos de tratamento físico-moral e na teoria das paixões. A loucura era entendida como a combinação de feições físicas e morais (Teixeira; Ramos, 2012).

2.2 A trajetória dos manicômios no Brasil

A medicina pineliana colocou a figura do alienista em posição de evidência. A promulgação da Lei de 30 de Junho de 1838 na França, Teixeira e Ramos (2012), argumentam que não só colocou os asilos e manicômios na posição da vanguarda hospitalar, no que se refere ao cuidado de pessoas com transtorno mental, como também desenhou todo um cenário de prospecção mundial para o alienismo; como afirma Castel (1978) “a idade de Ouro” do alienismo havia chegado.

No Brasil, na metade do século XIX, Dom Pedro II redige o decreto de número 82, que previa a construção de um hospício na entrada da Baía de Guanabara, entrada da então capital Brasileira (Brasil; Lancchini, 2021). O cenário político da época refletia insegurança e instabilidade, e o império brasileiro buscava organização e fortalecimento de um poder central, ao fim do período da Regência (Teixeira; Ramos, 2021).

Costa (1998) aponta quais foram as etapas que o império Brasileiro passou para a consolidação de um poder central. Segundo o autor, o primeiro reinado do Príncipe Regente João, em 1815, foi responsável por elevar o Brasil à condição de Reino Unido a Portugal; proposta esta que falha quando a família Real é forçada pela Revolução Constitucionalista do Porto a retornar a Lisboa. O segundo degrau, aponta Costa (1998), ocorre com a declaração da independência, em 1822, que foi marcada pelo início conturbado do reinado de Pedro I, que veio a abdicar em 1831.

A terceira tentativa de consolidação e centralização do poder do Estado Brasileiro vem com a declaração de maioridade de Pedro II tornando-o imperador do Brasil coroado aos 15 anos de idade (Teixeira; Ramos, 2021). A figura de Dom Pedro II teve relevância fundamental para a reordenação do cenário político do Brasil, além disso, foi ele o responsável por fundar o primeiro Hospício destinado ao tratamento exclusivo de pessoas com problemas mentais e, conseqüentemente, exportar para o Brasil a visão do tratamento alienista Europeu (Teixeira; Ramos, 2021).

O decreto de número 82, datado do dia 18 de julho de 1841, foi o primeiro ato do recém-coronado Dom Pedro II autorizando a criação do primeiro Hospício para o cuidado de pessoas alienadas - construção que foi resultado de uma demanda apresentada pela Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1830 -, que veio a se chamar Hospício de Pedro Segundo;

assinalou também que o hospício ficaria sob a responsabilidade e subsídio da Santa Casa de Misericórdia (Brasil, 1841).

O Hospício Pedro II foi anexado a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, que já servia, na época, como abrigo para pessoas menos favorecidas, órfãos, viúvas e mendicantes; ademais, a dinâmica do Hospital Pedro II era muito semelhante à de um hospital geral Europeu do século XVIII: Caracterizado por um funcionamento baseado na caridade religiosa e, apenas secundariamente, oferecia algum tipo de tratamento medicalizado (Teixeira; Ramos, 2021).

Ainda sobre a “tutela” da Santa Casa de Misericórdia, os médicos designados para trabalhar no anexo do Hospital Pedro II, destinado ao cuidado dos Alienados, tinham conflitos com os irmãos caridosos que serviam na casa, dá-se o primeiro embate entre Ciência e Religião no que diz respeito ao cuidado com as pessoas com transtorno mental (Teixeira; Ramos, 2021). Embora o Hospício tivesse dois diretores médicos, ainda de acordo com Teixeira; Ramos (2021), toda administração, na prática, era exercida pelas freiras da Ordem de São Vicente e seus enfermeiros subordinados.

Os autores Teixeira e Ramos (2021) apontam que o novo ramo da medicina, o alienismo, veio a ganhar notoriedade no Brasil na década de 1870, quando se formam, na universidade de Medicina do Rio de Janeiro, três personalidades decisivas para a história desta prática no contexto brasileiro: em 1875, forma-se Nuno Ferreira de Andrade; e, em 1877, João Carlos Teixeira Brandão e Carlos Fernandes Eiras.

O projeto apresentado pelos novos alienistas visava o aprimoramento da prática da medicina alienista, e essa melhora visava: ampliação da estrutura e dos equipamentos disponíveis no Hospício Pedro II; segundo, medicalização no tratamento dos alienados e aprimoramento do corpo clínico, e seguido disso, todo o poder administrativo deveria ser transferido somente para os médicos; terceiro, implementação do Alienismo acadêmico, mediante a criação de uma cadeira na Faculdade de Medicina destinada ao estudo das doenças mentais; e por fim, a ampliação da prática privada dos alienistas (Teixeira; Ramos, 2021).

Segundo Teixeira e Ramos (2021) havia uma barreira que impedia a consolidação do alienismo acadêmico dentro Hospício Pedro II: a resistência da Santa casa de misericórdia. Os autores argumentam que os estudantes não podiam entrar na ala anexa do hospício em que ficavam os alienados. Nuno de Andrade

então recorre ao Barão de Lavradio, presidente da Academia Imperial de Medicina e principal autoridade médica do período, na esperança de conseguir apoio para desenvolver uma cadeira de psicopatologia dentro da faculdade de Medicina.

Em 1878, o Barão de Lavradio pronuncia-se em um discurso que defende a necessidade do estudo dos problemas mentais e ressalta a importância da criação de uma cadeira sobre a matéria (Rego, 1878). Em Abril de 1879 é desenvolvida a Reforma de Leônico de Carvalho, responsável por reorganizar o ensino do Império, criando assim a tão esperada cadeira de clínica psiquiátrica (Teixeira; Ramos, 2021).

Neste Ínterim, surge Teixeira Brandão, um dos primeiros formados na faculdade de Medicina, tornando-se o primeiro titular da cadeira de clínica psiquiátrica aprovado por concurso público, seguido os parâmetros da Lei número 3121 de 1882; mais tarde, em 1887, foi nomeado pelo barão de Cotegipe diretor do Hospício de Pedro II (Teixeira; Ramos, 2021). Após a proclamação da República, em 1890, o Hospício Dom Pedro II foi desanexado da Santa Casa de Misericórdia, de acordo com o decreto Lei 142-A, tornando boa parte da prática alienista privativa, e Teixeira Brandão foi mantido no cargo de presidência do agora conhecido Hospital Nacional dos Alienados (Teixeira; Ramos, 2021).

A história mais recente sobre manicômios no Brasil inevitavelmente aponta para o fatídico Hospital Psiquiátrico Colônia, em Barbacena, Minas Gerais. Segundo Arbex (2013) o hospital começou a funcionar no ano de 1903, com o apoio da igreja católica. A autora enfatiza o quanto era precário toda a estrutura do lugar, seja física ou mão de obra profissional. Arbex (2013) argumenta que pessoas comuns eram colocadas para trabalhar no local, e ficavam responsáveis muitas vezes por realizar sessões de eletrochoque ou distribuir os medicamentos.

O Hospital Colônia superou muitas outras instituições em tamanho estrutural e tempo de existência: média Oito Milhões de metros quadrados e durou de 1903 a 1980; e o dado trágico de mortes chega ao número de 60 mil pessoas que morreram em condições precárias e desumanas; havia uma muralha cercando todo o terreno de Oito Milhões de metros quadrados, e dentro havia um complexo de prédios com janelas amplas e gradeadas, contendo dezesseis pavilhões (Peron, 2013). A autora ainda argumenta que, no Pavilhão conhecido como Milton Campos ficavam aqueles que podiam trabalhar, registros de 1916 apontam que metade da renda foi gerada pelo trabalho não remunerado dos pacientes.

Muitos pavilhões não tinham cama, como aponta Peron (2013), e era improvisado capim que servia de cama para os pacientes; alguns pacientes não suportavam as noites frias da Serra da Mantiqueira e vinham a óbito. Em 1959, o modelo leito no chão foi indicado pelo Poder Público para outros hospitais. Alguns internos não conseguiam pagar por sua própria internação, segundo a autora Peron (2013) estes eram considerados indigentes dentro do Hospital, alguns chegavam a ter inclusive seu nome trocado.

Arbex (2013) aponta para uma realidade cruel dentro do Hospital Colônia, as sessões de eletrochoque como recurso terapêutico da época. A autora informa que alguns pacientes não suportavam e vinham a óbito; destaca também, que às vezes o aparelho era tão utilizado que a energia da cidade não suportava. Simplesmente não existia critério algum para a internação de pacientes, como aponta Arbex (2013), filhas de fazendeiros que perderam a virgindade, esposas trocadas por amantes, prostitutas, mães solteiras e todo tipo de pessoas indesejadas.

2.3 A reforma antimanicomial

Visto que o modelo manicomial excluía pessoas com algum tipo de transtorno considerado como loucura, isolando-as do meio social em condições precárias, a reforma antimanicomial começa a dar indícios de surgimento no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), onde eram realizados pequenos debates acerca da condição precária do sistema de saúde (Barbosa; Costa; Moreno, 2012).

Na década de 1987, durante a II Conferência Nacional do Movimento dos Trabalhadores, surge o Movimento Antimanicomial, fortalecendo a união entre profissionais e a sociedade para enfrentar as imposições feitas durante muito tempo sobre a "loucura". Surgem as primeiras ideias que transformaram a forma de tratamento dedicado às pessoas consideradas como loucas, marcando o início do processo conhecido como Reforma Sanitária. Este movimento ficou conhecido como "Por uma sociedade sem manicômios", e assim, o dia 18 de maio ficou marcado como Dia Nacional da Luta Antimanicomial (Gradelha, 2007, *apud* Barbosa; Costa; Moreno, 2012).

Com esse Movimento começaram a serem evidenciadas várias denúncias de violências referentes à forma de tratamento nesses manicômios, como a mercantilização da loucura, a exclusão desses indivíduos, da falta de assistência de atenção digna, das redes privadas onde eram encaminhados os "loucos" (Brasil, 2005 *apud* Ferreira; Pires; Oliveira, 2022, p.1).

A "mercantilização da loucura" era um dos fatores que mais contribuía para o isolamento desses doentes, pois o governo e a terceirização da mão de obra de muitos colaboradores geravam muito dinheiro. Pouco investimento era destinado ao local e ao tratamento, sendo desviado para os mais destacados em seus cargos. Esse é um dos maiores contribuintes para anos de desumanidade e precariedade para os exilados.

O manifesto de Bauru é o documento que marca o início do movimento antimanicomial, representando a união entre profissionais que lutavam pela dignidade dos indivíduos, familiares e da sociedade, que até então não tinham voz. Questionavam a forma de tratamento e como a "loucura" era estabelecida pelo sistema. Era o movimento social que desejava uma reforma sanitária no atendimento e na democracia (Gradelha, 2007, *apud* Barbosa *et al.*, 2012).

O primeiro encontro do movimento ocorreu em 1993, na cidade de Salvador (BA), passando a ser denominado Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Nessas reuniões, eram levantados questionamentos em relação à integridade dos indivíduos que sofriam de transtornos, aos símbolos e definições que até então eram considerados na doença mental (Barbosa *et al.*, 2012).

Encontros eram realizados a cada dois anos, nos quais se discutiam mudanças e estratégias para consolidar essa reforma antimanicomial. Até 2001, ocorreram cinco dessas reuniões. No quinto encontro do movimento, em 2001, houve um declínio em relação à participação ativa, pois já havia muitos participantes, alguns sem preparo político e embasamento para contribuir efetivamente (Barbosa *et al.*, 2012).

Com as denúncias e a notoriedade delas, surge uma luta por mudanças e atenção do governo diante das queixas. Após inúmeros debates e conferências, surge o Projeto de Lei 3657/89, que propunha o encerramento dos manicômios e a criação de novos centros de assistência. Porém, somente doze anos depois, em 2001, essa proposta se tornou realidade com a Lei nº 10.216/2001 (Ferreira *et al.* 2022).

Em 2001, marca-se um novo marco após a efetivação da Lei nº 10.216/2001, com o início do fechamento dos manicômios em diversos lugares. Na cidade do Distrito Federal, a Clínica Axilar Planalto encerra suas atividades, sendo a última conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS)/Distrito Federal-DF (Pinto, 2017). Com isso, emerge um novo tratamento psiquiátrico.

A Lei 10.216/01 representou o fim dos manicômios, da agressividade com os indivíduos que utilizavam esse suporte, e da visão de internação e exclusão do ambiente social. Entende-se que apenas a medicalização não proporciona eficácia e evolução do sujeito. Seu principal objetivo é garantir totalmente os direitos das pessoas com transtornos mentais, substituindo a antiga estrutura por um modelo de assistência em saúde mental estruturado e digno (Pinto, 2017).

Para a criação de leis sólidas, passam a ser ouvidos os profissionais que atuavam nessa área, os quais por muito tempo reivindicaram uma intervenção do estado diante da tortura à qual os pacientes eram submetidos. A lei também prevê políticas públicas direcionadas aos indivíduos que necessitam de acolhimento e reintegração ao convívio social, reconhecendo que a presença deles nos ambientes sociais é um passo importante para a evolução (Pinto, 2017).

De acordo com o Ministério da Justiça (2001), dentro da mesma Lei 10.216/01, há três tipos de internação e tratamento. A primeira é a internação voluntária, na qual o indivíduo, por livre e espontânea vontade, aceita ser internado. Ele assina um termo autorizando a internação e pode terminar o tratamento e assinar sua saída. No entanto, ao longo do tratamento, ele pode se tornar involuntário (Ministério da Justiça, 2001).

Em seguida, temos a internação involuntária, na qual o sujeito não dá consentimento para a internação, mas é solicitada por terceiros. Geralmente, são os familiares que solicitam ao médico, que registra por escrito. A instituição tem 72 horas para notificar o Ministério Público do estado sobre a internação, a fim de anular qualquer tipo do antigo modelo (Ministério da Justiça, 2001).

Por último, temos a internação compulsória, na qual a justiça determina a internação do indivíduo, visto que ele não apresenta condições mentais e físicas no momento. O médico é acionado e verifica profissionalmente as condições psicológicas do sujeito, e o juiz considera o pedido (Ministério da Justiça, 2001).

Após estabelecer o apoio na lei e também na nova estrutura detalhada para o indivíduo, surge a necessidade de apoio financeiro, pois a família necessita de suporte financeiro para o tratamento e a rede de apoio. Segundo Pinto (2017), a Lei 10.708/03 surge para dar auxílio e reabilitação psicossocial aos pacientes com transtornos mentais que necessitam de internação ou que precisam desse auxílio para continuar o tratamento e a reintegração social.

Um novo modelo assistencial, elaborado em conjunto com o SUS, também é instituído para auxiliar nesse suporte. Em 2002, é criado o CAPS, onde são minuciosamente definidos os graus de emergência e auxílio.

Mesmo após o início das mudanças dentro do sistema de atendimento a essas pessoas, a luta não cessou, pois ainda havia muitos direitos na prática a serem efetivados e respeitados, considerando que o país é democrático e a integração desses indivíduos com transtornos deve incluí-los nos mesmos direitos que os outros cidadãos.

Mais adiante, em 2009, ocorreu a Marcha dos Usuários em Brasília, organizada pela Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA), que tinha como pauta a defesa pela reforma em âmbito geral no Brasil (Barbosa *et al.* 2012). A partir dessas mobilizações sociais, surgem as mudanças no sistema de tratamento das pessoas. Em 2012, no estado de São Paulo, foi criado o "Ocupe a Assembleia Legislativa", com o objetivo de estabelecer uma Frente Parlamentar Antimanicomial que pudesse defender as conquistas da reforma e contribuir para o desaparecimento da antiga estrutura (Barbosa *et al.*, 2012).

O estabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS é feito por meio dessa luta por um sistema e direitos assegurados, com a criação não apenas de leis, mas também de departamentos criados exclusivamente para beneficiar os usuários.

2.4 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergem como uma proposta inovadora dentro da política de saúde mental, representando uma transição significativa em relação ao antigo modelo de assistência, predominantemente caracterizado pela internação em hospitais psiquiátricos e manicômios (Cabral; Darosci, 2019). Este novo paradigma visa à promoção da autonomia do sujeito e à desinstitucionalização, tornando-se uma peça fundamental na construção de uma rede de atenção integral à saúde mental.

Os CAPS estão inseridos em uma rede de assistência ao cidadão estabelecida pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Esta portaria estabelece diferentes níveis de CAPS, classificados de acordo com a complexidade do caso e a abrangência populacional da região em que estão localizados (Brasil, 2022). Os CAPS I, II e III são exemplos dessas diferentes modalidades, cada uma

adaptada para atender a necessidades específicas de acordo com critérios populacionais e complexidade dos casos.

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante (Ministério da Saúde, 2002).

A implementação dos CAPS e a consolidação da política de saúde mental ganharam impulso com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando à articulação de diversos pontos de atenção territorial à saúde (Cabral; Darosci, 2019). Dentro dos CAPS, os atendimentos em saúde mental são realizados de maneira humanizada, promovendo o acolhimento e o cuidado multidisciplinar aos usuários.

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (Cabral; Darosci, 2019, p.8).

O modelo de assistência proposto pelos CAPS é substitutivo, representando uma ruptura com o antigo modelo manicomial. Este modelo foi fortemente influenciado pelo Movimento pela Reforma Sanitária e pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, ambos iniciados no final dos anos 1970 (Brasil, 2022). O Ministério da Saúde, em consonância com as diretrizes do SUS e leis pertinentes, definiu estratégias para a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, possibilitando a criação de serviços e ações destinados à saúde mental em rede (Brasil, 2022).

O Ministério da Saúde, atuando em conformidade com as diretrizes do SUS, seguindo a Lei n.º 10.216/2001, e Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, juntamente com os tratados assinados por cada Estado Brasileiro, contando com cada instância de negociação e deliberação do SUS, definiram as melhores estratégias para a instrumentalização e operação da Política Nacional de Saúde Mental no território nacional (Brasil, 2022).

Esse arranjo possibilitou a criação de serviços e ações destinados à saúde mental, configurando o cenário para que o cuidado oferecido ao cidadão pudesse

ser executado em Rede. Dessa forma, esse arranjo possibilitou a criação de intervenções, que por um lado buscam a objetividade, e por outro, a capacidade de responder de maneira mais eficiente a diferentes demandas no campo da saúde mental dentro dos preceitos éticos, técnicos e científicos (Brasil, 2022).

Os Centros de Atenção Psicossocial são o principal agente articulador desse novo modelo de assistência à saúde mental. A partir da Portaria n.º 336 de 2002, a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária foi ampliada. Isso também possibilitou ao CAPS ser organizado em subdivisões, como citado acima, a saber: CAPS I; CAPS II; CAPS III. Cada CAPS. Cada CAPS é subdividido com base em critérios populacionais. Há também o CAPS direcionado a serviços específicos como é o caso do CAPS AD, destinado para casos de álcool ou uso de drogas, e o CAPS i, destinado para o atendimento do público de crianças e adolescentes (Brasil, 2022).

Os CAPS desempenham um papel fundamental nesse novo modelo de assistência à saúde mental, oferecendo atendimento diário substitutivo em diversos níveis de complexidade. Além das subdivisões tradicionais, como CAPS I, II e III, existem modalidades específicas, como o CAPS AD, voltado para casos de abuso de álcool e drogas, e o CAPS i, destinado ao público infantil e adolescente (Brasil, 2022).

O CAPS I atende principalmente a casos de transtornos mentais graves decorrentes do uso de substâncias psicoativas, enquanto o CAPS II e III oferecem suporte a casos graves e persistentes de transtornos mentais em municípios com diferentes médias populacionais (Brasil, 2022). O CAPS III, por exemplo, é estruturado para priorizar casos graves com prontidão de atendimento 24 horas, incluindo finais de semana e feriados, e conta com uma rede de apoio abrangente (Brasil, 2022).

Além disso, os CAPS AD II e III focam em intervenções específicas para casos de abuso de substâncias como crack, álcool e outras drogas, enquanto o CAPS i se concentra no público infantojuvenil, oferecendo serviços adaptados às suas necessidades (Brasil, 2022). Essa diversidade de modalidades dos CAPS reflete a abordagem abrangente e inclusiva da política de saúde mental no Brasil, que busca atender às demandas variadas de forma eficaz e ética.

É importante destacar que os CAPS não atuam de forma isolada, mas em articulação com outros serviços de saúde mental, como os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Hospitais

Gerais. Essa integração permite uma atenção mais ampla e contínua ao indivíduo, contribuindo para a promoção da qualidade de vida e a inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

2.5 O psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial

É notória a ressignificação do tratamento oferecido aos pacientes e sua reintegração na sociedade como um dos maiores objetivos da reforma psiquiátrica (Ferreira *et al.* 2022). Com o fechamento dos manicômios e o surgimento de um novo sistema de apoio aos usuários, surge a contribuição do Psicólogo dentro dos CAPS.

A institucionalização da psicologia como profissão no Brasil em 1962 limitava sua atuação principalmente ao contexto clínico, escolar e organizacional (Oliveira; Ferrarini, 2020). No entanto, mudanças na classificação profissional e o reconhecimento de sua importância na saúde mental e políticas públicas ampliaram suas oportunidades de trabalho, resultando em um aumento significativo de psicólogos nos CAPS e em políticas públicas.

Aproximar o psicólogo dos usuários dos serviços públicos demanda uma metodologia e apoio teóricos para construir uma relação mais íntima e ampla com a população, visando a reintegração e autonomia dos indivíduos (Oliveira; Caldana, 2016). O psicólogo desempenha um papel desafiador ao oferecer sua escuta ativa, reconhecendo o sujeito para além de sua doença, e colaborando com as demais áreas dentro da equipe multidisciplinar.

É fundamental destacar que o psicólogo direciona seus conhecimentos e cuidados não apenas para o paciente, mas também para seus familiares, reconhecendo-os como parte essencial da rede de apoio e contribuindo para sua autonomia e confiança nas mudanças (Figueiredo; Rodrigues, 2004). As oficinas e grupos terapêuticos promovem a socialização e o fortalecimento do desenvolvimento positivo dos usuários, além de representarem uma estratégia eficaz para a desinstitucionalização do antigo modelo manicomial (Martinhago; Oliveira, 2012).

Mais a frente, é visível as ações ofertadas e métodos de trabalho desenvolvidos:

(...) Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013), com psicólogos atuantes em Caps de todo o Brasil, apresenta um conjunto diversificado de atividades profissionais, tais como acolhimento, discussão de casos em equipe multiprofissional, psicoterapias individual e grupal, atendimentos às crises, elaboração de projetos terapêuticos individuais de cuidado, atividades de

reinserção social, atividades em contato direto com a comunidade, oficinas com utilização de diferentes recursos (música, leitura e escrita, cuidados com corpo e beleza, etc (Oliveira; Ferrarini, 2020, p. 4).

Outro ponto importante a ser ressaltado é a contribuição dos serviços prestados pelo profissional de psicologia frente à demanda, ou seja, onde os pacientes estão, sejam em hospitais em momentos de crises fortes em caráter de urgência, nas suas casas e em Unidades Básicas de Saúde (Crepop, 2013). Em conjunto com toda a equipe contribuinte.

2.6 Os desafios encontrados nessa atuação

Desde a consolidação da psicologia nas décadas de 1960 a 1980, essa área foi caracterizada por um modelo clínico, centrado na relação entre profissional e paciente na clínica, direcionado às demandas individuais (Oliveira; Caldana, 2016). Portanto, essas práticas continuaram presentes em alguns comportamentos.

É notável a persistência dos resquícios desse modelo tanto nos materiais oferecidos nas faculdades quanto nos métodos e ferramentas disponíveis para sua aplicação (Oliveira; Ferrarini, 2020). Diante da ausência desse suporte prévio, o psicólogo se vê diante de um desafio significativo, com sua capacidade para o exercício de suas funções e assistência reduzida.

Isso se deve ao fato de que ele vem de uma metodologia substancialmente diferente da empregada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde as terapias grupais, a reinserção do indivíduo na sociedade e o desenvolvimento de sua autonomia são focos primordiais (Oliveira; Caldana, 2016). Nesse momento, o psicólogo necessita de uma adaptação para contribuir efetivamente dentro dessa rede.

Além disso, o psicólogo não atua isoladamente nessa rede de atenção, o que implica em uma nova dinâmica profissional. A integração com outras profissões multidisciplinares requer a convergência de ações, podendo surgir divergências, imposições de áreas de atuação e dificuldades na unificação de diferentes opiniões e estratégias (Oliveira; Ferrarini, 2020).

É inegável que, neste momento, os profissionais da psicologia que atuam no CAPS encontram-se desprovidos de preparo para as demandas, sendo necessário um aprendizado na prática cotidiana, o que gera certo desespero e sensação de impotência diante das necessidades dos usuários (Oliveira; Caldana, 2016).

Ao tentarem articular ações e métodos de atendimento, pode haver uma focalização excessiva na doença ou no estado psíquico do paciente, negligenciando-se a perspectiva da reforma psiquiátrica, que preconiza a não redução do sujeito a sua condição clínica, mas sim sua inserção como participante ativo na comunidade (Amaral; Reith, 2015).

Outro ponto importante é o desafio da integração entre os profissionais da equipe multidisciplinar, com discussões superficiais e pouco frequentes solicitadas pelos outros técnicos (Oliveira; Ferrarini, 2020). Isso revela lacunas na formação e no suporte oferecidos aos psicólogos, tanto no ambiente acadêmico quanto em ferramentas e materiais teóricos que poderiam facilitar o entendimento das demandas encontradas nos CAPS (Figueiredo; Rodrigues, 2004).

Essas incertezas e a falta de apoio muitas vezes levam os psicólogos a manterem um enfoque clínico, concentrando-se apenas no tratamento individual, o que os leva a desenvolver estratégias firmes somente na prática diária (Figueiredo; Rodrigues, 2004). Somente assim, eles começam a compreender sua verdadeira função como facilitadores do desenvolvimento da autonomia dos pacientes, do trabalho em equipe e do apoio às famílias dos usuários dos CAPS (Oliveira; Ferrarini, 2020).

Portanto, identificamos que os desafios enfrentados por profissionais e futuros aspirantes nessa área são muitos, incluindo a escassez de materiais acadêmicos, a falta de embasamento teórico e a falta de suporte das políticas públicas para a implementação prática desses conhecimentos nessa área.

3. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do projeto, foi utilizado o método de pesquisa de estrutura qualitativa, dentro da modalidade de pesquisa bibliográfica. Assim sendo, através desta metodologia, artigos científicos foram analisados para a sustentação e confiabilidade do referencial teórico, para que a base de referenciais fosse firme e conseguisse responder às concebíveis indagações em relação ao tema. Seu principal objetivo é aprimorar, trazendo atualizações do conhecimento por meio de obras já publicadas (Sousa *et al.*, 2021).

As plataformas utilizadas para a obtenção dos artigos e obras foram: *Google Acadêmico*, *Scielo* e livros. Levando em consideração a confiabilidade que essas plataformas têm para disponibilizar artigos com estruturas capazes de sustentar com base teórica.

Os termos padronizados para que fossem de fácil identificação acerca da temática trabalhada no texto e que pudessem fornecer artigos voltados especificamente para os pesquisadores são: Manicômio, Reforma antimanicomial, antigo modelo manicomial, psicólogo, desinstitucionalização, CAPS e Psicólogo no CAPS.

Ao fazer as buscas por artigos, os critérios de inclusão foram artigos que estivessem sido publicados a partir de 2006, tendo dois artigos de 2001 e 2004 por serem fundamentais, e uma obra de 1978 para a construção e desenvolvimento dos textos, e o limite foi até 2023, visto que já se findou o mesmo ano. Os autores tinham que ser doutores ou mestres, para que houvesse uma sustentação teórica e confiável no domínio deles acerca da temática buscada.

Ao pesquisar, os artigos selecionados tiveram que estar devidamente no contexto das buscas feitas, contendo os assuntos sobre a conceitualização de manicômios, a história deles, quando surgiu, as reformas antimanicomiais, sobre os Centros de Atenção Psicossociais, a atuação do psicólogo nesses centros e leis que contribuem para o firmamento dos direitos estabelecidos.

O autor que contribuiu para uma estrutura sólida do trabalho a respeito do princípio da loucura foi Foucault dentro de uma de suas obras mais conhecidas *História da Loucura (1978)*. Nesse livro, traduzido para a língua portuguesa em 1978, conseguimos identificar quando e como surgiram os ditos loucos pela sociedade, as primeiras criações de lugares que em um futuro próximo receberam o

nome de asilos ou manicômios. Foucault (1978) faz um apanhado histórico acerca da loucura, o quanto a sociedade contribuiu para o firmamento da visão equivocada em relação à pessoa com algum tipo de transtorno, o quanto essas pessoas ditas como loucas eram miseravelmente destratadas e violentadas.

Ele também traz conceitualização sobre alguns transtornos. Ele nos mostra que essa visão distorcida para esse assunto não é de agora, mas de milhares de anos atrás. Através da narrativa, faz duras críticas ao sistema desfalecido do Estado ao negar uma vida digna a esses indivíduos. Evidenciando a luta de décadas pela igualdade e direitos a todos perante a sociedade.

Já dentro da reforma antimanicomial, o artigo “Movimentos da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios” de Barbosa; Costa, Moreno, publicado em 2012, conseguimos detalhadamente observar e adentrar em cada movimento que intensificou a reforma, os anos e encontros em que marcaram um novo olhar para o tratamento desses indivíduos. Esses autores, através das narrativas, conseguem estabelecer um percurso que a reforma antimanicomial traçou, os colaboradores para a consolidação de futuras leis que mais à frente se tornaram verídicas e trocáveis.

Mais adiante, para destacar a contribuição, esclarecimento e conhecimento acerca do CAPS, onde foi utilizado o artigo dos autores Cabral; Darosci, divulgado em 2019. Nesse texto é possível identificar detalhadamente a função do CAPS, suas divisões e a forma de atuação dele. Deixando nítido sua importância para o descolamento total do antigo modelo de tratamento manicomial.

Depois de identificar e detalhar sobre o CAPS, passou a ser então elucidado a respeito da atuação do psicólogo nesses locais. a obra utilizada foi “Psicologia e práticas psicossociais: Narrativas e concepções de psicólogos de centros de atenção psicossocial” de Oliveira; Caldana, lançado em 2016. A obra mostra como o psicólogo atua nesses centros, e também destaca sua importância como colaboradores de um desenvolvimento dos sujeitos inseridos no CAPS.

Por fim, o artigo “Sentidos subjetivos da prática interdisciplinar do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial-Caps” de Oliveira; Ferrarini, 2020. Nele foram encontrados os desafios que os psicólogos entrevistados evidenciaram. Inclusive a falta de experiência em muitos casos que esses profissionais têm que lidar e manusear, mesmo sem suporte de conhecimento. O artigo foi de grande importância para a conclusão e resposta da problemática e objetivos específicos feitos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi perceptível que o psicólogo exerce um papel fundamental na desconstrução do antigo método de intervenção que era utilizado, ele chega para auxiliar na descoberta da autonomia do sujeito, e como ele lida com suas emoções facilitando sua construção. Mudando totalmente a forma como o profissional enxerga e cuida desses indivíduos, diferentemente do antiquado e negativo tratos.

Porém, em todos os artigos verificou-se que as lacunas e falta de material científico para essa área de atuação é imenso, retardando o desenvolvimento e funcionamento desse processo de auxílio com os pacientes inseridos nos CAPS. E conseqüentemente por não ter incentivos e materiais dessa área, os psicólogos não demonstram ter interesse nesse campo de prática.

Amarante e Nunes (2018), destacam que a reforma antimanicomial só pôde ser efetivamente percebida por meio dos movimentos sociais, nos quais indivíduos sensibilizados demonstravam uma busca por mudanças em prol de um novo paradigma de assistência psicológica e sanitária. Ao longo da trajetória histórica da reforma, mais de uma dezena de movimentos foram fundamentais para impulsionar a visibilidade desses sujeitos com transtornos, os quais antes eram submetidos a tratamentos cruéis e desumanos (Amarante; Nunes, 2018).

Dessa maneira, durante os levantamentos históricos sobre esse movimento sanitário, foi possível identificar que a luta por direitos igualitários não ocorreu de forma repentina. O processo foi longo e cansativo, no qual grandes desafios e empecilhos surgiram ao longo do caminho. Não existiam políticas públicas e muito menos leis que os amparasse diante das demandas e dos tratamentos cruéis. Por isso, essa nova reforma psiquiátrica avançou somente por intermédio desses movimentos sociais (Ministério da saúde, 2005).

Foi possível identificar também, nesse levantamento, que a mercantilização da loucura era benéfica para o Estado, uma vez que altas verbas eram alocadas para esses estabelecimentos. Contudo, na prática, esses recursos não chegavam aos órgãos responsáveis, sendo desviados na grande maioria dos casos. Segundo o Ministério da Saúde (2005), a proporção de gastos hospitalares em saúde mental no ano de 1997 era de 93,14%. Tal período foi considerado como o mais desafiador para os necessitados deste suporte, uma vez que não havia nenhum tipo de tratamento humano e digno disponível.

Após significativos avanços e a criação de leis que defendessem os direitos das pessoas com transtornos psíquicos, como a retirada da mercantilização da loucura, a redução das superlotações nos hospitais psiquiátricos e o reforço no monitoramento e fiscalização, tornou-se mais evidente e identificável o esvaziamento dos asilos e o desenvolvimento de políticas públicas eficazes.

Referente aos métodos e estratégias utilizadas pelos profissionais da psicologia para a desvinculação do antigo modelo manicomial, foi perceptível que a aproximação do psicólogo com o paciente é um dos principais auxiliares para o desaparecimento do antigo modelo assistencial.

Uma das maiores contribuições do psicólogo para a atenção psicossocial é a produção e o surgimento da autonomia desse sujeito, fazendo com que ele tenha confiança em si mesmo e consiga visualizar uma nova perspectiva de mudança e reconhecimento. A psicoterapia, tanto individual quanto grupal, contribui de maneira significativa para a redução da prescrição da medicalização de forma precipitada e desnecessária (Oliveira; Caldana, 2013).

Outras potências e estratégias de intervenções também se tornaram benéficas para o tratamento mais humanizado, como: terapia em grupo, arteterapia, dança e descoberta nas habilidades dos indivíduos. Diferentemente do modelo manicomial, onde o médico estava totalmente distante do paciente (Oliveira; Caldana, 2013).

De acordo com Tomasi *et al.* (2010), em um levantamento, verificou-se que o adoecimento psíquico é um problema em todo o mundo, e no Brasil, de acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Third Edition (DSM-III), um estudo feito no Brasil detectou que em alguns estados brasileiros existiam números significativos de diagnósticos legíveis, foi possível encontrar o seguinte panorama de distribuição de casos: 61% localizados em Brasília, 25% em São Paulo e 52% em Porto Alegre (Rio Grande do Sul).

Referente à esquizofrenia, estima-se que na população em geral fique em torno de 1%, e os transtornos bipolares, de 3% a 6% da sociedade. Já os transtornos de ansiedade chegam a aproximadamente 11% na terceira idade (Tomasi *et al.*, 2010).

Tomasi *et al.* (2010), diz que com a crescente demanda em torno do atendimento oferecido para essas pessoas, a criação do CAPS veio para trazer um acolhimento e aproximação com a população, onde esse modelo prioriza a

reabilitação e reinserção do indivíduo na sociedade, trabalhando diversas formas de desenvolvimentos e estratégias terapêuticas, já mencionadas .

Tais estratégias não aprisionam o sujeito em uma perspectiva hospitalar, limitando sua liberdade e, conseqüentemente, seu convívio social com família e amigos, tampouco baseiam-se exclusivamente na medicalização. O CAPS teve um total de 154 unidades em 1996 e, em 2007, passou a ter 1.153 unidades, tendo um grande avanço sendo criado em grande parte dos municípios brasileiros (Tomasi *et al.*, 2010). Um levantamento feito em 2022, evidenciou que era existente até esse ano 2.836 CAPS habilitados, sendo notório o grande aumento desses centros de atenção em muitos municípios do Brasil (Ministério da saúde, 2022).

Como anteriormente mencionado, a demanda cresceu e o psicólogo se tornou importante para a reabilitação desses usuários, onde em muitos casos com o conhecimento do profissional é possível ter um avanço na reinserção daquele indivíduo que sofre de algum transtorno.

Houve uma pesquisa a respeito do acompanhamento terapêutico e o quanto essa exposição terapêutica auxiliou na diminuição do uso de medicamentos. O que antes chegava a 93% em uso de medicamentos regrediu para 89%, onde foi possível observar que aqueles usuários devidamente frequentes no Caps e que não eram tão intensivos, tiveram uma diminuição grande no uso de remédios, ficando apenas com as terapias, rodas de conversas entre outros métodos e manejo terapêuticos (Tomasi *et al.*, 2010).

Dessa forma, destaca-se de grande importância a contribuição e presença do psicólogo no CAPS, sua contribuição à ressignificação do sujeito, na construção da autonomia e suas práticas que auxiliam na criação de um novo modelo assistencial que também seja eficaz e sólido.

Outro ponto a ser considerado são os desafios que os psicólogos enfrentam nesta desmistificação do antigo modelo manicomial. O psicólogo outrora estava diretamente correlacionado com o atendimento clínico, centrado apenas no indivíduo, retirando seus outros fatores comunitários, familiares e sociais.

Agora, nesse novo modelo, encontra-se desafiado a ressignificar seu modo de atuação, onde trabalha não apenas sozinho, mas com uma equipe multidisciplinar, de reabilitação psicossocial. O desafio se torna ainda mais forte por conta dessa retirada do modelo asilar/manicomial, onde o sujeito era apenas medicado em dosagens brutais (Mota *et al.*, 2017).

Como anteriormente apontado, outro obstáculo observado para o psicólogo é a falta de embasamento teórico-prático para essa atuação, que se torna totalmente diferente do que é ensinado na formação acadêmica. Conseqüentemente, o conhecimento acerca do papel do psicólogo dentro dos centros de atenção fica totalmente fora de sua visão (Brito, 2012).

Ainda dentro desses desafios, tem também a falta de capacitação que não é oferecida, o que traz à memória os serviços rasos que no modelo manicomial eram oferecidos. Em uma entrevista feita a 104 profissionais de psicologia em diferentes estados brasileiros, uma das maiores dificuldades que 10 dos 104 psicólogos mencionaram foi essa falta de capacitação (9,61%), em 8 de 104 o excesso de trabalho (7,69%), para a 6 de 104 é a motivação da equipe (5,76%) e para 4 de 104 o salário (3,84%) (Fontgalland *et al.*, 2022).

Os obstáculos encontrados por esses profissionais ainda persistem, com resquícios do antigo tratamento psiquiátrico, a falta de apoio metodológico, políticas públicas e auxílio na capacitação e atuação efetiva dentro desses centros de atenção psicossociais foram os mais mencionados em todos os artigos lidos.

Logo nota-se que existe uma falha na capacitação do psicólogo para atuar no CAPS. As autoras Assenheimer e Pegoraro (2019), argumentam que a insegurança de alguns psicólogos de atuarem no CAPS ocorre pela falta de capacitação que o possibilita lidar com as demandas de saúde social. Ainda segundo as autoras, a formação em psicologia, sobretudo no Brasil, ainda possui uma forte ênfase na atuação clínica tradicional, em outras palavras, os estudantes não são preparados para os problemas e dilemas encontrados na prática da psicologia social.

Esse fenômeno ocorre pela escassez de preparo fornecido nos cursos de graduação para atuação na área da saúde mental, seja por conteúdos desatualizados em relação à saúde pública, ou por manter um modelo centrado em consultórios privados.

Alguns estudos apontaram que o conteúdo dos cursos de graduação em Psicologia está ultrapassado. De acordo com essas pesquisas, os cursos de Psicologia não estão formando profissionais capazes de atender plenamente as demandas dos pacientes do serviço de saúde pública durante a implementação da Reforma Psiquiátrica. Uma possível explicação para essa dificuldade seria a centralidade nos estudos clínicos tradicionais, que abordam o indivíduo de forma isolada (Sales; Dimenstein, 2009).

Cruz e Fernandes (2012), ressaltam que pode haver uma deficiência na formação em Psicologia em relação ao novo paradigma Antimanicomial. De acordo com os autores, os profissionais podem cometer um equívoco ao simplesmente guiar o usuário nas possibilidades dentro da rede de cuidados de saúde, e essa abordagem, apesar de ter a intenção de auxiliá-lo a se integrar à lógica territorial, pode acabar tendo um efeito contrário e limitar sua busca por autonomia. As condutas adotadas pelos profissionais revelam que, caso tivessem um entendimento adequado de autonomia e desinstitucionalização, suas práticas seriam distintas.

Além dos conhecimentos adquiridos na faculdade, é destacado pelos autores Cedraz e Dimenstein (2005), que muitos profissionais reclamam da falta de oportunidades para continuarem se capacitando em determinadas áreas. Jucá et al. (2010), mencionam que a procura por aprimoramento profissional pode ser benéfica para o desenvolvimento, uma vez que desafia o psicólogo a relacionar teoria e prática. No entanto, os autores enfatizam que essa busca não deveria se restringir apenas ao profissional, mas também ser de interesse das Secretarias de Saúde.

Outro fator perceptível foi o fato de que participação do psicólogo em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) não ocorre de maneira independente. Pelo contrário, é um profissional que faz parte da equipe e, nesse sentido, os estudos encontrados destacaram aspectos relacionados a essa equipe em sua interação com as práticas executadas pelos profissionais de Psicologia, tais como as reuniões de equipe, a administração dos serviços, remuneração e rotatividade dos profissionais, o desafio de implementar ações no território, de maneira intersetorial e com foco na desinstitucionalização.

Uma questão relacionada ao trabalho em grupo diz respeito ao território e à forma como as equipes têm conseguido (ou não) manter as interações com a comunidade. De acordo com Cedraz e Dimenstein (2005), foi constatado que as atividades desenvolvidas pelo serviço estudado não estavam gerando mudanças significativas em seu público-alvo, demandando muito tempo tanto dos usuários quanto dos profissionais para sua execução, o que diminuía as chances de outras abordagens mais eficazes.

A respeito do conceito de Desinstitucionalização, que deve ser compartilhado pela equipe que trabalha no CAPS, Cedraz e Dimenstein (2005), alertam para a marcante presença de uma orientação ética dos usuários pelos profissionais, além

da estagnação da dinâmica das atividades, onde os usuários do serviço são colocados como espectadores, submetidos ao conhecimento/poder dos técnicos.

Os usuários se sentem preocupados com a possível escassez de atividades, pois as encaram como uma forma de terapia, e, sem sua realização regular para preencher o tempo, alguns relatam um desconforto emocional. As pesquisadoras destacaram a persistência do modelo asilar, no qual a cura é vista como uma redução dos sintomas e do sofrimento, e a dependência constante de medicamentos, o que revela obstáculos na compreensão do processo de desinstitucionalização (Cedraz; Dimenstein, 2005).

Foi possível observar que a grande maioria dos profissionais da psicologia não estão preparados completamente para atuar nesses centros, seus conhecimentos e experiências são vagos para a demanda de uma atuação em um modelo totalmente diferente do clínico, onde não será apenas o indivíduo acolhido e trabalhado, mas toda uma família (Figueiredo; Rodrigues, 2004).

Por fim, concluímos durante todas as pesquisas feitas, que existe uma deficiência em materiais disponíveis para o conhecimento a respeito do CAPS, atuação do psicólogo, os desafios e a importância dele, mostrando que ainda é necessária uma minuciosa fiscalização e mudança nesses aspectos. Para que o psicólogo consiga atuar com um embasamento técnico e sólido, e não precise ir para o campo de atuação sem preparação adequada. Assim, possibilitará a esses profissionais mais auxílio nessa desmistificação e completa retirada do antigo modelo, avançando para novas mudanças e evolução de todos os pacientes que utilizam desses serviços.

5. CONCLUSÃO

Diante da análise histórica e levantamento de dados realizado por meio de pesquisa bibliográfica, torna-se evidente a influência marcante dos manicômios no tratamento inicial oferecido a pessoas com transtornos mentais. Além disso, os manicômios foram utilizados como mecanismos de exclusão social, conforme apontado por Foucault em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica* (1978).

A partir dessa constatação, compreende-se a importância da luta antimanicomial, que teve início na década de 1970 e teve seu desdobramento em 1987, na resolução dos problemas estruturais dos manicômios. Essa luta representou um marco na história da saúde mental, culminando na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na criação de novos modelos de assistência, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nesse contexto, a participação do psicólogo dentro dos CAPS se destaca como fundamental para a construção de um novo modelo de atenção psicossocial. O antigo paradigma asilar deixou sua marca na história cultural da saúde mental, demandando uma abordagem cuidadosa e integrada para sua superação.

Embora seja consensual a importância do psicólogo nessa transição, ainda existem desafios a serem superados. Foi possível observar lacunas na formação desse profissional, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento de um referencial teórico sólido que oriente sua prática dentro dos CAPS.

Por fim, a pesquisa revelou que a prática do psicólogo nos CAPS enfrenta desafios metodológicos significativos. Estes incluem questões relacionadas à adaptação de técnicas tradicionais de intervenção psicológica a um contexto comunitário, à construção de vínculos terapêuticos em um ambiente de trabalho interdisciplinar e à necessidade de lidar com a complexidade e diversidade dos casos atendidos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Raquel; RIETH, Carmen. **Sigilo e integralidade no cuidado em saúde mental: desafios à atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre, maio/dez, 2015.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1995.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro, ago 2018.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” – **Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, nov /dez, p. 1091-1093, 2018.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, Guilherme, et al., **Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios**. Rio de Janeiro, jan/jun, 2012. 46-47p.

BRASIL. Crepop. **Referencias técnicas para atuação de psicólogas(os) no caps-centro de atenção psicossocial**. Brasília, 37- 95p. junho, 2013.

BRASIL, Dayane D. Ribeiro; LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus Antecedentes aos Dias Atuais**. Pluralidades em Saúde Mental 2021, v. 10, n. 1, revistapsicofae-v10n1-2.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, nov 2005.

BRASIL. **Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841**. Fundando um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados com a denominação de Hospício de Pedro II. Coleção das leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, p. 49, 1841.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. **Memória da Loucura**. Brasília, p.9, 2003.

BRITO, Maria. **A Inserção do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial: Repercussão na significação da sua atuação profissional**. Salvador, 2012.

BRASIL, Dayane; LACCHINI, Annie. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus Antecedentes aos Dias Atuais**. Porto Alegre, 2021.

CABRAL, Sheylla Beatriz; DAROSCI, Manuela. **A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019)**. III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social

Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis – 13 a 14 de novembro de 2019.

CRUZ, K. S; FERNANDES, A. H. **Dispositivos clínicos dos psicólogos em CAPS de Salvador: Entre tutela e clínica das psicoses.** Revista Psicologia e Saúde, p. 94-105, 2012.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo.** Rio de Janeiro. Graal, 1978.

CEDRAZ, A; DIMENSTEIN, M. **Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?** Revista Mal Estar e Subjetividade, 300-327, 2005.

COSTA, E.V. **Da Monarquia à República: momentos decisivos.** São Paulo. Unesp, 1998.

DESVIAT, Manuel. **A reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1999.

FELDMAN, Robert S. **Introdução à Psicologia.** -10.ed.- Porto Alegre: AMGH, 2015.

FERREIRA, Lorena, et al. **Saúde Mental e as Práticas Integrativas e complementares: Um breve histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Morrinhos, ago/dez, p 1-4, 2022.

FIGUEIRÊDO, Marianna; DALNEI, Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. **Entre loucos e Manicômios: História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Maceió, v.2, n.2, p. 121-136, nov. 2014.

FONTGALLAND, Rebeca Cavalcante *et al* . **A Prática dos Psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial em diferentes estados brasileiros.** Psicol. Conoc. Soc., Montevideo , v. 12, n. 2, p. 45-71, agosto 2022 .

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica.** 9.ed., São Paulo: Perspectiva, 1978.

GUIMARÃES, Andréa, et al. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): Historia narradas por profissionais de enfermagem.** Santa Catarina, abril/jun, 363-366pg. 2013.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Foucault e a luta antimanicomial brasileira: uma intensa presença.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 324-336, abr. 2018.

MOTA, A Virgínia; COSTA, G M Ilze. **Relato de Experiência de uma Psicóloga em um CAPS, Mato Grosso.** Cuiabá, jul/set 2017.

OLIVEIRA, Rosiane; FERRARINI, Norma. **Sentidos subjetivos da prática interdisciplinar do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial-Caps.** São João del-Rei, abril/jun, 2020.

OLIVEIRA, Thais; CALDANA, Regina. **Psicologia e práticas psicossociais: Narrativas e concepções de psicólogos de centros de atenção psicossocial.** Londrina, dez, 2016.

PINTO, Danilo. **O fim dos manicômios e a reinserção do paciente com transtorno mental na sociedade no âmbito do Distrito Federal, Brasil.** Brasília, abril/jun, 2017.

PERON, Paula Regina. **A trágica história do Hospital Psiquiátrico Colônia.** Psic. Rev. São Paulo, volume 22, n.2, 261-267, 2013.

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico.** Bol. da Saúde, v.16, n.1, 2002.

REGO FILHO, J. P. **Relatório dos Trabalhos Acadêmicos de 30 de junho de 1875 a 30 de junho de 1876.** Apresentado à Academia Imperial de Medicina em Sessão Magna do dia 30 de junho de 1879. Rio de Janeiro. Tipografia de E. & H. Laemmert, 1879.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka; COSTA-ROSA, Abílio. **Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira.** Interface (Botucatu); 21(63):845-856. 2017.

SALES, A. L. L; DIMENSTEIN, M. **Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: prática em desconstrução? Psicologia em Estudo.** 14(2) 277-285, Junho 2009.

TEIXEIRA, Manoel O. L.; RAMOS, Fernando A. de Cunha. **As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, junho 2012.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. de Cunha. **As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 15, n. 2, pg. 364-381, junho 2012.

TOMASI, Elaine et al. **Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimentos psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada.** Rio de Janeiro, abril, 2010.

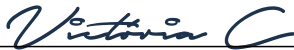
Página de assinaturas



Dionis Souza
027.844.665-58
Signatário



Daniela Americo
005.484.062-78
Signatário



Victória Costa
025.312.062-48
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| 18 jun 2024
20:10:47 |  | Samuel Moura criou este documento. (Email: sammoura450@gmail.com) |
| 20 jun 2024
09:23:01 |  | Daniela S Americo (Email: danielaamericoa@gmail.com, CPF: 005.484.062-78) visualizou este documento por meio do IP 170.239.200.130 localizado em Parauapebas - Pará - Brazil |
| 20 jun 2024
09:23:08 |  | Daniela S Americo (Email: danielaamericoa@gmail.com, CPF: 005.484.062-78) assinou este documento por meio do IP 170.239.200.130 localizado em Parauapebas - Pará - Brazil |
| 20 jun 2024
09:36:14 |  | Daniela S Américo (Email: psicologia@fadesa.edu.br, CPF: 005.484.062-78) visualizou este documento por meio do IP 170.239.200.130 localizado em Parauapebas - Pará - Brazil |
| 18 jun 2024
21:08:59 |  | Dionis Soares de Souza (Email: dio.ssoares@gmail.com, CPF: 027.844.665-58) visualizou este documento por meio do IP 170.231.133.236 localizado em Parauapebas - Pará - Brazil |
| 18 jun 2024
21:09:02 |  | Dionis Soares de Souza (Email: dio.ssoares@gmail.com, CPF: 027.844.665-58) assinou este documento por meio do IP 170.231.133.236 localizado em Parauapebas - Pará - Brazil |
| 20 jun 2024
11:41:08 |  | Victória dos Reis Gonçalves da Costa (Email: victoriareis@fadesa.edu.br, CPF: 025.312.062-48) visualizou este documento por meio do IP 179.84.215.183 localizado em Pará - Brazil |
| 20 jun 2024
11:41:14 |  | Victória dos Reis Gonçalves da Costa (Email: victoriareis@fadesa.edu.br, CPF: 025.312.062-48) assinou este documento por meio do IP 179.84.215.183 localizado em Pará - Brazil |



Página de assinaturas



Samuel Moura
036.150.962-66
Signatário



Alyne Santos
049.046.582-05
Signatário

Daniela S. Américo

Coordenadora do Curso de Psicologia
FADESA

Daniela Américo
005.484.062-78
Signatário

HISTÓRICO

- 23 jul 2024** 17:35:25  **Samuel Moura** criou este documento. (Email: sammoura450@gmail.com, CPF: 036.150.962-66)
- 23 jul 2024** 17:35:27  **Samuel Moura** (Email: sammoura450@gmail.com, CPF: 036.150.962-66) visualizou este documento por meio do IP 191.246.229.251 localizado em Belém - Pará - Brazil
- 23 jul 2024** 17:35:31  **Samuel Moura** (Email: sammoura450@gmail.com, CPF: 036.150.962-66) assinou este documento por meio do IP 191.246.229.251 localizado em Belém - Pará - Brazil
- 23 jul 2024** 17:37:39  **Alyne Oliveira do Espírito Santos** (Email: alyneoliveiras91@gmail.com, CPF: 049.046.582-05) visualizou este documento por meio do IP 138.255.203.111 localizado em Canaã dos Carajás - Pará - Brazil
- 23 jul 2024** 17:45:07  **Alyne Oliveira do Espírito Santos** (Email: alyneoliveiras91@gmail.com, CPF: 049.046.582-05) assinou este documento por meio do IP 138.255.203.111 localizado em Canaã dos Carajás - Pará - Brazil
- 23 jul 2024** 17:50:56  **Daniela S Américo** (Email: psicologia@fadesa.edu.br, CPF: 005.484.062-78) visualizou este documento por meio do IP 170.239.200.18 localizado em Parauapebas - Pará - Brazil
- 23 jul 2024** 17:51:00  **Daniela S Américo** (Email: psicologia@fadesa.edu.br, CPF: 005.484.062-78) assinou este documento por meio do IP 170.239.200.18 localizado em Parauapebas - Pará - Brazil

