



Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP  
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas – ICSA  
Departamento de Serviço Social – DESSO  
Discente: **Mirelly Thais Toledo Teixeira**



**A RAPS de Barbacena:  
o atendimento às vítimas de tentativas de suicídio e suas famílias**

**Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil  
2023**

**Mirelly Thaís Toledo Teixeira**

**A RAPS de Barbacena:  
o atendimento às vítimas de tentativas de suicídio e suas famílias**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup> Cristiane Silva Tomaz

**Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil**

**2023**

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

T266r Teixeira, Mirelly Thais Toledo.  
A RAPS de Barbacena [manuscrito]: o atendimento às vítimas de tentativas de suicídio e suas famílias. / Mirelly Thais Toledo Teixeira. - 2024.  
89 f.: il.: gráf..

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Silva Tomaz.  
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.  
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Administradores dos serviços de saúde - Avaliação. 2. Política de saúde mental. 3. Suicídio. I. Tomaz, Cristiane Silva. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 159.96

Bibliotecário(a) Responsável: ELIANE APOLINARIO VIEIRA AVELAR - CRB6/3044



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Mirelly Thais Toledo Teixeira**

**A RAPS de Barbacena:  
o atendimento às vítimas de tentativas de suicídio e suas famílias**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

Aprovada em 06 de fevereiro de 2024.

Membros da banca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> CRISTIANE SILVA TOMAZ- Orientadora (UFOP)  
Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> VIVIANE SUELEN PINTO CAMPOS ZAMBALDI (UFOP)  
Assistente Social FLÁVIA MENDES (Prefeitura Municipal de Ouro Preto)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiane Silva Tomaz, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 18/03/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Silva Tomaz, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 18/03/2024, às 10:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0685749** e o código CRC **4BB81055**.

## AGRADECIMENTOS

Hoje, com imensa gratidão e alegria, quero expressar meu profundo agradecimento a cada um de vocês que contribuiu significativamente para a conclusão bem-sucedida do meu curso em Serviço Social. Este momento especial é também um tributo às pessoas extraordinárias que desempenharam papéis cruciais ao longo dessa jornada.

Primeiramente, dedico este agradecimento aos meus queridos avós, fontes inesgotáveis de amor, sabedoria e apoio incondicional. Suas histórias e experiências moldaram minha jornada acadêmica e pessoal, e sou eternamente grata por sua presença constante.

À memória dos meus irmãos falecidos Matheus e Ana Beatriz, cuja ausência é sentida profundamente, quero expressar minha gratidão por terem deixado um legado de amor e inspiração. Seus espíritos continuam a me motivar a alcançar novas conquistas.

Ao meu primo Rafael, um grande irmão e mesmo diante da despedida precoce, seu legado deixa uma marca indelével. Dedico este momento à sua memória, lembrando não apenas das lágrimas, mas dos risos compartilhados e das lições aprendidas. Que possamos, em sua homenagem, promover a conscientização e o apoio à saúde mental, cultivando a empatia que você sempre demonstrou.

Aos meus primos Hector, Gabriela e Lara, vocês trouxeram luz aos meus dias, compartilhando risos e encorajamento. Sua presença foi um presente valioso que elevou minha jornada acadêmica.

Vanessa, minha companheira de vida, obrigada por ser meu pilar de força, apoiando-me com amor e compreensão inabaláveis. Sua presença tornou cada desafio mais suportável e cada vitória mais significativa.

À minha amiga de curso, Ana Amélia, compartilhamos risos, desafios e conquistas ao longo desses anos. Sua amizade enriqueceu minha jornada acadêmica, e sou grata por ter uma aliada tão dedicada.

Aos meus sobrinhos Davi e Theo, que trouxeram alegria e inocência pura aos meus dias, agradeço por serem fontes constantes de inspiração. Seus sorrisos iluminaram os momentos mais desafiadores.

Por fim, à minha orientadora Cristiane, expresso minha sincera gratidão. Sua orientação sábia, paciência e apoio foram fundamentais para meu crescimento acadêmico e profissional. Sua influência positiva moldou meu entendimento do Serviço Social de maneira fundamental.

## RESUMO

O trabalho de conclusão de curso explorou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Barbacena através de uma pesquisa empírica e bibliográfica, com foco no atendimento às vítimas de tentativas de suicídio e suas famílias. A pesquisa contextualiza a evolução da política de saúde mental no Brasil, abordando a formação e desconstrução do modelo antimanicomial, a reforma psiquiátrica e as batalhas dos profissionais da saúde mental.

O estudo adotou a perspectiva de profissionais e gestores desses serviços, com o intuito de identificar os desafios e limitações no atendimento às vítimas de tentativas de suicídio e suas famílias. Os participantes, que são trabalhadores e gestores diretamente envolvidos na Rede de Atenção Psicossocial de Barbacena, lidam diariamente com a delicada questão do suicídio.

A pesquisa proporciona uma análise aprofundada da organização da rede para esse tipo de atendimento, evidenciando questões emergentes, limitações e desafios enfrentados pelos serviços no enfrentamento dessa problemática sensível.

**PALAVRAS-CHAVES:** Suicídio; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Reforma Psiquiátrica.

## ABSTRACT

The course completion work explored the Barbacena Psychosocial Care Network (RAPS) through empirical and bibliographical research, focusing on assistance to victims of suicide attempts and their families. The research contextualizes the evolution of mental health policy in Brazil, addressing the formation and deconstruction of the anti-asylum model, psychiatric reform and the battles of mental health professionals.

The study adopted the perspective of professionals and managers of these services, with the aim of identifying the challenges and limitations in providing care to victims of suicide attempts and their families. The participants, who are workers and managers directly involved in the Barbacena Psychosocial Care Network, deal daily with the delicate issue of suicide.

The research provides an in-depth analysis of the organization of the network for this type of service, highlighting emerging issues, limitations and challenges faced by services in tackling this sensitive problem.

**KEY-WORDS:** Context of Madness; Asylum; Colonia Hospital; Psychiatric Reform and Public Mental Health Policies



### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- (CAPS)- Centro de Atenção Psicossocial
- (CEP/UFOP)- Comitê de ética e Pesquisa da UFOP
- (CF88)- Constituição Federal de 1988
- (Fhemig)- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- (Fundac)- Fundação Municipal de Barbacena
- (MS)- Ministério da Saúde
- (MTSM)- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- (NASF)- Núcleos de Apoio a Saúde da Família
- NAPS- (Núcleos de Assistência Psicossocial)
- (OMS)- Organização Mundial de Saúde
- (OPAS)- Organização Pan-Americana da Saúde
- (PVC)- Programa de Volta para Casa
- (RAPS)- Rede de Atenção Psicossocial
- (SAMU)- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- (SUS)- Sistema Único de Saúde
- (SHR)- Serviço Hospitalar de Referência
- (SRT)- Serviço Residencial Terapêutico
- (UBS)- Unidade Básica de Saúde
- (UPA)- Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Resgate sócio-histórico sobre a evolução da política em saúde mental no mundo e no Brasil .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 A reclusão dos pobres e o contexto da loucura.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Revolução Francesa e o tratamento psiquiátrico .....</b>	<b>23</b>
<b>3. A história da loucura no Brasil.....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Hospital Colônia de Barbacena: Holocausto Brasileiro.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira .....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.1 Desdobramentos da Reforma Psiquiátrica.....</b>	<b>37</b>
<b>4. As Políticas de Saúde Mental e o suicídio na Contemporaneidade... </b>	<b>43</b>
<b>4.1 A Rede de Atenção Psicossocial ( RAPS).....</b>	<b>44</b>
<b>4.2 Os direitos das pessoas com transtornos mentais.....</b>	<b>47</b>
<b>4.3 O Suicídio.....</b>	<b>49</b>
<b>5. Pesquisa empírica.....</b>	<b>61</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>80</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho de conclusão de curso partiu da minha experiência profissional e pessoal. A questão da saúde mental sempre esteve muito presente na minha trajetória de vida e, por isso, se tornou um campo de interesse e de muitas dúvidas.

Neste sentido, no contexto atual em que estamos vivendo e de grandes retrocessos na política de saúde mental, me trouxe questionamentos em relação aos atendimentos às vítimas de tentativas de suicídio, de como funcionam esses serviços e se existe comunicação entre eles, quais os seus desafios e limitações que os profissionais enfrentam em seu cotidiano.

Evidencio, num primeiro momento, a vivência familiar com uma pessoa acometida de transtorno mental, que veio a ser assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em um momento agravante de sua doença. Este familiar, em decorrência do agravamento do seu quadro de transtorno mental, cometeu suicídio. Em um segundo momento, quando tive a oportunidade de morar em Barbacena-MG, para que pudesse trabalhar como agente comunitário de saúde em uma Unidade Básica de Saúde, do bairro Santo Antônio (UBS Santo Antônio), tive proximidade com duas residências terapêuticas, sendo elas uma residência feminina - na rua São Joaquim - e a outra masculina - na rua Demétrio Ribeiro.

Estar perto desse Serviço Residencial Terapêutico (SRT) contribuiu para que entendesse a realidade daqueles moradores, que tiveram grande parte da sua história vivida no hospital psiquiátrico, onde tiveram pouco, ou nenhum contato com seus familiares e muito menos receberam assistência adequada durante anos de internação.

Portanto, após vivenciar a realidade em Barbacena, Minas Gerais, e considerando a presença histórica do Hospital Colônia, notório por práticas abusivas no tratamento psiquiátrico, a autora reconheceu a importância de conduzir uma pesquisa de campo sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em relação ao atendimento a vítimas de tentativas de suicídio e seus familiares. Essa investigação se revela crucial para compreender como os diversos serviços se interconectam, avaliar sua eficiência e identificar limitações específicas no contexto deste tema sensível.

Problemas de saúde mental atingem todas as faixas etárias. Estas perturbações estão associadas a várias questões de natureza social, cultural, econômica e afetiva. Por exemplo, a discriminação devido à orientação sexual, problemas no trabalho, dificuldades em relacionamentos amorosos, entre outros. Estes fatores isolados ou em conjunto podem provocar mudanças emocionais, de comportamento e pensamentos no sujeito que vivencia essas situações. Tais alterações podem levar o indivíduo a desenvolver dificuldades para se relacionar e interagir com outras pessoas, provocar angústia, sentimento de impotência, medo e outras sensações e sentimentos. Contudo, nem sempre estes sentimentos são percebidos ou considerados pelos conhecidos e familiares dos acometidos por estes problemas. Ou então, o próprio indivíduo se recusa a procurar tratamento por conta do estigma que existe com relação aos cuidados ligados à saúde mental. Por isso, a saúde mental, muitas vezes, é um problema de pouca visibilidade e ainda coberta por estigmas e preconceitos.

No entanto, os dados mostram que com o passar dos anos os números de pessoas acometidas por um transtorno mental têm aumentado e, em razão disso, em 2019, cerca de um bilhão de cidadãos lidavam com essa doença (OMS/OPAS, 2022). Neste mesmo ano, cerca de 14% da juventude em todo o mundo teve a sua saúde mental afetada, tendo o suicídio como um motivo importante de mortalidade, o qual, se tornou responsável por mais de uma em cada 100 mortes. (OMS/OPAS, 2022)

A decisão voluntária de tirar a vida atingiu 58% dos casos, especificamente em indivíduos com menos de 50 anos. E, no primeiro ano da pandemia, com o fato de todos precisarem viver o isolamento social, as incertezas de um vírus novo e o sentimento de medo fizeram com que a ansiedade e a depressão aumentassem mais de 25%. Isto mostra que houve impactos preocupantes na saúde mental global, de acordo com a pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS, 2022).

Além do mais, esse mesmo estudo aponta que existem fatores estruturais e globais que interferem negativamente na saúde mental, como é o caso das desigualdades sociais e econômicas, o abuso sexual infantil e o assédio moral que também são associados com situações que desencadeiam a depressão. Os indivíduos que lidam com condições sérias de saúde mental, possuem em média a

probabilidade de viver de 10 a 20 anos a menos que a população em geral, em razão das doenças físicas evitáveis.

Partindo desta lógica, sabe-se que existem espaços apropriados para acolher pessoas que estão em sofrimento psíquico. O Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, oferece atendimentos através dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma dos dispositivos da política de saúde mental no Brasil, que tem a função de dar suporte para aqueles que necessitam de tratamento, sejam eles os sujeitos em sofrimento e/ou seus familiares.

Antes da reforma psiquiátrica brasileira, as pessoas acometidas por transtornos mentais eram tratadas nos manicômios. Esta reforma foi um movimento que transformou a lógica da assistência psiquiátrica no Brasil superando o modelo manicomial que adotava práticas consideradas desumanas e violadoras de direitos. Com a promulgação da lei fundadora do remodelamento da atenção em saúde mental no Brasil, a lei nº 10.216/2001, o tratamento de pessoas com transtornos mentais passou a ser fundamentado por uma conduta mais humanizada, que promoveu direitos e conquistas das pessoas acometidas por transtornos mentais, o que favoreceu a sua autonomia, dignidade e a participação na sociedade.

O novo padrão de assistência integrada da saúde mental preza pela inclusão social e comunitária, procura promover estratégias preventivas para melhorar o bem-estar geral da população e sua finalidade é oferecer um tratamento mais eficaz e respeitoso aos usuários com transtornos mentais. Os CAPS surgiram com esta reforma visando proporcionar ao seu público um serviço comunitário, de atenção integrada, humanizado e centrado no acolhimento do usuário. A RAPS é componente fundamental do SUS que busca ordenar diversos serviços clínicos, sociais, culturais e assistenciais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os serviços de emergência, direcionados aos usuários da política de saúde mental.

O CAPS, sendo parte da rede de serviços, preconiza a autonomia dos usuários. Além disso, estes centros devem possuir equipes multiprofissionais composta por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos e terapeutas ocupacionais, o que favorece uma avaliação mais ampla da condição do paciente.

Por isto, questiona-se: A instituição tem registro de usuários que cometeram suicídio ou com tentativas de suicídio? Existe algum levantamento sobre o índice de

suicídios no município? Existe algum limite ou desafio no serviço onde atua em relação ao atendimento das vítimas de tentativas de suicídio? Existe algum protocolo de atendimento e acompanhamento destas vítimas e de seus familiares? As unidades de atendimento se articulam entre si? Existe alguma intervenção de posvenção do suicídio? Existe algum trabalho de prevenção ao suicídio? A equipe está preparada para atuar no atendimento das vítimas de tentativas de suicídio e seus familiares?

A RAPS, tem como diretrizes a Política Nacional de Saúde Mental que visa garantir a autonomia e a livre circulação de pessoas acometidas de transtorno mental. Contribui também para igualdade social, garantia de acessos qualificados de serviços ofertados, na importância de serviços territoriais e comunitários em prol do cuidado com a participação dos usuários e seus familiares. Além disso, a RAPS se constitui na atenção básica a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF); nas Atenção Psicossocial Estratégica, como Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; nas Atenções de Urgência e Emergência, como SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro; na Atenção Hospitalar como Enfermaria especializada em hospital geral, Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; na Estratégia de Desinstitucionalização, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC) e na Estratégias de Reabilitação Psicossocial como Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.(Ministério da Saúde,2023)

Diante desse cenário, o presente estudo visa avaliar a articulação da prestação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do município de Barbacena, Minas Gerais. A pesquisa busca verificar se esses serviços estão integrados de maneira eficiente e proporcionam um atendimento abrangente e integral aos usuários, em conformidade com a legislação aplicável.

Vale salientar ainda que abordar o tema do suicídio envolve um grande tabu em diversas culturas ao redor do mundo. O estigma, as crenças religiosas, a falta de compreensão e o desconforto emocional tanto por parte dos profissionais de saúde mental quanto dos usuários formam um conjunto de obstáculos. Esses fatores prejudicam o processo de acolhimento, que deve ser realizado de maneira

cautelosa e respeitosa. Além disso, essa dificuldade contribui para o isolamento social da pessoa que está enfrentando sofrimento psíquico ou que passou pela experiência pós-suicídio de um ente querido.

Da mesma forma, a saúde mental é uma dimensão muito importante, pois impacta todas as áreas cotidianas da vida de um indivíduo, pois está associada ao bem-estar dos indivíduos. Em razão disso, vários fatores tanto como as condições sociais econômicas, culturais, educacionais, quanto a habilidade de lidar com as dificuldades rotineiras, ter um relacionamento saudável, ter um bom desempenho entre as relações interpessoais estão ligados a esse fenômeno que se mostra fundamental na vida de cada ser social.

Quando abordamos sobre a saúde mental, notamos que geralmente esse assunto apresenta muitos desafios, em se tratando especificamente de seus serviços e sobre a ideia pejorativa que é muito persistente na cultura da sociedade atual. Esses elementos trazem complicações aos avanços já conquistados no decorrer dos anos, principalmente após a ruptura com o sistema manicomial. Dessa maneira, com a conquista da reforma psiquiátrica, espera-se que as pessoas acometidas de um transtorno mental tenham acesso a um trabalho eficaz com profissionais capacitados para efetuar com maestria o acolhimento esperado e desejado.

Mas, sabe-se que as políticas de saúde mental têm sofrido retrocessos significativos, o que mostra a escassez de recursos para o sistema de saúde brasileiro e o subfinanciamento das políticas públicas. Portanto, a presente pesquisa apresenta-se urgente e necessária uma vez que analisará a infraestrutura física e humana de estabelecimentos que visam combater este mal que atinge de forma massiva toda a sociedade atual.

## **2 - Resgate sócio-histórico sobre a evolução da política em saúde mental no mundo e no Brasil**

Este capítulo tem como objetivo apresentar a trajetória sócio-histórica da política de saúde mental no Brasil, com ênfase no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, fundamentada nos princípios de Franco Basaglia e outros autores. Basaglia desempenhou um papel crucial nas transformações do sistema de saúde mental, iniciadas em meados de 1978 na Itália. Essa revolução possibilitou a construção de um novo modelo de atenção à saúde mental, abolindo os espaços asilares em favor de serviços abertos, de base territorial e comunitária. Este modelo tornou-se uma referência em diversos países, inclusive no Brasil (Birman, 1978).

Para tal, entendemos que seja necessário conhecer o passado da história da humanidade que se modificou com os processos de vida e evoluiu de acordo com as suas descobertas. Neste sentido, voltar aos acontecimentos faz com que nos aprofundamos em seu percurso construído ao longo do tempo, para que assim se explique o presente (Foucault, 2006; 1982).

Contudo, para falar sobre o desenvolvimento em relação ao tratamento dos pacientes psiquiátricos atualmente, é importante saber a sua conjuntura em torno dos intitulados loucos, da indústria da loucura, a formação e a reformulação dos hospitais psiquiátricos, a luta antimanicomial dos trabalhadores da saúde mental e suas conquistas no âmbito das políticas públicas direcionadas à saúde mental.

Portanto, o conteúdo deste capítulo expressa elementos considerados relevantes para o momento atual, que se originou de uma instituição caracterizada pela violência, indiferença e descaso. Após a sua ruptura, as redes de apoio psicossocial surgiram para suprir as demandas dos pacientes psiquiátricos depois de muitas lutas e conquistas.

## **2.1 A reclusão dos pobres e o contexto da loucura**

O livro de Heitor Resende (1987), “Políticas de Saúde Mental: Uma Visão Histórica”, divulgado em 1987, contextualiza a história da loucura, na perspectiva de Erasmo de Rotterdam, “Elogio da Loucura”, de 1509. O autor trouxe uma visão ampla sobre os acontecimentos históricos sobre a loucura, partindo dos períodos antigos até a efetivação das políticas de saúde mental no Brasil. Além do mais, o escritor explica que a loucura não pode ser definida em uma única palavra, pois ao longo da história, ela teve múltiplas facetas e foi vista de variadas formas até chegar ao ponto de ser reconhecida como um transtorno mental.



No entanto, a loucura nas palavras de Erasmo é um “patrimônio universal da humanidade”, cujo, os sentimentos impulsivos estão associados à ela. Enquanto que, a seriedade, o bom senso, a fragilidade fazem parte de um ser racional, considerado normal.

Embora não a defina, Erasmo contrapõe a loucura, “patrimônio universal da humanidade”, e da qual são todos dotados ao nascer, à siseudez, ao sensaborão bom senso, à frugalidade e ao estoicismo que a ciência, as artes e a indústria, “como todas as outras pestes da vida humana”, introduziram no mundo. Identificando a loucura com as paixões e o comportamento sensato com o raciocínio, dá a entender que aquela é inata no homem e este último imposto de fora, não necessariamente em nome da razão, já que não se pode entender como razoável o fato de os homens se infligir tanto mal. Além disso, o próprio comportamento sensato e racional pode deixar de sê-lo, se ocorre fora de contexto, e ilustra isto pela seguinte passagem: “...se um sábio, dirigindo-se a alguém que chorasse a morte do pai, o exortasse a rir, dizendo-lhe que esta vida não passa, na realidade, de uma contínua morte e que, por conseguinte, seti pai só fez cessar de morrer, passaria decerto, aos olhos de todos, por louco furioso” (Resende, 1987, p. 19)

A presença da loucura ao longo da história é uma constante, desde o Velho Testamento até os estudos etnográficos, permeando diversas culturas. Na Idade Média, a concepção de loucura era vista de um modo peculiar, pois o louco tinha, segundo Resende (1987, p. 20) “certa independência em relação às normas convencionais”.

Neste contexto histórico, a participação do governo na abordagem da loucura era restrita ao poder público, apenas intervindo em assuntos especiais como validar ou cancelar casamento, quando um dos parceiros estava louco ou defender as propriedades dos insanos, que gastavam dinheiro de uma forma irresponsável. Isto mostrava que o cuidado com a loucura tinha uma base mais sólida nos costumes e tradições sociais do que nas ações médicas ou governamentais.

Contudo, na Grécia e Roma antigas, o tratamento médico era limitado, pois atendia apenas uma parcela privilegiada do público. Práticas religiosas desempenhavam um papel significativo no cuidado dos loucos, com as famílias abastadas assumindo a responsabilidade de manter seus entes queridos em casa, sob a supervisão de um “auxiliar psiquiátrico”. Já os pobres eram deixados sem cuidados e podiam andar livremente pelas cidades. Contudo, para sua

sobrevivência necessitavam do auxílio da caridade pública ou de pequenos trabalhos que eram realizados para fazendeiros.

Segundo Resende (1987), nas sociedades pré-capitalistas, os indivíduos com transtornos mentais desfrutavam de liberdade relativa, pois a ciência sobre os problemas de saúde mental eram menos discutidos e, portanto, pouco se sabia sobre o assunto. Tal fato marca uma diferença em relação aos padrões contemporâneos no quais a saúde mental tem começado a se tornar protagonistas nas discussões sociais e acadêmicas, porém com um vasto caminho a se trilhar.

Naquela sociedade, a condição psicológica não estava intrinsecamente ligada às questões ligadas às cobranças de produtividade de trabalho, especialmente porque tanto a agricultura quanto o artesanato eram meios de subsistência essenciais e naturais a que qualquer pessoa, com mais ou menos habilidades poderia exercer, como se expressa a seguir:

Há ainda que considerar que, nas sociedades pré-capitalistas, aptidão e inaptidão para o trabalho não era um critério importante na determinação do normal e do anormal, como viria a acontecer mais tarde, e isto porque as formas de organização do trabalho naquelas sociedades eram, por sua natureza mesma, pouco discriminativas para as diferenças individuais. Tanto o trabalho agrícola de subsistência como o artesanato para consumo imediato ou troca nos restritos mercados da época, atividades nas quais se assentava a economia das sociedades pré-capitalistas, tinham em comum serem capazes de acomodar largas variações individuais e de respeitar o tempo e o ritmo psíquico de cada trabalhador (Resende, 1987, p. 22).

Com o declínio do campesinato naquela época, tanto o formato de vida quanto o modelo de trabalho passaram por mudanças significativas, impactando diretamente a percepção da loucura. Na Europa, emerge um novo modelo de trabalho com a ascensão da manufatura, uma forma de produção que desafia os trabalhadores da época ao dividir os grupos de trabalho e essa nova tendência mostrava a importância de viver para o trabalho, o que marcou o início de um processo de disciplinamento que se tornou parte integrante desse novo contexto. (Mantoux, 1989, p. 417)

Resende (1987) aponta que a transformação no modo de produção teve efeitos notáveis nas cidades, que foram tomadas por pessoas desocupadas como mendigos e vagabundos (sic). Em Paris, por exemplo, estima-se que mais de 80 mil pessoas viviam em situação de rua durante esse período de transição, destacando a magnitude do impacto social e econômico dessa transformação. Os trabalhadores

enfrentaram uma fase crucial de adaptação a essa nova realidade econômica e social, o que evidenciou os desafios enfrentados durante o período de mudança.

Foi justamente o princípio do fim do campesinato como classe e o declínio dos ofícios artesanais que vieram selar a sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social. Ao fim do século XV, na Europa, o advento da manufatura inicial, forma rudimentar de divisão social do trabalho, trouxe aos trabalhadores artesãos problemas formidáveis. Como assinala Kofler, “aos empresários cabia instaurar, em lugar da atitude hedonista habitual segundo a qual se trabalhava para viver, um espírito de cálculo e lucro que desembocava na idéia de que se deve viver para trabalhar... a rotina artesanal baseada na tradição, a cômoda e agradável concepção do trabalho que ante o novo racionalismo aparecia como carente de disciplina, a atitude irracionalista ante o conceito de tempo e da vida resultaram em problema gigantesco...” Primeiramente foi necessário descartar um sentimento ainda profundamente arraigado, próprio tanto do homem rural como do urbano, de que a liberdade individual é incompatível com a subordinação a um processo de trabalho estritamente vigiado e totalmente racionalizado que até aquele momento só era conhecido nos presídios e nas casas de correção... Nada mostra melhor o problema dos trabalhadores desta época de transição que o fato de que as cidades se regurgitaram de desocupados, mendigos e vagabundos, enquanto se experimentava escassez de mão-de-obras. Só em Paris, nessa época, estimava-se em mais de 80.000 a população de mendigos (Resende, 1987, p. 23).

Em um determinado momento na Europa, ocorreram transformações significativas que impactaram tanto as áreas urbanas quanto as rurais, alterando significativamente a vida das pessoas. Na zona rural, o cercamento das terras, o afastamento dos servos dependentes dos senhores feudais e as mudanças nos métodos agrícolas contribuíram para o surgimento de homens desesperados, enfrentando o desemprego e propiciando o aumento de assaltos em estradas, bem como a presença de ladrões e vagabundos (sic) (Mantoux, 1989).

A Europa demonstrou uma crescente intolerância à mendicância, à vagabundagem e aos desocupados (sic). Na Inglaterra, foi promulgada uma lei em 1496 que estabelecia punições rigorosas para vagabundos e desocupados, como serem colocados no tronco por três dias e noites, e em casos de resistência, serem açoitados com chicotes e obrigados a usar um colar de ferro no pescoço. Vale ressaltar que a pena de morte era aplicada para reincidentes. Na França, os trabalhadores que abandonaram seus empregos eram perseguidos como desertores das forças armadas, enquanto os pais que não enviavam seus filhos para trabalhar enfrentavam multas e prisão. (Foucault, 1972)

Como resposta a esses problemas sociais, foram construídas casas de abrigo como forma de disciplinamento e oferecimento de trabalho. Além disso,

foram estabelecidos hospitais gerais, embora não tivessem o propósito de curar, mas sim de realizar uma higiene social, proporcionar trabalho e aplicar punições aos desocupados. Essas instituições buscavam também a reeducação moral, utilizando a religião e a moral como instrumentos nesse processo.

Foucault (1986) aponta que a loucura ao longo dos anos, era notavelmente expressiva e comunicativa e passou por um processo gradual de exclusão do cenário social. Indivíduos afetados por transtornos mentais eram sistematicamente relegados aos recônditos destas instituições, onde eram submetidos a diversas formas de punição e tortura. Além disso, os que sofriam de insanidade eram alvo de tratamentos médicos brutais, fundamentados nos princípios da medicina galênica, resultando em práticas desumanas e cruéis. Essas ações refletiam uma compreensão antiquada da saúde mental e do tratamento, marcada por atitudes extremamente violentas em relação aos pacientes.

No passar dos anos, esse castigo foi visto como uma advertência social que passou por transformações essenciais e significativas. Ao investigarmos profundamente esse fenômeno, entendemos que essas normas estão relacionadas a esse tipo de controle social que são preenchidas por valores morais, no qual formou uma vivência sólida para as interações entre os indivíduos (Rocha, 2004).

Contudo, ao explorar mais de perto, faz com que percebemos que essas regras impostas, embora elaboradas como indicações benéficas, expõem suas falhas diante da complexidade social. Essas regras, ocasionalmente, tiveram uma contribuição para um ambiente social, que apresenta ser um espaço adoecedor e desproporcional se tratando da vulnerabilidade daqueles que necessitam de orientação ou de cuidados especiais.

De acordo com o autor Michel Foucault, em sua obra vigiar e punir traduzida por Raquel Ramallete e publicada em 2014, mostra que as normas de aprisionamento demonstram ser um processo entre poder, conhecimento e controle social, alegando que as medidas coercitivas são uma ação direcionada ao corpo humano, no qual manuseia o seu comportamento e influencia seus costumes para suprir as expectativas impostas. (Foucault,2014)

Forma-se, assim, uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, desarticula e o recompõe. Uma "anatomia política", que

é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (Foucault, 2014, p. 164).

É importante ressaltar que as concepções a respeito do funcionamento de como a sociedade deve ser, se baseou em conceitos que foram formados por um conjunto de princípios. A moralidade e a ética fazem parte dessa construção, as quais foram atribuídas aos indivíduos, para que assim a ordem fosse mantida.

Penso que, em uma história da moral, é preciso fazer uma distinção entre o código moral e os atos. Os atos ou as condutas são a atitude real dos indivíduos face às prescrições morais que lhe são impostas. Nestes, deve-se distinguir o código que determina quais atos são autorizados ou proibidos e qual o valor positivo ou negativo das diferentes atitudes possíveis. Mais há outro aspecto das prescrições morais que, geralmente, não é isolado como tal, mas que, aparentemente, é muito importante: é a relação consigo mesmo que seria necessário instaurar, relação a si (rapport à soi) que determina como o indivíduo deve constituir-se como sujeito moral de suas próprias ações (Foucault, 1994f, p. 618).

No entanto, os seres humanos que não atendem a expectativa do sistema e não tem a capacidade de produzir, perdem sua credibilidade e tornam-se impossibilitados de seus valores pessoais, pois já não são pessoas que tem a habilidade de responder por si e não podiam usar de seu direito enquanto cidadãos na história antiga, sendo assim, ficam à margem de um poder maior do que eles e que possui a autonomia de decidir suas escolhas e apontar sua posição individual em uma sociedade (Machado, 1981).

Diante do exposto acima, percebe-se, após um estudo aprofundado, que notavelmente essas crenças de se apropriar da liberdade do sujeito são visivelmente culturais. As pessoas consideradas loucas não fazem parte do que o senso comum considera “normal”. Elas trazem uma imagem negativa por conta dos seus comportamentos e condutas e, por isso, devem passar imediatamente por um disciplinamento coercitivo institucional. Através deste, acreditava-se ser capaz de ajustar o considerado errado, impossibilitado e até mesmo controlando a miséria. Feito isto, tirava-se o mal visto e se apagava da sociedade da “mancha” causada pela imagem dos indivíduos que eram vistos com problemas (Foucault, 1986, p. 135).

É nesta perspectiva que começamos a buscar componentes realizados no passado para trazer uma linha cronológica desses atos que restringem a liberdade por meio de um enclausuramento, nos primeiros moldes de apossamento da vida daqueles considerados inferiores socialmente, mentalmente e politicamente falando.

No século XVIII as casas destinadas para a internação eram compostas por uma diversidade de pessoas que incluía todo tipo de público, desde os menos favorecidos até criminosos. Aqueles que não fossem capazes de produzir como o esperado, eram rotulados como incapazes, enquanto os considerados loucos eram percebidos como indivíduos improdutivos. Dessa forma, esta percepção favoreceu para a permanência destes nessas instituições, sendo associados entre os não agressivos e os mais fáceis de serem lidados.

Um voraz e insaciável avarento, terrível praga de sua terra natal, trama e consegue apossar-se de milhares de acres, contorna-os e fecha-os com cercas e valados, expulsa os lavradores que os ocupavam, utilizando a fraude e a violência. De um modo ou de outro, por bem ou por mal, forçou-os a irem embora, pobres, simples e desventuradas almas! (...) E quando vagueiam depois de consumir o último centil, que poderão fazer além de roubar (e então, meu Deus, serem enforcados com todas as formalidades jurídicas) ou pedir esmolas? E se mendigarem serão lançados ao cárcere como vagabundos, por estarem perambulando sem trabalhar; eles, a quem ninguém quer dar trabalho, por mais que implorem (Marx, *apud* Morus 1988, p.853).

Visto isso, a intenção das casas de asilos possuíam um direcionamento para um público vulnerável, atendendo variadas categorias como homens, mulheres, crianças, idosos, portadores de um transtorno mental e os intitulados “vagabundos”. Dessa forma, entende-se que esses seres compunham as primeiras formas de aprisionamento e que durante um tempo essas condutas tornaram um espaço bastante rígido para atender a população e também para conter a loucura. Outro ponto importante e que precisa ser lembrado é que a existência do hospital geral foi uma medida de conter os devaneios sociais presentes e foi associado a um tipo de sistema monárquico e burguês na França, onde esse modelo de instituição ligava-se unicamente à assistência e à repressão do indivíduo, portanto não era um lugar em que a medicina existia (Castel, 1978).

Desse modo, esses ideais adquiriram concepções que vieram a ser decorrentes de uma ideologia iluminista que buscou demonstrar a capacidade de se

responsabilizar sobre a vida dos indivíduos que não possuem o juízo sobre o certo ou errado ou que não tem a autonomia de controlar suas ações. Neste sentido, com esses pensamentos que foram aceitáveis diante dos fatos apresentados fez com que no final do século XVIII em solos europeus, a conduta de prender a população pobre em casas de custódia tinha um parecer aceitável e justificável, pois essa atitude tinha como anseio de modificar essas pessoas incapazes de produzir ou de gerar bons exemplos, sendo assim, foram concedidos para tornarem parte de um processo revolucionário da época, no qual direcionava a vida desses indivíduos ao trabalho exploratório no momento da Revolução Industrial (Foucault, 2000).

Ao que tudo indica, essas imposições ideológicas de conter a pobreza, a loucura, os marginalizados em um lugar considerado adequado para isso, como no caso de enclausurar essas pessoas, teve um marco fundamental e excepcional para o desenvolvimento da prática psiquiátrica, ou seja, todos aqueles que davam algum tipo de trabalho ou causavam algum problema social eram isolados, culpados e eram tutelados pela ordem, no qual provocou um olhar atento e habilidoso para identificar os que necessariamente precisariam de uma correção e habitualmente participariam desse regramento pautado por homens que foram destinados a isso, pois foram reconhecidos como especialistas sobre esse assunto (Ferrazza, 2013).

A obra de Foucault (1986), expressa que esses costumes fortaleceram o alienismo e favoreceram o surgimento de manicômios como maneiras efetivas de tratamento. Além disso, apareceram outros meios ocupacionais para reparação dos inapropriados como cláusulas e escolas rígidas com conceitos coercitivos para esses cidadãos.

(...) não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que se façam o que se quer, mas para que se operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (Foucault, 1986, p. 127).

Como já abordado no texto, o aprisionamento de pessoas em espaços cuja dinâmica era baseada no regramento disciplinar também tinha a ideia de conter a loucura. Estes espaços eram formados por pessoas que não tinham o conhecimento e muito menos eram especialistas no assunto e a administração destes lugares era gerenciada por líderes religiosos da época. Além de tudo, essas corporações sobreviviam de doações que recebiam e as práticas médicas não faziam parte ao atendimento dos asilados, pois a intervenção medicinal acontecia nos casos em que as doenças eram transmitidas entre os internados (Castel, 1978).

A loucura nunca foi vista na idade clássica como uma doença que necessariamente precisava ser acompanhada por um especialista do assunto ou que tivesse o tratamento adequado. Durante esse tempo, as pessoas sinalizadas como loucas se encaixavam naquele perfil negativo dos marginalizados indesejáveis que existiam na comunidade e desse modo, essa condição mental era associada para a igreja como uma pessoa que cometeu muitos pecados e que não existia outra opção a não ser viver isoladamente dos intitulados sujeitos de bem, pois assim, o meio social continuaria em harmonia, em ordem e seria visto como um espaço seguro.

O filósofo Foucault (2006), retrata em sua obra que a loucura fazia parte dessas imposições e o esquema de conter a vida do louco possuía a mesma proporção aos demais incorretos, pois ambos passavam pelo mesmo processo em relação às normas estabelecidas sobre as hospitalizações. Ressalta-se que nesse momento da loucura, em que a condição mental era problematizada como algo sem importância no ponto de vista das pessoas da época, especificamente na França em 1692, existiam duas opções, no qual em um ponto, os familiares recorriam à justiça para que houvesse a tutela do louco e quando fosse necessário o internamento do mesmo, seus bens materiais estariam sob os cuidados de seus parentes, ou seja, o louco perdia o direito de sua vida e de suas conquistas ou seriam subordinados por uma ordem que vinha de religiosos, policiais e de todos aqueles que continham o poder. E quando a família não solicitasse a intervenção do Estado, vizinhos próximos tinham o direito de acionar o internamento do causador de problemas públicos e sociais (Foucault, 2006).

Claro que esses modos de sequestro trazem uma afinidade com a atualidade, pois a interferência aos loucos teve a presença indispensável da família para que essa configuração prisional acontecesse e também foi decorrência da



necessidade da mesma. Sendo assim, a família neste contexto tinha toda autonomia e a responsabilidade de acompanhar e reparar o seu familiar e poderia pedir uma intervenção para que houvesse o internamento quando fosse necessário. Entretanto, caso viesse acontecer algum tipo de descuido em relação à pessoa ou tivesse alguma dificuldade para normalizar o parente, forças maiores poderiam se intrometer e solicitar uma interdição (Ferrazza, 2013, p. 42).

Segundo Foucault(1999), o papel da família era primordial para o acompanhamento e para o ajustamento do louco, pois na falta de comparecimento ou na impossibilidade de ter controle da situação, permitia que os oficiais utilizassem das *lettres de cachet* (“cartas de selo”, ou cartas seladas secretas era uma prática do antigo regime utilizada para aprisionar alguém sem julgamento), no qual tinha toda a liberdade para agir e possuir a tutela do sujeito considerado louco (Castel,1978).

Porém, essa norma do antigo regime visava transformar o contexto social, mudar a visão negativa deixada pela loucura, visto que era acionada apenas para tratar um interesse coletivo e não especificamente a causa da doença.

as dezenas de milhares de *lettres de cachet* enviadas pela monarquia eram, na verdade, solicitadas por indivíduos diversos: maridos ultrajados por suas esposas, pais de famílias descontentes com seus filhos, famílias que queriam se livrar de um indivíduo, comunidades religiosas perturbadas por alguém, uma comuna descontente com seu cura, etc.[...] De forma que a *lettres de cachet* apresenta, sob seu aspecto de instrumento terrível da arbitrariedade real investida de uma espécie de contra poder, poder que vinha de baixo e que permitia a grupos, comunidades, famílias ou indivíduos exercer um poder sobre alguém. Eram instrumentos de controle, de certa forma espontâneos, controle por baixo, que a sociedade, a comunidade, exercia sobre si mesma. A *lettres de cachet* consistia portanto em uma forma de regulamentar a moralidade cotidiana da vida social, uma maneira do grupo ou dos grupos - familiares, religiosos, paroquiais, regionais, locais, etc. - assegurarem seu próprio policiamento e sua própria ordem (Foucault, 1999, p. 96-97).

Segundo Ferrazza (2013, p. 42-43), a autorização das condutas de enclausuramento partia sempre da família e das autoridades competentes, como citado anteriormente. Com pouca frequência acontecia de ter um pedido vindo por parte do especialista, que percebia a necessidade de uma internação para o seu paciente.

## 2..2 Revolução Francesa e o tratamento psiquiátrico

De acordo com Ferrazza (2013, p. 43), a Revolução Francesa de 1789 e a abolição das *lettres de cachet* apareceram como o desafio da legalidade no que diz respeito ao isolamento de indivíduos com distúrbios mentais. Vale lembrar que a autora diz que as autoridades judiciárias tinham a autonomia de determinar legalmente a internação de pessoas com problemas mentais. Contudo, as autoridades administrativas urbanas buscavam neutralizar a loucura, através do sequestro de pessoas vistas como problemáticas, superando a lentidão do sistema judiciário.

Essas iniciativas administrativas, embora fossem eficazes, não possuíam uma base legal, pois para resolver essa situação, tornou-se necessário legitimar as decisões das autoridades administrativas a fim de normatizar esse tipo de sequestro. Entretanto, a “Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão” de 1789, estabeleceu que nenhuma pessoa deveria ser presa sem ter cometido algum tipo de crime. Este pronunciamento colocou em dúvida a prática de sequestrar e prender indivíduos com distúrbios mentais sem uma determinação judicial. Desse modo, aqueles que não eram violadores da lei não poderiam ser comparados iguais os criminosos (Castel, 1978).

As lacunas do sistema judiciário em atender às demandas familiares, somadas aos dilemas causados pelas medidas administrativas que entravam em conflito com os novos fundamentos legais de liberdade, resultaram na sugestão de medicalização da loucura (Ferrazza, 2013).

Desse modo, diante este fato, no final do século XVIII, começou a se instaurar a medicalização da loucura, destacada por tratamentos medicinais e a presença de profissionais que buscavam organizar o ambiente de confinamento destes usuários, e que estabeleceram a diferenciação dos “tratáveis” daqueles diagnosticados como intratáveis. Ou seja, isto resultou em uma nova maneira de poder e dominação, como mencionado por Castel (1978):

“Essa tutelarização dos loucos operou-se através de séries de transformações práticas bem precisas, cujas peripécias será preciso acompanhar: transformações dos dispositivos institucionais, recondicionamento dos códigos teóricos, refinamento das tecnologias disciplinares, constituição de novos papéis profissionais, etc. Isto é o mais importante, se não esquecermos que a constituição destas práticas instaurou e, posteriormente, dividiu os poderes de uma nova relação de dominação que coexistiu com a ordem legal antes de suplantá-la

parcialmente, a fim de normalizar setores cada vez mais significativos da vida cotidiana” (Castel 1978, p. 52).

Entretanto, falar do marco histórico de 1789, período da Revolução Francesa, requer entender que nessa época, surgiram movimentos sociais e mudanças que contribuíram para o fim do antigo regime. Dessa forma, esse movimento veio anular a permissão de atitudes baseadas nas *lettres de cachet* que eram vistas como uma privação do sujeito à sua liberdade, valor este, lema da revolução (Castel, 1978).

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789) evidenciava que para ficar em um lugar fechado e propício ao disciplinamento, seria necessário que o autor tivesse cometido algum crime. Lembrando que, em tempos precedentes, o louco era associado ao criminoso, ao vagabundo e dentre outros considerados desajeitados fazendo parte do grupo que era excluído na sociedade. Com essa alteração, o louco já não poderia receber o mesmo tratamento aos demais, visto que agora seria necessário um documento que viesse do Estado, autorizando o encarceramento e o procedimento de como tratá-lo. Sendo assim, o destino do louco passou à responsabilidade do Estado.

Por outro lado, a resposta dos oficiais quando se solicitava a internação do louco, por vontade da família, causava a frustração desta, já que a intervenção demorava devido à lentidão dos processos e às dificuldades de suprir toda a demanda ocasionada além da demora causada pelas contestações ocorridas. Neste sentido, o tratamento da loucura veio a ser baseado nos ensinamentos da medicina, tornando-se um meio para que houvesse a tutela do doente. A vida do doente, portanto, não estaria apenas nas mãos do poder judiciário que, antes de tudo, era o único que tinha o direito de especificar se era necessário o aprisionamento ou não (Foucault, 2006).

Deste modo, as condutas seriam diagnosticadas pelo especialista e o profissional saberia qual seria o encaminhamento adequado a se fazer para o paciente, e se haveria a necessidade de internação dependendo do caso.

Em meados do século XVIII, o cuidado ao louco pela medicina ganhou ainda mais força, visto que, após o descontentamento de profissionais que não achavam viável e necessário o doente ser colocado em um espaço fechado com outras pessoas que não tinham a mesma condição mental que este ou até mesmo que

tivessem cometido algum tipo de crime perverso. A ideia principal desses médicos era desenvolver um projeto que fosse pertinente à busca da precaução da loucura, através de métodos que explicassem o problema do paciente e que pudessem dar um novo sentido no aprisionamento de pessoas. Ou seja, atribuindo um novo contexto ao enclausuramento, onde separariam os adoecidos dos desvirtuados da ordem (Machado, 1981).

Castel (1978) fala que a intervenção da medicina nas decisões da saúde mental do alienado era associada à modernidade, pois a ciência passa a ser um meio fundamental para o avanço da recuperação do indivíduo. Acreditava-se que o tratamento médico era o único meio possível para reverter a condição da pessoa vista como incorrigível.

Os médicos tinham a autonomia de apontar os comportamentos considerados anormais, que não eram compatíveis com sua convivência em um meio social, e que poderiam trazer uma situação de risco à sociedade (Castel, 1978). E a lei de 1838 era a que regulamentava estes novos procedimentos.

Na lei francesa decretada em 30 de Junho de 1838 sobre os alienados, no item sobre as internações nos asilos manicomiais, há a seguinte descrição: "Um certificado médico é a constatação do estado mental da pessoa a ser internada, da indicação das particularidades de sua doença e da necessidade de tratar a pessoa designada num estabelecimento de alienados, e nele mantê-la enclausurada." (Castel, 1978, p. 307).

Estes profissionais também possuíam função de determinar a gravidade da loucura e qual o procedimento a exercer sobre o doente. A internação, contudo, ainda é a única alternativa para o tratamento do louco, no entanto, agora baseada em um diagnóstico de *experts* sobre o assunto.

Nas palavras de Castel (1978), essas transformações no tratamento da loucura foram propícias, pois poderiam apontar quem seriam os loucos que tinham a condição de seguir o tratamento posto e aqueles que não teriam a menor capacidade de alcançar uma melhora, tornando-se intratáveis do ponto de vista da medicina. Além do que, a intervenção dos alienistas se caracterizava como nova forma de dominação que veio a mudar todos os âmbitos institucionais de poder (Castel, 1978).

No entanto, esta reforma continuou favorecendo o enclausuramento quando indicado pelo profissional de medicina. O pai da psiquiatria moderna, Pinel, o autor responsável pelo desenvolvimento do alienismo na França, dirigiu a renovação dos

espaços de reclusão para um lugar em que o ser pudesse ser atendido, estudado diariamente em todos os momentos do dia e da noite para o esclarecimento de suas ações mentais. Este veio a ser conhecido como manicômio, onde os médicos tratavam dos alienados e em teoria, não trariam nenhum prejuízo ao louco, já que não seria uma prática imposta por autoridades que não tinham prescrição ou domínio sobre as questões do sujeito. Porém, este tratamento era fundamentado na observação, no autoritarismo e na força humana como uma maneira de reprimir e deter o controle do indivíduo (Pinel,1800/2007).

O hábito de viver constantemente no meio dos alienados, o hábito de estudar seus costumes, seus caracteres diversos, os objetos de seus prazeres ou de suas repugnancias, a vantagem de seguir o curso de seus desvarios dia e noite nas diversas estações do ano, a arte de conduzi-los sem esforço e de reduzir arrebatamentos e murmúrios, o talento de adotar com eles, propositadamente, um tom benevolente ou um ar impositivo, e de subjugar-los pela força quando as vias de brandura não são suficientes; enfim, o espetáculo contínuo de todos os fenômenos da alienação mental, e as funções de supervisão devem necessariamente comunicar a homens inteligentes e zelosos múltiplos conhecimentos e pontos de vista minuciosos que faltam ao médico (Pinel, 1800/2007 , p. 63).

Dentro desses espaços existiam regras e princípios coercitivos, aos quais os loucos eram submetidos e que regulamentavam desde sua entrada até suas atitudes, podendo assim, tornar o convívio mais fácil para que suas ações fossem corrigidas e disciplinadas e a cura fosse alcançada. Os doentes mentais tinham seus horários, a alimentação, o entrosamento entre eles e qualquer tipo de tarefa que fosse realizada, vigiadas e regradas (Foucault,1986). A presença da família para os alienistas também seria um efeito negativo para o desenvolvimento da cura. Por isto eles, eram deixados nestes locais e não possuíam nenhum contato com seus familiares, sem poder ter o direito de sair e criar laços afetivos (Castel,1978).

As advertências recebidas também eram cruéis como chuva gelada, chicotadas, choques elétricos, camisa de força e a colocação de algemas. Esses rituais de tortura representavam um novo conceito de tratamento, para os velhos moldes, porém agora legitimizados supervisão dos médicos. Por isso, esse aparecimento dos manicômios se tornou outra norma de disciplinamento, no qual seus padrões mantêm a intencionalidade anterior, a base de restrições e por meio de procedimentos de tratamento extremamente violentos e que reprimiam qualquer atitude incomum.

O enclausuramento é um conceito exercido ao longo do tempo e não seria diferente para os alienistas. Essa intenção de aprisionar na reforma alienista está associada aos acontecimentos anteriores, onde a necessidade de controlar os problemas sociais baseada em um tratamento voltado à moralidade do indivíduo, foi considerada o ideal. O intuito da medicina era poder interferir na saúde mental do alienado, auxiliando-o integralmente em suas demandas pessoais. Por isso, em decorrência desses elementos históricos, a implementação dos hospitais manicomiais como um modo de cuidado junto à medicina visa o aprisionamento de pobres.

Em lugar das correntes, dizem "...reconstituiu-se em torno deles (os loucos) todo um encadeamento moral que transformava o asilo numa instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, ridicularizado nos seus erros..." ou, como sintetizou Amarante: "A grosso modo o tratamento moral é a utilização conveniente da disciplina, onde todos os aspectos que compõem a instituição asilar concorrem para este fim", Para este segundo grupo de autores, portanto, os reformadores do século XVIII nada mais teriam promovido senão a substituição da violência franca pela violência velada da ameaça e das privações (Resende, 1987, p. 26).

De acordo com alguns autores, o tratamento moral do século XVIII representou, em certa medida, uma substituição da violência física por formas mais veladas de ameaça e privação. As práticas associadas a esse regime moral eram mais rigorosas e tinham a intenção de exercer disciplina sobre os pacientes, visando moldar seu comportamento de acordo com as normas sociais da época. Nestes espaços se desenvolviam preceitos de respeito à família, sendo um papel indissociável na relação do homem, a importância da união e da obediência entre seus familiares e o dever de contribuir para a sociedade, através do trabalho ou outro mecanismo que seja útil para o bem coletivo. Como mencionado em outros parágrafos, a instituição buscava trazer através de uma ordem imposta, a decência do alienado (Ferrazza, 2013). Essa abordagem disciplinadora buscava controlar o comportamento dos pacientes por meio de práticas mais sutis, mas nem por isso menos coercitivas.

Em resumo, a figura de Pinel e a introdução do tratamento moral no século XVIII revelam uma transformação na abordagem psiquiátrica, destacando não apenas a aparente "libertação física", mas também a imposição de um controle social mais sutil, repleto de julgamentos e normas morais, que moldaram a

experiência dos pacientes nesse novo contexto (Castel, 1978). A medicina, portanto, naquele momento não tinha a finalidade de cuidar do alienado ou trazer algum tipo de conforto, mas sim de esconder todos os moralmente defeituosos, que constituíam um grupo de marginalizados pela Igreja e o Estado. Conforme Foucault (2005), o surgimento da psiquiatria não tinha a intencionalidade de retratar a doença com cautela ou trazer algum tipo de suporte para o doente e muito menos usar saberes medicinais que poderiam amenizar o sofrimento psíquico e, sim, realizar uma higiene pública que poderia mascarar as mazelas sociais.

Antes de usar uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se pode assimilar direta ou indiretamente à doença pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou (Foucault, 2005, p. 175).

Lembrando que Basaglia (2005), diz em sua obra que o aspecto do louco na sociedade era um sentimento de rejeição muito forte e as pessoas tinham medo de conviver e ter qualquer tipo de contato físico. A necessidade de mantê-los a distância de todos seria crucial no conceito dos alienistas, pois o que impedia que a ordem social pudesse evoluir e atingir parâmetros significativos para a população estava ligado a eles já que apresentavam uma ameaça social.

O manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas, até hoje eles conservam essa função: dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é são (Basaglia, 2005, p. 49)

A eclosão dos hospitais psiquiátricos se expandiu para todo o mundo e trouxe grandes prejuízos para aqueles que viviam nesses espaços e como o nosso objetivo é resgatar a sua história desde o início para que alguns pontos importantes sejam esclarecidos e claro que não poderíamos deixar de reviver o seu processo e quais foram as influências causadas no Hospital Colônia de Barbacena, já que é a nossa pesquisa neste trabalho é saber como são os atendimentos às vítimas de suicídio na cidade de Barbacena.

### **3. A HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL**

Se tratando especificamente no Brasil, em 1852 criou-se o primeiro hospital psiquiátrico, o hospício Pedro II no Rio de Janeiro e após um tempo surgiram outros modelos de manicômios como o hospital colônia de Barbacena (1903) em Minas Gerais e o hospital psiquiátrico do Juqueri em São Paulo em 1974. Estes locais ficavam sob a responsabilidade do governo e a administração sob a supervisão de órgãos estaduais de saúde mental (Arbex,2013).

As pessoas internadas eram, em grande parte, pessoas acometidas por um transtorno mental. Contudo, os hospitais psiquiátricos ficaram conhecidos por acolher não apenas pacientes psiquiátricos, mas também indivíduos vistos como "indesejáveis" pela sociedade da época, ou seja, que não se enquadram nos valores desta, como portadores de deficiências mentais e físicas, alcoólatras, mendigos, mulheres que perderam a virgindade antes do casamento, "mães solo", homossexuais, entre outros (Neto,2017).

As práticas eram voltadas a tratamentos desumanos e cruéis, no qual eram utilizados métodos de eletrochoque, reclusão e isolamento, trabalho forçado, maus tratos e negligências e medicação excessiva e inadequada, violando assim os direitos humanos e civis dos internados (Arbex,2014).

### **3.1 Hospital Colônia de Barbacena: Holocausto Brasileiro**

O principal interesse neste tópico é destacar os marcos nas práticas do hospital colônia de Barbacena, pois sua história ficou bastante conhecida pelo fato de o hospício ser comparado ao holocausto nazista, pois os procedimentos eram os mesmos, como a perda de identidade, a organização das filas e a exposição dos corpos como também os novos moradores eram direcionados para uma ducha gelada, ficaram carecas e usavam uniformes padrão do manicômio. (Carvalho,2009)

A história desta instituição foi relatada na obra de Daniela Arbex, a qual teve o seu lançamento em 2013 - Holocausto Brasileiro - e em seguida foi desenvolvido um documentário (2016) que fala sobre a barbaridade ocorrida nessa instituição que acolhia pessoas de todo o lugar do país.

Claro que, o manicômio de Barbacena ficou famoso pelo fato de 60 mil pessoas terem morrido nesse lugar, já que viviam em condições extremamente precárias e recebiam práticas de tortura. Por conta da violência que os internos recebiam e por tamanha crueldade que era exercida sobre eles, o Centro Hospitalar



Psiquiátrico de Barbacena foi associado a diversos comparativos que o nomeava como um campo de concentração nazista, um “Sucursal do Inferno” (matéria feita pelo jornal, O Cruzeiro em 1961) e “Porões da loucura” em 1979.

Figura 1 – Hospital Colônia de Barbacena



Fonte: Museu da Loucura - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) e a Fundação Municipal de Barbacena (Fundac)

Além do hospital colônia, o território possuía outras sedes institucionais referente à saúde mental, em conjunto com outras cidades como Belo Horizonte e Juiz de Fora que em suma, somavam cerca de dezenove fundações que correspondiam a cerca de vinte e cinco organizações do estado de Minas Gerais, totalizando então cerca de 80% das internações.

Dezenove dos vinte e cinco hospitais psiquiátricos existentes em Minas até a década de 1980 estavam localizados no famoso corredor da loucura formado por Barbacena, Juiz de Fora e Belo Horizonte. Nesse período, as

três cidades concentravam 80% dos leitos da saúde mental no Estado. Parâmetros da Organização Mundial da Saúde estabeleciam como referência três internações para cada mil beneficiários no país. Mas estudos do setor psiquiátrico mineiro revelaram quase sete internações para cada grupo de mil, em 1979. Em 1981, o número era superior a cinco. A cada duas consultas e meia, uma pessoa era hospitalizada nas Gerais (Arbex, 2013, p. 28-29)

Holocausto Brasileiro de Daniela Arbex (2013), a autora menciona que a instituição possuía apoio de poderosos órgãos para que a fundação pudesse ser mantida, incluindo o Estado e a igreja católica nesse período.

A finalidade do hospital colônia era abrigar pessoas que aparentemente fossem um problema para o contexto social. Não importava se o cidadão fosse portador de um transtorno mental, ou não. Inclusive cerca de 70% do seu público não apresentava nenhum tipo de adoecimento (Carvalho, 2009). Ali, recebiam todos os tipos de pessoas que eram nomeadas como desagradáveis, ou seja, mulheres que perdessem a virgindade antes do casamento; pessoas que possuíam o vício no álcool; mulheres que não tinham o apoio dos homens para cuidar do próprio filho, tornando-se mãe solo; homossexuais; cidadãos que politicamente militava; sujeitos que não representavam condição social e que viviam em situação de rua e, por fim, os negros.

Esses costumes conservadores aprisionaram pessoas que não eram compatíveis com as normas familiares, ou seja, parentes e poderosos tinham a autonomia de enviar indivíduos para o Colônia, uma vez que os motivos eram ligados em interesses pessoais, como também relacionamentos extraconjugais, antes mesmo da existência do hospício, a Santa Casa de Misericórdia e a delegacia já tinham autoridades sob os pacientes considerados “loucos” pela sociedade daquele momento (Arbex, 2013).

O trem de doido era o transporte que levava pessoas de todo o canto do mundo para o hospital Colônia de Barbacena, favoreceu para que a instituição resultasse em superlotação do espaço. A capacidade das celas foi ultrapassada em três vezes, o que veio a levar a falta de espaço no interior da instituição. Desse modo, o manicômio precisou readaptar os pavilhões, no qual houve a troca das camas por capim para que, assim, pudesse abrigar ainda mais outros pacientes (Borges, 2017).

Arbex (2013) aponta que dentro do hospital psiquiátrico de Barbacena, houve uma divisão entre homens e mulheres, no qual os homens que eram diagnosticados aptos para o trabalho ficavam no pavilhão Milton Campos, em celas apertadas. Já as mulheres eram depositadas na ala A da Assistência, espaço este que anulou toda a sua existência, perdendo suas referências sociais e sendo esquecidas como mães, filhas, companheiras, em razão dos valores tradicionais da época.

Segundo Arbex (2013), os colegas de celas eram obrigados a ajudar na correção das indisciplinas com eletrochoque, ajudando a segurar o companheiro de quarto durante a execução do procedimento. No hospital, a alimentação era diferente entre os pensionistas e os indigentes, pois o residente pagante tinha um favorecimento dos outros e o restante recebia uma comida básica de qualidade duvidosa. A falta de alimentos fazia com que houvesse soluções práticas como a mistura de farinha com água para aumentar a quantidade de comida. Além disso, os pacientes eram obrigados a ficar expostos ao ar livre no pátio, independente das condições climáticas da cidade. Os internos buscavam amenizar o frio insuportável se aglomerando entre si. Os residentes também eram obrigados a executar trabalhos sem remuneração.

Figura 2 – Internos no pátio



Fonte: ARBEX(2013,p.122)

É relevante destacar que a expansão dos hospitais psiquiátricos como uma rede de assistência em saúde mental está intrinsecamente ligada ao contexto complexo da formação da "indústria da loucura" no Brasil. Esse fenômeno contribuiu de maneira significativa para o crescimento e a ascensão dos manicômios, perpetuando práticas desumanas como forma de tratamento (Queiroz,2009).

No ano de 1920, o Brasil testemunhou um aumento expressivo da influência dos princípios psiquiátricos, culminando na criação da Liga Brasileira de Higiene Mental em 1923. A abordagem adotada visava um modelo preventivo, visando a recuperação racial para promover uma convivência harmoniosa na sociedade (Bueno,2004).

Durante o golpe militar de 1964, ocorreu uma inflexão na assistência psiquiátrica, marcada pela privatização e pela contratação de leitos em instituições privadas pelo setor público. Esse cenário favoreceu a expansão das redes hospitalares no Brasil, consolidando investimentos em hospitais psiquiátricos fundamentados em longas internações asilares. Essa abordagem proporcionou benefícios econômicos às empresas hospitalares, com os militares financiando a construção desses espaços para abrigar pessoas consideradas ameaças ao regime vigente (Bueno,2004).

Entre as décadas de 1970, 1980 e início de 1990, ocorriam aproximadamente seiscentas mil internações por ano, associadas a elevados índices de mortalidade. A "indústria da loucura" tornou-se um marco complexo nas abordagens dos transtornos mentais no Brasil (Queiroz,2009).

No entanto, é crucial mencionar que o Hospital Colônia desempenhou um papel nesse processo, adotando um modelo asilar e custodial com práticas desumanas. Essas práticas resultaram, lamentavelmente, na morte de 60.000 vidas, suscitando questionamentos sobre esse tipo de tratamento e evidenciando a urgência de uma revisão nos procedimentos adotados pela instituição (Arbex,2013).

Simões foi um dos médicos pioneiros que denunciaram as atrocidades que aconteceram no hospital Colônia. Ele foi um dos protagonistas no movimento da reforma psiquiátrica Brasileira. Ele acreditava que esse modelo de assistência aos loucos precisava passar por uma reformulação drástica de seus princípios. Dessa forma, durante esse momento, iniciou-se a luta pela humanização do suporte às pessoas que apresentavam algum distúrbio mental. O Estado, então, precisou tomar medidas que fossem favoráveis a esta reforma no sistema psiquiátrico brasileiro.

### 3.2 Reforma psiquiátrica brasileira

O movimento inicial da Reforma Psiquiátrica começou na década de 1960, ganhando força nas décadas seguintes. O marco inicial pode ser associado à criação do serviço de Psiquiatria Comunitária na Itália, liderado por Franco Basaglia, em 1961. Basaglia foi um psiquiatra italiano que desempenhou um papel crucial na transformação das práticas psiquiátricas tradicionais. Franco Basaglia, médico psiquiátrico, foi precursor pela vertente da psiquiatria democrática italiana, no qual defendia a erradicação dos manicômios sendo um espaço de violência para que fosse substituída por serviços extra-hospitalares. Os acontecimentos na Itália foram fundamentais para que pudesse existir no Brasil, a luta dos trabalhadores da saúde mental ganhou uma organização para que houvesse reivindicações por direitos em seus espaços ocupacionais (Vasconcelos,2008).

O movimento de transformação psiquiátrica no Brasil começou a se consolidar principalmente a partir da década de 1970,pois neste momento, existiu uma série de fatores sociais, políticos e ideológicos para que houvesse determinada mudança, mas foi nas décadas seguintes que ocorreram avanços mais expressivos (Zambenedetti, 2008).

Desse modo,o mundo estava enfrentando mudanças significativas em relação às práticas em saúde mental, como o surgimento do movimento antipsiquiatria que visava buscar por abordagens mais humanizadas no tratamento de pessoas com transtorno mental, lutavam pelo direito destas pessoas e propunha a redução do uso de internações como alternativa de cuidado e o investimento em políticas de inclusão social.

Segunda a autora(2008),nos anos 1970 e 1980, o país foi cenário de debates e mobilizações voltadas para a crítica dos métodos convencionais de tratamento psiquiátrico, em que os hospitais psiquiátricos exerciam papel predominante.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil envolveu profissionais de diferentes áreas da saúde e sociais, além de ativistas, familiares de pacientes psiquiátricos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros (Amarante,1995).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil promoveu diversas mudanças significativas no tratamento e na abordagem de transtornos mentais como a

Desinstitucionalização, Inclusão Social, Humanização do Tratamento, Criação de Serviços Alternativos, Participação Social e Controle Social e Prevenção e Promoção da Saúde Mental.

O movimento da reforma psiquiátrica surgiu no Brasil no final dos anos 70 por intermédio do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que mostrou a crueldade que acontecia dentro desses hospitais psiquiátricos e lutavam por condições melhores de sobrevivência, garantias trabalhistas e assegurar os direitos das pessoas denominadas loucas. Apesar de o Brasil estar em plena ditadura militar, o contexto de repressão fez com que uma parte da população que não aceitava as condições em que estavam fosse à luta para defender a democracia e a liberdade. De acordo com essa realidade, o movimento da reforma sanitária aparece para trazer elementos e discussões em prol da saúde (Zambenedetti,2008).

Para crescer com o projeto e ter apoio dos órgãos públicos, foram adotadas medidas para atrair a atenção das autoridades e conscientizar a comunidade sobre as práticas desumanas comuns nas instituições de saúde mental. Sendo assim, elaboraram-se documentos, como notas, correspondências e abaixo-assinados como forma de informar sobre as condições dos profissionais de saúde mental e os métodos usados no cuidado aos pacientes.

Contudo, essa estratégia buscava direitos trabalhistas como férias remuneradas, condições salubres, décimo terceiro e aumento de salário, desse modo, o grupo queria que houvesse novas maneiras de abordagem no tratamento de pessoas acometidas de um transtorno, no qual procurava garantir os direitos dos trabalhadores, como ter direito à adicional de insalubridade, tirar férias, ao décimo terceiro, ao aumento do salário e sobre a qualidade de atendimento para os pacientes e seus familiares. Este movimento defendia também que poderia existir outra forma de tratamento que não fosse o isolamento, a tortura, ou procedimentos invasivos à integridade física e mental.

- Formação de recursos humanos – reivindicações de criação de centros de estudos e supervisão profissional para os bolsistas, supervisão diária nos setores, reuniões de serviço semanais para integração dos diversos setores, atividades didático-culturais regulares, cursos de aperfeiçoamento na área de saúde mental com programas científicos precisos, oficializados junto ao MEC, com carga horária definida e remuneração compatível, oficialização de um internato em psiquiatria, com programa de ensino sistematizado, cursos técnicos, implementação de planos de pesquisa.

- Relações entre instituição, clientela e profissionais – crítica ao autoritarismo das instituições, com suas estruturas administrativas hierarquizadas e verticalizadas, seguidas de ameaças de punições e demissões; críticas à política de saúde imposta; questionamento da responsabilização indiscriminada atribuída ao médico e demais técnicos pelo mau atendimento dispensado à população.
- Modelo médico-assistencial – apontamentos críticos sobre os limites da atividade terapêutica biológica, considerada prioritária pela própria DINSAM, e quanto à impossibilidade de utilizar todos os recursos de que dispõe a medicina moderna para o tratamento das doenças mentais.
- Condições de atendimento – críticas ao número insuficiente de profissionais, tornando as consultas passíveis de um padrão não condizente com as normas previstas pela OMS; à falta de medicação, ao reduzido número de leitos existentes ou em funcionamento, à existência de filas nos ambulatórios e pronto-socorros, à falta de conforto mínimo para os pacientes internados; tudo isso aliado às precárias condições de higiene. (Amarante, 1995, p. 101-102)

Em 1978, houve o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria que fez com que os movimentos nacionais existentes em cada canto do país, tornassem um único grupo em busca dos mesmos direitos. Estas contestações ficaram conhecidas como o Congresso da Abertura, o que veio a ser o evento mais organizado da época (Amarante, 1995).

A partir desse vínculo, em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, houve uma elaboração da carta de Bauru-SP, onde houve um manifesto organizado por trabalhadores da saúde mental que buscavam pela ruptura desse modelo de exclusão, com a participação de seus usuários e de seus familiares, no qual se organizaram em um movimento conhecido como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial que tinha como lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

Assim, emerge o movimento que visa erradicar entidades manicomiais em diversos municípios, como Barbacena, São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Esta iniciativa estimulou a formulação de emendas nas políticas de saúde, com o propósito de assegurar direitos e atender às necessidades dos interesses coletivos.

### **3.2.1 Desdobramentos da reforma psiquiátrica brasileira**

Os debates e as conferências que se seguiram sobre a temática envolveram diversas categorias de profissionais da saúde mental, como também representantes da sociedade civil, sindicalistas, membros da igreja, políticos, usuários e

associações de moradores. A inclusão de diferentes perspectivas enriqueceu os debates, e as conclusões a que se chegou sobre a saúde contribuíram para as discussões sobre o tema e trouxe soluções para os desafios enfrentados, como o modelo de segregação nos hospitais psiquiátricos. As discussões mostraram que esse modelo não era eficaz e que a humanização do cuidado e um tratamento mais humanizado eram procedimentos mais adequados. Além do mais, defendia-se que a saúde fosse um interesse prioritário do Estado.

O movimento em prol da melhoria da saúde mental no Brasil favoreceu o acontecimento, na capital do Espírito Santo, um debate do I Encontro de Coordenadores da Região Sudeste, em 1985. Deste encontro surgiram algumas propostas com relação aos atendimentos em saúde mental:

- a) a necessidade de registros sobre todos os atendimentos por seus respectivos responsáveis da secretaria de saúde;
- b) o cuidado dos doentes deveria ser realizado em hospitais com atendimento ambulatorial, assistência às internações ocorridas e que tivessem leitos psiquiátricos;
- c) fazer com que o asilamento ocorresse em um lugar que fosse compatível e agradável para os adoecidos, com condutas humanizadas;
- d) apoio à associação dos trabalhadores;
- e) tutela do Ministério da Saúde;
- f) promoção de conjunto de ações integradas a saúde ;
- g) fiscalização sobre o uso de medicamentos que atuam no sistema nervoso central;
- h) garantia de direitos humanos aos pacientes.

Como fruto das reivindicações, ocorre a Reforma Sanitária, que pregava a importância da efetivação da criação de um sistema de saúde, onde todos seriam beneficiados.

A reforma sanitária no Brasil foi um movimento social e político que ocorreu nas décadas de 1970 e 1980, visando transformar o sistema de saúde do país. Seu ápice foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS representava um modelo de saúde pública centrado na universalidade, integralidade e equidade, buscando proporcionar acesso a serviços de saúde para toda a população, independentemente de



condições socioeconômicas. A participação popular na gestão do sistema, através dos Conselhos de Saúde, era um elemento-chave dessa reforma. (Amarante, 1995).

Outro fato importante da I Conferência Nacional de Saúde Mental é que houve a presença e as participações de usuários, participações da sociedade civil e de 176 representantes que foram escolhidos em outras reuniões, no qual esse encontro se formou em três vertentes em que são defendidos condições básicas de economia, sociedade e Estado; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e a Cidadania e doença mental.

- economia, sociedade e Estado - impactos sobre a saúde e doença mental;
- Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
- Cidadania e doença mental - direitos, deveres e legislação do doente mental.

Entre as recomendações importantes da ICNSM, estão:

- a orientação de que os trabalhadores de saúde mental realizem esforços em conjunto com a sociedade civil, com intuito não só de redirecionar as suas práticas ( de lutar por melhores condições institucionais), mas também de combater a psiquiatrização do social, democratizando instituições e unidade de saúde;
- a necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto no nível decisório das políticas de saúde mental, e que o Estado reconheça os espaços não profissionais criados pelas comunidades visando a promoção da saúde mental;
- a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica ( Brasil. MS, 1988). (Amarante, 1966 , p. 133)

Evidencia que o marco histórico da reforma psiquiátrica passou por processos longos e intensos, no qual foi necessário a realização de muitos encontros de funcionários, pacientes e familiares, como pessoas que possuem um papel fundamental na sociedade, dentre outros fatores para que determinadas mudanças acontecessem. Sabe-se que o país na década de 80, passou por uma fase que marcou o Brasil, cujos grandes movimentos sociais aconteceram como as diretas já, os congressos e as conferências sobre a saúde mental (Congresso de Bauru) e a formação do Centro de Atenção Psicossocial( CAPS) em São Paulo (Batista, 2014).

Ressalta-se que foi caracterizado o rompimento com o modelo antigo de assistência a saúde mental em que deixa de ser um espaço conservador e limitado para um interesse coletivo e ampliado, onde a saúde é vista como direito das pessoas, tendo um acesso de qualidade e que veio a obrigar o Estado a executar medidas e políticas de saúde (Amarante, 1995).

O lema "Por uma sociedade sem manicômios" não apenas trouxe inovações para a sociedade em geral, mas também promoveu mudanças significativas no cenário profissional. Os trabalhadores que atuavam nessa área receberam o respaldo do Estado para a garantia de seus direitos, como citado a seguir:

1- Por uma sociedade sem manicômios - significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura.

2- Organização dos trabalhadores de saúde mental - a relação com o Estado e com a condição de trabalhadores da rede pública. As questões do corporativismo e interdisciplinaridade, a questão do contingente não universitário, as alianças, táticas e estratégias.

3- Análise e reflexão das nossas práticas concretas - uma instância crítica da discussão e avaliação. ( A quem servimos e de que maneiras). A ruptura com o isolamento que caracteriza essas práticas, contextualizando-as e procurando avançar (MTSM, 1987b:04) ( AMARANTE, 1995, p.141)

Dessa forma, a conjuntura daquela época levou a situação para outros aspectos em que toda a dinâmica da política da saúde mental fosse direcionada ao público, para que a sociedade tivesse essa interação com a causa e conhecimento sobre a reforma psiquiátrica. Outras conquistas se deram no campo parental, no qual o paciente pudesse ser vinculado aos seus familiares, o que determinava uma característica muito importante para o processo de cuidado da saúde mental do usuário.

Desse modo, grupos de pessoas se uniram para criar o lema " Loucos pela vida" em que era pautado em um tratamento que os responsáveis dos pacientes pudessem ser presente, entorno de todo procedimento, até mesmo na participação de cura que tinha a terapia como uma ferramenta essencial, sendo assim, outras fundações começaram a surgir como a associação Franco Basaglia no município de São Paulo, entre outras entidades (Amarante,1995).

Assim, as políticas de saúde mental em sua trajetória, tiveram dificuldades para serem efetivadas e reconhecidas, pois houve muitos debates em que não tiveram apoio, o que veio a ocasionar muita resistência para as novas medidas que estavam sendo construídas e revigoradas em favor das pessoas acometidas de um transtorno mental. O que faz analisar que algumas leis só foram reconhecidas e determinadas nos próximos anos como foi o caso da projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (1989), que previa a extinção progressiva dos manicômios e instituiu a nova política de saúde mental.. No entanto, a nova política de saúde mental só foi

aprovada em veio a ser aceita em 2001, após a apresentação de um projeto de lei substitutivo ao original (Batista,2014).

Essa proposta ganhou uma visibilidade do público, pois suas ementas chamaram a atenção em razão de trazer um conforto ao tratamento da saúde mental e evidentemente fez com esse projeto despertasse os olhos daqueles que estavam presentes no cenário político. E não houve somente a atenção jurídica, a realidade dos hospícios ganhou uma proporção em outros estados brasileiros que acolheram a lei com a mesma finalidade, podendo assim contribuir para que essa forma de asilo fosse extinta e o tema abordado era com frequência. No entanto, o plano do deputado mineiro, ajudou com que oito entidades federais fossem autorizadas a seguirem com o mesmo objetivo proposto, o que com o passar dos anos, ficaria registrado como um momento que favoreceu para próximas conquistas no campo da saúde mental.

Desse modo, a ideia principal e fundamental da execução dos planos das políticas era direcionada para as pessoas que se encontravam em um sofrimento psíquico, pois sua finalidade era reformular as práticas dos hospitais psiquiátricos que tinham condutas violentas por um método que abrangesse a comunidade, os familiares e que pudesse assegurar os direitos dos pacientes, sendo assim, não ferindo os direitos humanos do mesmo. Portanto, ao longo do tempo, essa proposta foi se articulando ao ponto de desenvolver maneiras para dar todo suporte à saúde mental, incluindo também crianças e adolescentes e até mesmo sujeitos que têm histórico em dependência de álcool e outras drogas (Amarante,1995).

Contudo, como mencionado pelo autor (1995,p.161), essa modificação sugeria a importância de se ter um acompanhamento rigoroso quando se tratava do adoecimento mental, além de abordar as demandas com cautela, no qual poderia ser embasada por uma base teórica, que fosse pautada pelas práticas de Franco Basaglia. Ou seja, permitiria a capacitação dos profissionais que atuavam na ala da saúde mental, entre outros fatores determinantes que apontavam a importância da ética e dos valores pessoais de cada indivíduo.

Portanto, quando a psiquiatria democrática italiana torna-se base para a desinstitucionalização dos manicômios, o que só foi possível de acontecer a partir da década de 90, a nação brasileira precisou adquirir uma política em que a condição da saúde mental fosse dever da região e de cada território que compõem o país a terem a iniciativa e a obrigação de disponibilizar projetos que atendem toda

categoria de público, podendo assim, incluir a todos que necessitam do programa e não repetindo a ideia de isolamento e de atuar com violência no cuidado do usuário como mencionado por Mattos (2009, p.173) que diz:

A partir da década de 90, já sob forte influência dos postulados da Psiquiatria Democrática italiana e de sua então estimulante experiência de substituição dos hospitais psiquiátricos, outros pressupostos definem as políticas: noção de responsabilidade territorial / regional e oferta diversificada de programas, entendendo que os problemas são complexos e “diversos”. Tornaram-se assim ultrapassadas, em tese, as premissas de seleção e exclusão.

Assim, a saúde mental quando fosse avaliada de outra forma, faria com que o governo buscasse por atos normativos através das legislações para que todo o funcionamento do sistema de saúde mental pudesse ter a contribuição fundamental da presença da população para tratar-se da sua estruturação como forma de informar e entender como a administração é concedida para seus usuários, além de identificar se as condutas estão sendo coerentes como desejado, pois com a participação dos cidadãos seria possível saber se todo o planejamento construído atende as demandas existentes.

Conseqüentemente, chega um momento em que o Brasil precisou reformular estratégias para amenizar essas causas psiquiátricas que interferiam na qualidade de vida dos indivíduos que estavam em um sofrimento mental e que um pouco depois veio a ser visto como um problema muito sério para o Estado resolver. Evidentemente, essa formação da política nacional de saúde mental, a princípio não foi adotada por todos os profissionais, pois aqueles que ainda permaneciam com condutas violadoras não compactuou com o desenvolvimento dessa legislação que traria benefícios às pessoas com transtornos mentais. Essas normas, que estavam sendo opções importantes para esses indivíduos, favoreceu e mostrou a importância dos direitos que estavam sendo direcionados para o bem estar das pessoas acometidas de um transtorno mental e a partir disso, a necessidade de serem resguardados através dos direitos humanos (Batista, 2014).

Segundo Mattos( 2009, p.171-172), além de incorporar uma política exclusiva para a saúde mental, alguns conceitos precisaram passar por algumas transformações quando fosse a se referir os seres em sofrimento mental, deixando de usar um conjunto de palavras que relacionasse ao preconceito, ofensas e tudo aquilo que desse um sentido de segregação. Diante a esse fato, o termo tratar que

foi utilizado durante todo aquele modelo tradicional que remetia a exclusão, não poderia ser falado, pois o seu significado era de ajustar o paciente, como se ele fosse um problema social. Desse modo, o discurso agora seria o termo cuidar, pois assim zelava pela integridade física e mental da pessoa.

Nesta perspectiva, algumas medidas precisavam ser executadas com urgência para agilizar o processo de ruptura com as instituições conservadoras, para que assim, esse modelo de acolhimento institucional fosse instaurado para atender as necessidades desses usuários de uma forma digna e séria. Sendo assim, a elaboração de uma rede de apoio foi essencial para que os manicômios não pudessem continuar existindo, a partir disso o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), seria baseado nas referências italiana e de outros países que já tinham adotados essas condutas (Amarante, 1995, p.45-46).

#### **4. AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E O SUICÍDIO NA CONTEMPORANEIDADE**

Nas últimas décadas, observou-se um aumento significativo na relevância das políticas de saúde mental, um campo que enfrenta desafios complexos ao abordar a compreensão e o tratamento associados à saúde mental, incluindo o delicado e preocupante tema do suicídio nos dias atuais. Este texto tem como objetivo explorar as políticas de saúde mental, destacando a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os direitos das pessoas com transtornos mentais e a complexidade do fenômeno do suicídio.

O suicídio, lamentavelmente, é uma realidade presente em nossa sociedade, exigindo atenção especial no âmbito das políticas de saúde mental. Compreender as raízes e as causas desse problema é fundamental para desenvolver estratégias efetivas de prevenção.

Dessa forma, as políticas de saúde mental foram estabelecidas para fornecer serviços que ofereçam suporte abrangente à população, incluindo atendimento psicológico e psiquiátrico, programas de prevenção, apoio social e comunitário, entre outros recursos essenciais.

Por meio dessa análise, buscamos contribuir para um diálogo informado sobre as políticas de saúde mental e o suicídio, promovendo uma compreensão mais

profunda e, conseqüentemente, aprimorando as estratégias de apoio às pessoas em sofrimento psíquico.

#### **4.1 A Rede de Atenção psicossocial (RAPS)**

A, Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, “Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A RAPS visa reorganizar os serviços de saúde mental, promovendo a desinstitucionalização e a inclusão social de pessoas com transtornos mentais.

Essa rede é composta por uma variedade de serviços e equipamentos de saúde mental, distribuídos em diferentes níveis de complexidade, que visam oferecer assistência integral e integrada aos usuários. No contexto de saúde mental no Brasil, a sigla CAPS refere-se aos Centros de Atenção Psicossocial, que são serviços públicos voltados para o atendimento de pessoas com transtornos mentais. Eles oferecem assistência multiprofissional, visando à inclusão social e à reabilitação psicossocial.

O CAPS contribuiu para que houvesse outras vantagens no aspecto social e cultural juntamente com o NAPS (Núcleos de Assistência Psicossocial). A intenção do NAPS é possibilitar serviços de 24 horas de cuidados durante os dias da semana, visando acolher, e internar, quando necessário, pois a unidade possui leitos próprios para isso e a entidade, ao mesmo tempo serve como hospital-dia ou hospital-noite. As outras características de acolhimentos são através de consultas médicas, podendo ter o direito ao atendimento psicológico e que pode ser feito em grupos também com uma equipe multidisciplinar ou a realização de uma visita domiciliar aos usuários quando for solicitado (Amarante,1995).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil estão intimamente relacionados à Reforma Psiquiátrica, um movimento que teve início na década de 1970 como reação às

críticas dirigidas ao modelo manicomial convencional. A RAPS é uma rede integrada de serviços em saúde mental, enquanto os CAPS são parte essencial dessa rede, oferecendo cuidado em liberdade e buscando a inclusão social de indivíduos com transtornos mentais. Ambos simbolizam a mudança do paradigma de assistência, priorizando a humanização, a inclusão social e o respeito aos direitos humanos, ultrapassando o antigo modelo institucionalizado.

Os frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são pessoas que buscam ou são encaminhadas para os serviços oferecidos por essa unidade de saúde mental. Os CAPS são destinados a atender indivíduos que enfrentam transtornos mentais, proporcionando tratamento, suporte e acompanhamento para promover a reabilitação psicossocial. Dentre os tratamentos oferecidos estão a Psicoterapia; Medicação; Psicotrópica; Internação Hospitalar; eletroconvulsoterapia; Intervenções Baseadas na Comunidade; Abordagens Complementares e Alternativas; Reabilitação Psicossocial.

Amarante (1995, p.144) aponta o CAPS surge como um espaço em que preza pela articulação de seus serviços com intuito de ser um lugar apropriado para lidar com as questões das pessoas que possuem um sofrimento psíquico e tem dificuldade em conviver no meio social.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2004, p. 9).

A sede tem a função de ser um atendimento aberto à população e tem a tarefa de ofertar princípios terapêuticos durante a semana, em uma carga horária de 40 horas semanais. Contudo, essa rede de atenção psicossocial além de ser um espaço de acolhimento, possui um atendimento em que o usuário fica durante o dia recebendo o apoio da instituição e quando chega à noite, ele tem o direito de retornar a sua casa, ou seja, anula a prática de internação integral como era realizada antes da reforma, conforme a Portaria (1992, p. 2-3) a seguir:

3. Normas para o atendimento hospitalar (sistema de informações hospitalares do SUS)
  1. Hospital - dia

1.1 A instituição de hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de 2º feira à 6º feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1.2. - O hospital dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço de hospital dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial, Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3 - A assistência ao paciente em regime de hospital dia incluirá as seguintes atividades: - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros; - atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras;) - visitas domiciliares; - atendimento à família; - atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social; - Os pacientes em regime hospital dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4 - Recursos Humanos A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes /dia, deve ser composta por: - 1 médico psiquiatra; - 1 enfermeiro; - 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos : - profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1.5 - Para fins de financiamento pelo SIH-SUS . Os procedimentos realizados no hospital /dia serão remunerados por AIH - para um máximo de 30 pacientes /dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos. Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 hab., o credenciamento de vagas em hospital /dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais (Ministério da Saúde , 1992, p.3-4)

De acordo com as portarias, o CAPS e o NAPS tem a disposição de ser um ponto de atenção local e regional, com o intuito de prestar o seu serviço, através de uma equipe multiprofissional em turnos que duram entre uma a quatro horas. Outra característica do serviço é o fato de que a unidade pode atender pessoas que são encaminhadas por outros profissionais, ou seja, que vieram transferidas de uma internação hospitalar ou de uma situação considerada de emergência psiquiátrica quando o caso requer um atendimento rápido.

## 2 - NÚCLEOS / CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (NAPS / CAPS):

2.1- Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime



ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 - Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 - São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas, por dia, durante os sete dias da semana durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00h, segundo definições do Órgão Gestor Local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 - A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades: - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros); - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); - visitas domiciliares; - atendimento à família; - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social; - Os pacientes que frequentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que frequentam por um período de 8 horas (2 turnos) terão direito a três refeições.

2.5 - Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos); - profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades. ( Ministério da Saúde/Brasil, 1994, p.2-3)

Entendo que o CAPS é o dispositivo central da rede, haja vista seu papel de organizador do cuidado, mas é necessário apresentar os outros dispositivos que compõem a RAPS, não havendo a necessidade de se debruçar sobre eles.

#### **4.2 Os direitos das pessoas com transtornos mentais**

Em 2001, foi promulgada a Lei 10.216, em 6 de abril, que evidenciava abandonar o antigo costume conservador, dando prioridade a um cuidado que fosse pautado na proteção e assegurasse os direitos das pessoas acometidas por um transtorno mental. Dessa forma, houve mudanças significativas, até mesmo no reconhecimento destes pacientes em contraposição à visão anterior de psicopatas como eram referidos em 1934.

A Lei 10.216/01 foi abrangente e atendeu todas as categorias de pessoas e coube somente ao Estado, garantir a execução e a renovação eficaz dessa legislação como mostra a seguir:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.[...]  
(Brasil, 2001).

A lei 10.216, dispõe sobre o direito das pessoas com transtorno mental e estabelece que estas têm o direito de participar das decisões sobre seu tratamento, incluindo o direito de consentir ou recusar tratamentos, conforme permitido pela legislação. As informações relacionadas à saúde mental devem ser tratadas com confidencialidade. Os profissionais de saúde mental devem respeitar a privacidade do paciente, compartilhando informações apenas com o consentimento do paciente ou quando exigido por lei. As pessoas com transtornos mentais têm o direito de viver na comunidade e participar ativamente dela. Isso inclui o acesso a oportunidades educacionais, de emprego e de lazer.

É um direito fundamental não ser discriminado com base na condição de saúde mental. Isso inclui proteção contra estigmatização, preconceito e tratamento injusto em todas as áreas da vida. As pessoas com transtornos mentais têm o direito de ter acesso à justiça e a representação legal adequada, garantindo que seus direitos sejam protegidos em processos legais, quando necessário.

As pessoas com transtornos mentais têm o direito de participar ativamente na formulação de políticas de saúde mental, na definição de estratégias de tratamento e em outras decisões que afetem suas vidas. As pessoas têm o direito de receber informações claras e compreensíveis sobre sua condição de saúde mental, opções de tratamento, e direitos e recursos disponíveis.

É proibido submeter qualquer pessoa a tratamento cruel, desumano ou degradante. Os métodos de tratamento devem ser baseados em práticas éticas e respeito pelos direitos humanos.

### 4.3 O Suicídio

O suicídio é uma realidade complexa e sensível que, ao longo dos tempos, tem sido envolta por diversos preceitos religiosos, preconceitos arraigados e tabus sociais. Este fenômeno de suicídio não é uma novidade na história da humanidade, mas, lamentavelmente, as estatísticas contemporâneas revelam um aumento alarmante.

Discutir o suicídio demanda uma abordagem delicada, pois implica não somente na compreensão das dimensões psicológicas e sociais, mas também na sensibilidade para lidar com perspectivas pessoais que possam influenciar a interpretação desse fenômeno (Machado,2015, p.51).

Em nossa sociedade, é essencial romper com o silêncio que muitas vezes cerca esse tema, fomentando uma conversa franca e aberta. Ao fazê-lo, podemos promover a conscientização e desmistificar concepções equivocadas que cercam o suicídio. A empatia e a compreensão são fundamentais para criar um ambiente onde as pessoas sintam-se à vontade para compartilhar suas lutas internas sem receio de julgamento (OMS,2014).

O aumento das estatísticas relacionadas ao suicídio nos lembra da urgência de implementar estratégias eficazes de prevenção. Isso não apenas envolve a disponibilidade de serviços de saúde mental acessíveis, mas também a criação de uma rede de apoio social que possa identificar sinais de alerta e oferecer auxílio a quem está em situação de vulnerabilidade (Machado,2015).

Além disso, é fundamental desafiar e combater os estigmas sociais associados às questões de saúde mental, promovendo uma cultura de compreensão e aceitação. Educação e conscientização são ferramentas poderosas para dissipar equívocos e construir uma sociedade mais inclusiva, onde o apoio emocional seja visto como uma prioridade (Machado,2015).

Machado(2015) fala que ao abordarmos sobre o suicídio de maneira aberta, solidária e informada, estamos contribuindo para a construção de uma sociedade mais empática e resiliente. É crucial reconhecer a importância de cuidar uns dos

outros, oferecer ajuda quando necessário e, assim, construir um futuro onde o desespero ceda espaço à esperança e à compaixão.

Dessa forma, quando se fala sobre o suicídio, temos dois autores percursores que abordam este tema, no qual visa mostrar as complexidades das interações sociais e individuais como Karl Marx e Émile Durkheim.

Durkheim em sua obra "O Suicídio" de 1897 menciona que o suicídio possui três características, sendo elas, o suicídio egoísta, o suicídio altruísta e o suicídio anômico. Já Marx(2006) fala sobre as estruturas econômicas e nas relações de classe, no qual mostra que as condições econômicas moldam a experiência humana como também as condições de trabalho na sociedade capitalista, contribui para que as pessoas entrem em desespero e não veja sentido na vida, ou seja, influencia no bem estar mental dos indivíduos.

Segundo Marx, em sua obra sobre o suicídio traduzida por Rubens e Francisco e publicada pela editora Boitempo em 2006, suas análises incorporam observações de Peuchet e citações de Jean-Jacques. Marx argumenta que a sociedade moderna retrata a vida dos indivíduos como uma solidão em massa. Ele destaca que as pessoas estão isoladas umas das outras, evidenciando a carência de comunicação e convívio social. Esse resultado revela um cenário de alienação e isolamento social, conforme delineado pelo autor.

Além disso, destaca-se que essa falta de interação social é uma postura "estranha, numa relação de hostilidade mútua: nessa sociedade de luta e competição impiedosas, de guerra de todos contra todos, somente resta ao indivíduo ser vítima ou carrasco" (Marx, 2006, p. 16). Isso significa que tais eventos descrevem a ausência de compaixão e empatia nas relações sociais, evidenciando a falta de solidariedade entre as pessoas.

Nessa mesma linha de raciocínio, o autor ressalta que esse ambiente social marcado pela competição e pela luta pode resultar em desequilíbrios sociais, contribuindo potencialmente para o surgimento de casos de suicídio. Contudo, ao abordar as causas do suicídio, entende-se que essa problemática está intimamente relacionada às manifestações das expressões da questão social na sociedade burguesa moderna (Viana,2006).

Contudo, as repercussões adversas inerentes ao sistema capitalista evidenciam que pessoas recorrem ao suicídio devido ao simples fato de que esse

modelo de produção acarreta falhas e desafios na estrutura social e econômica. Isso ocorre em decorrência da privatização dos meios de produção, o que fragmenta as relações sociais por meio da intensificação da competição (Marx,2003, p.5).

Além disso, na sua obra, Marx(2006) enfatiza que para resolver a questão do suicídio, é imperativo promover uma transformação abrangente em toda a sociedade, especialmente na sua estrutura e organização. Dessa forma, tais mudanças contribuiriam efetivamente para lidar com as questões relacionadas ao suicídio e às expressões da questão social.

As considerações de Peuchet revelam que as causas do suicídio estão diretamente associadas aos aspectos econômicos da sociedade burguesa. Isso porque a falta de emprego, as condições de miséria e os baixos salários, entre outros fatores sociais, são apontados como elementos explicativos para tal comportamento (Marx,2006).

Entretanto, o autor (2006) destaca que a maneira como a sociedade burguesa desempenha seu papel na sociedade revela que afeta as pessoas de diversas formas sociais, sendo as mulheres as principais atingidas nesse contexto. Isso ocorre porque são levadas ao desespero e ao suicídio devido a serem vítimas do patriarcado ou da tirania familiar que permeia essa estrutura social.

Com efeito, esse texto de Marx é uma das mais poderosas peças de acusação à opressão contra as mulheres já publicadas. Três dos quatro casos de suicídio mencionados nos excertos se referem a mulheres vítimas do patriarcado ou, nas palavras de Peuchet/ Marx, da tirania familiar, uma forma de poder arbitrário que não foi derrubada pela Revolução Francesa<sup>6</sup>. Entre elas, duas são mulheres “burguesas”, e a outra, de origem popular, filha de um alfaiate. Mas o destino delas fora selado mais pelo seu gênero do que por sua classe social.(Marx, 2006, p.18)

Karl Marx, em sua obra com Jacques, apresenta três casos de suicídio feminino. Nesses casos, são exploradas a posição da mulher na sociedade francesa do século XIX, bem como questões de moralidade, religião, costumes e as obrigações impostas às mulheres, que são consideradas como fatores desencadeadores do suicídio.

Durante sua obra, Marx expressa que o suicídio é uma luta social, não sendo apenas um ato individual. Ele argumenta que o Estado desempenha um papel na manutenção das disparidades sociais. Além disso, destaca que a sociedade tem um

caráter machista e misógino quando se trata do papel da mulher na sociedade, contribuindo assim para o aumento das taxas de suicídio.

As doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido são muito seguramente razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força enérgica que impulsiona a personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável.(Marx,2006,p.24)

Além disso, Marx enfatiza que a sociedade precisa passar por uma transformação para lidar com o problema do suicídio. Essa mudança poderia contribuir para a redução das altas taxas de suicídio, tornando a sociedade mais empática. Ele também destaca que a responsabilidade por esses atos é compartilhada, sendo todos os membros da sociedade coletivamente responsáveis por abordar essa questão de maneira eficaz (Viana,2006).

Desse modo, Marx (2006) argumenta que o número anual de suicídios está relacionado às crises industriais e paralisações, sendo agravado em temporadas de aumento nos custos de vida e invernos rigorosos. Nesses períodos de desequilíbrio social, observa-se um aumento na prostituição e no latrocínio, indicando um cenário de desespero social que pode contribuir para o aumento de casos de suicídio, além de outras questões mencionadas a seguir:

As doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido são muito seguramente razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força enérgica que impulsiona a personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável.(MARX,2006, p.24)

Quando se trata do suicídio, a abordagem usual envolve a imposição de penalidades injuriosas e a estigmatização, buscando desencorajar outras pessoas de tomarem a mesma decisão. A crença por trás dessa abordagem é que ela é ética e eficaz, considerando aqueles que cometem o ato como indignos devido à prática realizada (Marx,2006).

No entanto, Marx(2006) critica essa visão, questionando a validade de impor estigmas a indivíduos que não estão mais presentes para defender suas causas e

sugerindo que a responsabilidade recai também sobre aqueles que permanecem, em vez de uma culpabilidade unilateral atribuída ao suicida.

Diante das complexidades sociais, os indivíduos que enfrentam uma mente nervosa e irritável se afundam no desespero, buscando na morte uma forma de aliviar seus questionamentos íntimos. Os maus-tratos sofridos, as injustiças e os castigos secretos presentes na sociedade burguesa, aliados à dependência de figuras autoritárias, deixam marcas negativas na vida dessas pessoas. Em consequência, a morte se apresenta como uma maneira de encerrar todo esse sofrimento, revelando a profunda influência dos aspectos desumanos e brutais que permeiam as relações sociais nesse contexto.

O autor(2006,p.28) ainda menciona que o suicídio, mesmo havendo conceitos específicos que possam contribuir para a compreensão dessa prática, é encarado por ele como uma parte natural da vida. Para Marx, o suicídio não pode ser visto como antinatural, uma vez que está intrinsecamente integrado à formação e estruturação da sociedade burguesa. Esta sociedade tem a capacidade de destruir o indivíduo, sugando toda sua vitalidade por meio dos costumes burgueses, resultando na morte de muitos. Assim, a sociedade que é responsável por desencadear a prática de tirar a própria vida demonstra uma contradição ao mostrar repulsa e relutância em falar sobre esse tema, ignorando o problema que é causado pela própria sociedade burguesa.

Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevê-lo? Tal sociedade não é uma sociedade; ela é, como diz Rousseau\*, uma selva, habitada por feras selvagens.(Marx, 2006,p.28)

Marx enfatiza as teorias de Rousseau que abordam a essência humana e o impacto deformador da sociedade capitalista, destacando como esses elementos contribuem para o fenômeno do suicídio. Ao se aprofundar na crítica à sociedade moderna, ele busca compreender como a estrutura social molda e distorce a natureza humana, alimentando assim a problemática do suicídio como uma manifestação dessa deformação social.

Numa perspectiva diferente daquela adotada por Marx,Émile Durkheim, um dos pioneiros da sociologia, desenvolveu uma abordagem distintiva para o estudo daquilo que nomeia como "fenômenos sociais", destacando os "fatos sociais" como

o cerne de sua análise. Este estudo é pautado em três características como a exterioridade, coercitividade e a generalidade.

O autor estudou elementos coletivos e objetivos, analisando para além das vivências pessoais, a fim de entender como esses fenômenos sociais modelam o comportamento humano e promovem a estabilidade na sociedade.

[...]toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, toda maneira de fazer que é geral na extensão de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independente de suas manifestações individuais (DURKHEIM, 2007, p. 13).

De acordo com o autor(2007), entende-se que os “fatos sociais” são manifestações externas aos indivíduos, no qual a coerção desempenha pressão sobre os sujeitos, já a exterioridade está associada às estruturas existentes na sociedades antes mesmo do surgimento das pessoas que se tornarão parte desta. E quando falado sobre a generalidade, pode-se entender que algo que vai alcançar todos os setores da sociedade e todos os seus membros.

Durkheim(2008,p.50) enfatiza que os fatos sociais, devem ser vistos e abordados como coisas, uma vez que possuem uma existência objetiva, partindo da ideia de que é essencial estudar a partir da consciência coletiva que ela provoca nos indivíduos, ou seja, esse senso comum social está associado a crenças, valores e sentimentos partilhados pela maioria dos integrantes de uma sociedade. Dessa forma, o sociólogo, procura entender como ela influencia o comportamento humano e contribui para a estabilidade social e é a partir desta perspectiva que se dedica a uma análise minuciosa sobre o fenômeno do suicídio.

Segundo ele(2004), o suicídio não é apenas um caráter individual e sim, de uma origem coletiva que cada sociedade apresenta em sua trajetória, um conjunto de indivíduos propensos ao suicídio e em razão disso, essa situação não deve ser investigada pelo ambiente físico em que os indivíduos estão inseridos, mas principalmente pelas causas sociais que geram fenômenos coletivos.

Durkheim (2004, p.14) propõe uma definição abrangente de suicídio que considera a morte por suicídio como um ato no qual a pessoa está consciente de que sua conduta levará a esse resultado. Em outras palavras, ele inclui tanto ações positivas quanto ações negativas, destacando a importância da consciência do indivíduo sobre as consequências do próprio comportamento. Essa definição ampla



permite uma análise mais holística do fenômeno do suicídio, considerando tanto aspectos individuais quanto sociais.

Além disso, o autor, menciona o suicídio como expressão da questão social e sua compreensão está ligada de maneira oposta ao nível de interação social dos indivíduos com a sociedade. No entanto, a presença de laços sociais sólidos e uma integração efetiva dos indivíduos na sociedade contribui para a redução das taxas de suicídio, desse modo, quanto mais os sujeitos tenham uma integração e conexão social, a propensão ao suicídio é diminuída (Durkheim, 2004).

Durkheim, em sua análise sobre o suicídio, identifica três tipos distintos, cada um caracterizado por causas sociais específicas. Esses tipos são: suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio anômico.

O suicídio egoísta está ligado a influência da confissão religiosa, desse modo, os países em que possui uma sociedade em que seguem a tradição católica ou judaica exibem índices inferiores de suicídio, ao passo que aquelas onde predomina a religião protestante apresentam taxas mais elevadas, sendo que ambas rejeitam a prática e em decorrência disso, esses altos índices de suicídios na sociedade protestante, está juntamente associado ao crescimento da valorização da análise crítica e da abordagem científica, o que coloca em questão todas as tradições religiosas como falado a seguir:

Quanto mais numerosas são as maneiras de agir e de pensar, marcadas por um caráter religioso, subtraídas, por conseguinte, ao livre exame, mais a idéia de Deus está presente em todos os detalhes da existência e faz convergir para um único e mesmo objetivo as vontades individuais. Inversamente, quanto mais um grupo confessional deixa ao julgamento dos indivíduos, mais ele está ausente de sua vida, menos tem coesão e vitalidade (DURKHEIM, 2004, p. 188).

Durkheim(2004) explora o suicídio altruísta, destacando situações em que a coesão social é excessivamente forte. Exemplos incluem sacrifícios em nome do grupo, como soldados que se dedicam ao combate pelo bem da pátria ou membros de seitas religiosas que voluntariamente se submetem a práticas perigosas em prol da comunidade.

Uma vez que chamamos de egoísmo o estado em que se encontra o eu quando vive sua vida pessoal e só obedece a si mesmo, a palavra altruísmo expressa o estado contrário, aquele em que o eu não se pertence, em que se confunde com outra coisa que não ele, em que o pólo de sua conduta está situado fora dele, ou seja, em um dos grupos de que faz parte. Por isso chamaremos de suicídio altruísta aquele que resulta de um altruísmo intenso (DURKHEIM, 2004, p. 275)

Por fim, o sociólogo aborda o suicídio anômico, relacionado à falta de regulação social em períodos de mudanças abruptas na estrutura social. Durante crises econômicas, por exemplo, quando as normas e valores tradicionais são abalados, as pessoas podem se sentir desorientadas e sem suporte social, aumentando a propensão ao suicídio anômico.

Daí resulta uma solidariedade *sui generis* que, nascida das semelhanças, vincula diretamente o indivíduo a sociedade [...]Essa solidariedade não consiste apenas num apego geral e indeterminado do indivíduo ao grupo, mas também torna harmônico o detalhe dos movimentos. De fato, como são os mesmos em toda parte, esses móveis coletivos produzem em toda parte os mesmos efeitos. Por conseguinte, cada vez que entram em jogo, as vontades se movem espontaneamente e em conjunto no mesmo sentido (Durkheim, 2008, p.79).

Com o avanço da Revolução Industrial e o estabelecimento do sistema capitalista, a estrutura social passou por transformações profundas no ponto de vista de Émile Durkheim(2008),caracterizadas pelo aumento da complexidade na divisão do trabalho. A especialização e a emergência de diversas funções na sociedade moderna tornaram-se características distintivas desse novo modelo. Em meio a esse cenário, o sociólogo ainda observou as mudanças na coesão social e nos padrões de solidariedade.

Nas sociedades complexas resultantes desse desenvolvimento, Durkheim(2008) identificou uma perda de força na consciência coletiva. Antes fundamentada no consenso moral e no comprometimento emocional de cada indivíduo com a coletividade, a solidariedade passou a assumir contornos diferentes. A especialização intensa e a diversificação das funções sociais contribuíram para uma dinâmica em que os laços tradicionais de solidariedade foram se enfraquecendo.

Além do mais, o sociólogo alertou para os riscos da anomia social, um estado em que as normas sociais tornam-se difusas ou inconstantes. Nas sociedades complexas, a coesão não é mais sustentada pelo vínculo moral compartilhado, levando a uma maior fragilidade nas referências normativas. Nesse contexto, as normas e os valores que anteriormente mantinham a coesão social podem tornar-se

menos claros, resultando em uma sociedade mais propensa à desorganização e incerteza.

Bem diverso é o caso da solidariedade produzida pela divisão do trabalho. Enquanto a precedente implica que os indivíduos se assemelham, esta supõe que eles diferem uns dos outros. A primeira só é possível na medida em que a personalidade individual é absorvida na personalidade coletiva; a segunda só é possível se cada um tiver uma esfera de ação própria, por conseguinte, uma personalidade. É necessário, pois, que a consciência coletiva deixe descoberta uma parte da consciência individual, para que nela se estabeleçam essas funções especiais que ela não pode regulamentar (DURKHEIM, 2008, p.108).

Em sua análise sociológica, Durkheim destaca as corporações como elementos cruciais na estruturação da sociedade. Essas entidades, compostas por indivíduos de diversas orientações religiosas e posições políticas, desempenham funções específicas voltadas para o bem-estar coletivo. A formação de corporações, segundo Durkheim(2004,p.495), é um meio eficaz de despertar nos participantes o interesse pelo bem comum e pelo adequado funcionamento da sociedade.

Ao delegar diferentes responsabilidades aos seus membros, as corporações criam um terreno fértil para o surgimento de ideias e sentimentos sociais. A solidariedade e identidade compartilhada entre aqueles que se dedicam aos mesmos trabalhos fortalecem a coesão social. Nesse contexto, Durkheim enfatiza que as corporações promovem um ambiente propício para a formação de uma consciência coletiva robusta, contribuindo para a estabilidade social e a manutenção do equilíbrio na sociedade.

Portanto, Durkheim não apenas destaca a importância de reconhecer o suicídio como um fenômeno social, mas também propõe reformas sociais e institucionais para fortalecer os laços coletivos e promover uma ordem social mais equitativa. Seu trabalho pioneiro continua a ser referência para entender as interações entre sociedade, coesão social e incidência de suicídio (Durkheim,2004, p.510).

Na contemporaneidade, conforme destacado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua publicação de 2006, a ideação suicida tem apresentado um aumento numérico a cada ano, superando as estatísticas anteriores. Em 2003, a estimativa global de mortes por suicídio alcançou a preocupante cifra de 900 mil pessoas. A OMS (2006) ressalta que, embora historicamente mais prevalente entre

a população idosa, essa trágica realidade tem se expandido para atingir também os jovens ao longo dos anos.

De maneira específica, os dados indicam que os jovens, na faixa etária entre 15 a 45 anos, constituem o grupo mais suscetível às tentativas de suicídio. Essas tentativas voluntárias têm desencadeado não apenas angústia individual, mas também problemas emocionais que reverberam significativamente em seus familiares e amigos próximos, impactando adversamente tanto o convívio pessoal quanto o social desses indivíduos (OMS,2006).

A compreensão aprofundada desse cenário alarmante é crucial para a formulação de estratégias de prevenção e intervenção eficazes. A partir dessas informações, torna-se evidente a necessidade de abordagens abrangentes que contemplem não apenas a assistência direta aos indivíduos em situação de risco, mas também o suporte emocional aos seus círculos mais próximos. A conscientização e o diálogo aberto sobre a saúde mental tornam-se ferramentas essenciais para enfrentar essa complexa questão e promover uma sociedade mais compassiva e solidária.

- O número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas.

- Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte.

- Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos).

- Em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação.

- Para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem conseqüências emocionais, sociais e econômicas.

- 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020. (OMS, 2006, p.7)

O suicídio é um fenômeno complexo e multifacetado, no qual é uma questão em que existe uma diversidade de elementos que englobam aspectos sociais, econômicos e também psicológicos. Desse modo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS,2017) destaca que existe vários fenômenos que podem contribuir para o crescimento do suicídio como a questão do baixo nível socioeconômico e cultural, ou seja, está situação está diretamente relacionada as expressões da questão social, cuja a desigualdade, a falta de recursos e a ausência

de oportunidades podem favorecer o surgimento de fatores de risco associados ao suicídio.

O Ministério da Saúde (Brasil, ano 2017), recolheu dados em que consta que cerca de 800 mil pessoas atentaram contra a própria vida por ano. Cerca de 79% das ocorrências se deram nos países que são declarados de baixa renda, em 2016. Somente no Brasil, foram 11 mil pessoas por ano, o que ocasionou a quarta maior causa de morte na população entre 15 a 29 anos de idade. Neste sentido, as pesquisas apontam que desde 2007 até 2016, esses números subiram para 16,8%, no qual obteve um aumento de 28% para a categoria masculina, que, teve 106.374 falecimentos em decorrência do suicídio. O Ministério da Saúde (MS) explica ainda que nesta época, cerca de 60% das práticas eram realizadas por enforcamento, mas que nas tentativas, os atos eram cometidos por envenenamento/intoxicação, equivalente a 470.913 ocorrências. A região sudeste (49%) foi o estado onde mais ocorreram tentativas de suicídio. Na faixa etária inferior aos 40 anos de idade, as mulheres são o público que mais realizou tentativas, totalizando 153.745 casos (Organização Mundial da Saúde, 2017).

Em 2019, houve uma nova pesquisa em que as informações coletadas, alertavam que os homens são mais propensos a cometer suicídio do que as mulheres. Os números apontam que o índice de tentativa foi de 10,7% por 100 mil habitantes e enquanto as mulheres foi de 2,9%. A pesquisa ainda diz que essas porcentagens atingiram outros grupos de faixa etária, dando ênfase aos adolescentes que chegaram a 81%, na época.

A análise da evolução dessas taxas segundo faixa etária demonstrou aumento da incidência de suicídios em todos os grupos etários. Destaca-se, nesse aspecto, um aumento pronunciado nas taxas de mortalidade de adolescentes, que sofreram um incremento de 81% no período, passando de 606 óbitos e de uma taxa de 3,5 mortes por 100 mil hab., para 1.022 óbitos, e uma taxa de 6,4 suicídios para cada 100 mil adolescentes (GOV, 2021, p.3)

A análise aponta que a região Sul do Brasil, se destacou em relação às taxas de mortalidade por suicídio, pois as ocorrências foram superiores aos outros estados do país. Além do mais, a base da investigação fala que as tentativas de exterminar a vida são realizadas de forma voluntária através de objetos ou condutas perigosas. Desse modo, em 2019, essas práticas foram provocadas por 124.709 pessoas, em sua grande maioria mulheres (71,3%) (2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, indivíduos de 20 a 39 anos são os que mais atentam contra a própria vida, concentrando 46,3% dos habitantes dessa categoria e os jovens da faixa etária de 15 a 19 anos correspondem a 23,3%. Essa conduta de autodestruição geralmente é executada na própria casa, local este onde 82% das vítimas cometem as tentativas por meio de intoxicação (60,2%), objetos afiados (16,2%) e enforcamento(6,2%).

Dentre as principais causas que levam ao suicídio destacam-se a ansiedade e a depressão(Organização Mundial da Saúde, 2019). Lembrando que a ansiedade e a depressão são condições de saúde mental que precisam ser tratadas com atendimentos terapêuticos, psiquiátricos e estratégias específicas. Além disso, esses sentimentos estão associados a preocupações excessivas, tensão, sensação de tristeza e perdas de interesse nas atividades do dia-a-dia. Ou seja, esses dois problemas afetam diretamente o bem-estar emocional do indivíduo e suas funções diárias. Dessa forma, a ambos quando não diagnosticadas e tratadas podem contribuir para a evolução da depressão.

No cenário das ações de prevenção ao suicídio, encontramos uma ligação intrínseca com as ideias essenciais dos notáveis pensadores Marx e Durkheim. A compreensão contemporânea do suicídio, tal como delineada por esses teóricos, revela-se como um fenômeno de natureza social, demandando uma abordagem que ultrapasse as fronteiras do individualismo.

Ao estabelecer essa conexão, torna-se evidente que a prevenção do suicídio vai muito além de simples intervenções focadas no indivíduo. Trata-se de um empenho que exige uma análise profunda das raízes sociais subjacentes a esse fenômeno complexo. Enquanto Marx se debruçava sobre as estruturas econômicas e relações de classe, e Durkheim classificava o suicídio em categorias sociais, ambos oferecem uma base teórica sólida para entender o suicídio como um evento cujas causas ultrapassam o âmbito individual.

Um tratamento eficaz depende de acompanhamento profissional e integrado, o que perpassa pela esfera da saúde pública, pois existem vários fatores complexos que contribuem para o adoecimento mental e que são resultados de um contexto histórico social.

Portanto, ao nos inspirarmos nessas perspectivas, percebemos a importância de uma abordagem integral na prevenção do suicídio. Isso implica não apenas considerar fatores psicológicos individuais, mas também mergulhar nas

complexidades das dinâmicas sociais. Ao adotarmos essa abordagem, alinhamo-nos com as visões desses grandes pensadores, contribuindo para um entendimento mais abrangente e eficaz do fenômeno do suicídio, com o propósito de promover ações mais efetivas e compassivas em nosso contexto social.

## **5 -Pesquisa empírica**

O município de Barbacena foi o espaço determinante para que a pesquisa de campo fosse realizada, como uma maneira de conhecer a eficiência da Rede de Atenção Psicossocial no contexto local que possui um histórico ligado ao tratamento de doenças mentais. Este estudo de campo busca conhecer os serviços implementados pela RAPS em Barbacena, e as estratégias de abordagem na vida dos indivíduos que buscam assistência na rede, no intuito de identificar suas práticas em relação ao cuidado das pessoas que tentam contra a própria vida e de seus familiares que são atingidos diretamente nesta situação.

Além disso, visa-se apontar quais seriam os desafios e as conquistas durante todo esse processo de tratamento mental, pois ao se compreender a função da RAPS como um espaço abrangente de acolhimento, é necessário saber se os serviços se articulam entre si em seus diversos pontos da rede, incluindo os serviços de atenção básica até os especializados.

Neste sentido, as contribuições dos profissionais de saúde, que estão inseridos no campo da saúde mental e os gestores da RAPS, foram essenciais para que fossem esclarecidos esses pontos, cujo resultado poderá contribuir para o aprimoramento contínuo da rede. Desse modo, este estudo, não traz apenas a realidade atual da RAPS na cidade de Barbacena, mas também busca embasar a necessidade de mudanças nas práticas de saúde mental e reformulações nas políticas públicas voltadas ao tratamento mental no Brasil. Os dados resultantes desta pesquisa poderão se mostrar relevantes para profissionais de saúde, gestores públicos e demais interessados no aprimoramento contínuo dos serviços de saúde mental na comunidade local.

O caminho percorrido para realização desta pesquisa foi através de uma pesquisa bibliográfica e de campo.

Quanto à pesquisa bibliográfica, primeiramente, foi feito um estudo histórico sobre os cuidados psiquiátricos, por meio de estudo bibliográfico através de livros, documentários, vídeos e reportagens. Os conceitos e dados foram buscados em plataformas online como o google acadêmico, youtube, google imagens, notícias através do site do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Foram pesquisados livros de teóricos e pesquisadores renomados na temática como Marx, Durkheim, Foucault, Amarante, Castel, entre outros. Esses autores foram essenciais para entender a trajetória da saúde mental, seus processos, desafios e conquistas, podendo assim, entender melhor as bases da constituição dos hospitais psiquiátricos e a criação da RAPS e do CAPS. Foram buscados notícias e vídeos que tratam dos cuidados psiquiátricos no Brasil nos anos atuais e passados.

Dentre as referências investigadas, tem-se o Holocausto Brasileiro (2013) de Daniela Arbex e seu documentário homônimo, lançado em 2016; Loucos pela vida (1995) de Paulo Amarante; Psiquiatria Institucional: Do hospício à reforma psiquiátrica (2006) de Mauricio Lougon; Rezende (1987), "Políticas de Saúde Mental: Uma Visão Histórica; A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo (1978) de Castel); A verdade e as formas jurídicas(1999) de Foucault; Vigiar e Punir: nascimento da prisão (1986) de Foucault; Saúde Mental-Campo, Saberes e Discursos (2005) de Cavalcanti; Contribuição para a crítica da economia política (1973) de Marx; Manuscrito econômicos filosóficos (2001) de Marx e por fim, Capitalismo Monopolista e Serviço Social 1996) de José Paulo Netto.

Ao final das buscas, obteve-se 10 publicações que foram salvas no banco de dados da pesquisadora. A leitura para a extração dos conceitos foi feita seguindo a sequência histórica. Os textos foram lidos em sua integralidade, buscando-se compreender a evolução do tratamento psiquiátrico e os principais conceitos ligados a esta temática.

Primeiramente foi feito um panorama dos tratamentos de saúde mental ao longo da história e características das unidades que abrigavam as pessoas com distúrbios psíquicos e ou que não se encaixavam em um padrão de normalidade correspondente aos ideais da época. Em seguida, tratou-se do famoso Hospital Colônia de Barbacena e, posteriormente, abordou-se sobre Reforma psiquiátrica brasileira, consequência do protesto contra as práticas neste e em outros centros de internação psiquiátrica no Brasil. Ao final do capítulo se apresentaram as origens da



formação da CAPS e RAPS, instituições estas que vieram para substituir o modelo anterior de manicômios, sendo um dos desdobramentos da reforma nos cuidados em saúde mental no Brasil na década de 1980.

Um segundo tópico abordou a questão do suicídio e sua relação com problemas psiquiátricos.

Apesar de o objeto da pesquisa envolver a temática do suicídio, os participantes da pesquisa foram apenas alguns trabalhadores e gestores de alguns serviços que constituem a Rede de Atenção Psicossocial de Barbacena, no que diz respeito a forma como esta rede está organizada para este tipo de atendimento. Ou seja, trata-se de participantes que já lidam com a questão do suicídio em seu cotidiano de trabalho.

Os critérios de inclusão das pessoas para serem entrevistadas envolveu elas fazerem parte da RAPS, serem responsáveis pela a organização desta, ou estarem na linha de frente das demandas do tratamento de saúde mental destas unidades.

O público-alvo entrevistado constituiu-se de trabalhadores e gestores dos serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS) (Coordenadora-enfermeira responsável pela a equipe-, agentes de saúde), do Centro de Atenção Psicossocial (Gestor, assistente social, enfermeira, psicólogo), do Hospital Regional (trabalhadores) e do Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF) (equipe multidisciplinar) que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do município.

Esta pesquisa empírica foi baseada em uma entrevista semiestruturada com 04 trabalhadores e 04 gestores de UBSs; 01 trabalhador e 01 gestor do NASF; 01 trabalhador e 01 gestor de cada CAPS (3 CAPS no total); 01 trabalhador e 01 gestor do Hospital Geral/Pronto Socorro e com o Gestor da RAPS do município, somando um total de 18 participantes.

As entrevistas foram divididas em três tipos de roteiros, sendo um direcionado para os trabalhadores; outro para os gestores dos serviços e terceiro para o gestor da RAPS. Os questionários passaram pela aprovação do Comitê de ética e Pesquisa da UFOP (CEP/UFOP), e essas entrevistas foram realizadas presencialmente, individualmente e gravadas em áudio, utilizando-se o aplicativo gravador de voz do smartphone da pesquisadora, desde que fosse autorizado pelos participantes. O horário de realização das entrevistas ficou a critério destes, de acordo com o que foi mais conveniente para estes profissionais, desde que as

perguntas fossem feitas em ambiente que garantisse o sigilo das informações prestadas.

Na entrevista constam perguntas sobre o tempo de trabalho na RAPS; se houve alguma participação do envolvido na formação da rede; se tem algum registro sobre os usuários que cometeram suicídio ou a tentativa; se existe algum desafio ou limitações no serviço; se existe acompanhamento das vítimas de tentativas e seus familiares; se existe prevenção e pós-venção ao suicídio, como também se a equipe está preparada para atuar nesta área. As perguntas feitas foram as seguintes:

Quadro 1 - Perguntas da entrevista estruturada

Perguntas	Trabalhador	Gestor da unidade	Gestor da RAPS
1. tempo de trabalho na RAPS	X	X	X
2. Participou da formação da rede?	X	X	X
3. Possui algum registro de usuários que cometeram suicídio ou tentativas?	X	X	X
4. Tem algum levantamento sobre o índice de suicídios no município?	X	X	X
5. Existe algum limite ou desafio no serviço onde atua em relação ao atendimento das vítimas de tentativas de suicídio?	X	X	X
6. Existe acompanhamento das famílias dos usuários vítimas de tentativa de suicídio?	X	X	X
7. Você sabe dizer se no serviço onde atua existe alguma intervenção de pós-venção do suicídio?	X	X	X
8. A instituição possui algum trabalho de prevenção ao suicídio? Se sim, quais são as ações?	X	X	X

9. Você considera que está preparada para atuar no atendimento das vítimas de tentativas de suicídio?	X	X	X
10. E em relação às famílias?	X	X	X
11. Você acredita que a equipe da instituição que você gerencia está preparada para atuar no atendimento às vítimas de tentativas de suicídio?		X	X

Fonte: Autora (2023)

Após a conclusão das entrevistas, iniciou-se o processo de sistematização dos dados, utilizando as respostas fornecidas pelos 11 participantes. Cabe destacar que, embora a proposta inicial da pesquisa contemplasse a entrevista de 18 profissionais, apenas 11 manifestaram interesse em participar do estudo. Esses participantes representam unidades inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e foram questionados a respeito de onze tópicos relacionados ao atendimento prestado a vítimas de tentativas de suicídio e seus familiares.

Em um primeiro momento, foi necessário fazer uma leitura sobre as informações fornecidas para compreender os dados recolhidos dos participantes e depois associar as respostas com os serviços oferecidos pela rede de atenção psicossocial e a atuação dos profissionais nesta área, no intuito de identificar se a rede está funcionando conforme o preconizado pelas diretrizes legais.

As entrevistas foram realizadas em espaços que constituem parte da RAPS, como: CAPS, UBS, NASF, Hospital Regional, através de uma entrevista semiestruturada com os trabalhadores, gestores e agentes comunitários de saúde que compõem a RAPS de Barbacena.

As respostas coletadas das entrevistas foram transferidas em forma de escrita para o papel e depois para o google docs, resultando no agrupamento dos dados, para que assim, fosse possível analisar as informações fornecidas.

Depois, os materiais disponibilizados foram divididos por categorias profissionais para identificar as respostas que foram semelhantes ou diferentes de acordo com as experiências de cada entrevistado.

Os dados foram interpretados após todo o processo de leitura e houve a separação dos dados para que fossem desenvolvidos gráficos como forma de esclarecer e tornar mais fácil a interpretação as informações recolhidas. A seguir, procedeu-se à apresentação e interpretação das respostas por meio dos gráficos e texto dissertativo.

A partir do relato dos trabalhadores e gestores, o resultado desta pesquisa poderá contribuir para conhecer a forma como a Rede de Atenção Psicossocial de Barbacena se organiza no atendimento às vítimas de tentativa de suicídio e seus familiares. Com isso, será possível identificar suas potencialidades, seus desafios e possíveis entraves no atendimento prestado. O resultado desta pesquisa poderá contribuir, também, para o entendimento das particularidades do atendimento às vítimas de tentativas e seus familiares, com vistas à construção de estratégias de organização e melhoria, se for o caso, no atendimento a esta demanda. Dessa forma, identificam-se benefícios diretos desta pesquisa que, ao final, traçará um panorama da assistência prestada às vítimas e familiares.

Diante aos fatos apresentados e após uma análise das informações divulgadas pela Organização Mundial de Saúde (2022) e a Organização Pan-Americana da Saúde (2022), afirma-se que nos últimos anos, principalmente no contexto da pandemia, a depressão e a ansiedade aumentaram mundialmente, uma vez que todos estavam vivendo a incerteza do vírus da covid-19. Conseqüentemente, as taxas de tentativas de suicídio cresceram também, o que resultou em uma grande procura desses serviços por parte da população. Isto se torna um fator primordial que justifica a relevância deste estudo.

Na condução desta entrevista, foi programado conversar com 18 profissionais da área da saúde mental. Entretanto, não foi possível dialogar com todos, pois a pesquisadora enfrentou desafios para realizar a tarefa uma vez que é garantido pela Resolução 466/2012 (CNS, 2012, p. 3) que a participação na pesquisa é voluntária. Sendo assim, os convidados podem negar sua contribuição à investigação. Da mesma forma, alguns fatores como a disponibilidade dos profissionais para que a entrevista pudesse acontecer, contou com empecilhos em relação ao fato de alguns estarem de férias. Igualmente, as instabilidades / mudanças no quadro de funcionários, também foi outro aspecto que dificultou a coleta das informações. Por fim, o fato de não haver em uma das unidades do CAPS, gestor responsável pelo

espaço, impossibilitou a investigação do ponto de vista de um profissional cujo papel é central para o funcionamento da unidade.

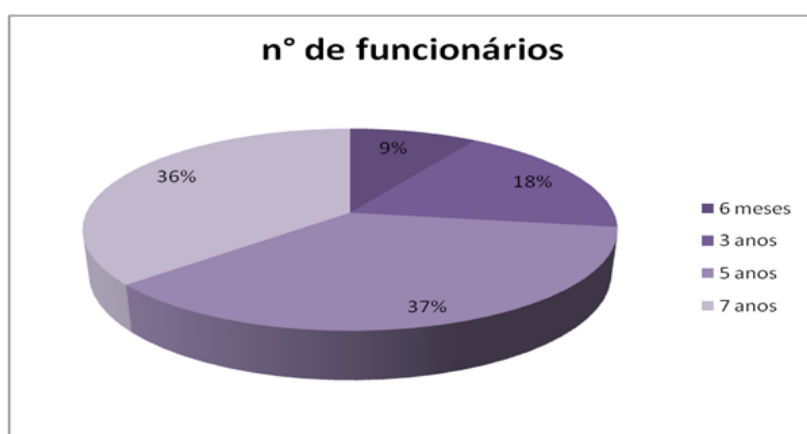
Dessa forma, contou-se com a colaboração de 11 profissionais de distintas áreas da saúde, cada um desempenhou papéis cruciais e únicos para a pesquisa, a composição do grupo incluiu trabalhadores, gestores e agentes comunitários de saúde que compõem a RAPS de Barbacena.

Durante as entrevistas, os trabalhadores optaram por não se identificar, uma vez que é garantido pela Resolução 510/2016 (CNS, 2016). A confidencialidade, ajuda na participação dos entrevistados, pois assim, após a divulgação de informações, as respostas não serão associadas individualmente, o que poderia futuramente prejudicá-lo, em razão disso preferiram o sigilo.

A princípio, a pesquisadora escolheu realizar as entrevistas com os trabalhadores da RAPS, aos quais foi perguntado a quanto tempo trabalhavam na rede e as respostas variaram de acordo com a experiência dos trabalhadores, dos gestores e dos agentes comunitários de saúde.

Em uma determinada equipe, alguns participantes têm 5 anos atuando nesta área, enquanto outros têm 3 anos trabalhando na rede e, por fim, a profissional contratada mais recentemente tem apenas 6 meses de participação, o que dificultou na obtenção de algumas respostas, pelo fato de ter pouco tempo de serviço.

Figura 1 – Tempo de serviço



Fonte: Autora, 2023.

Os resultados da figura 1, apontam para uma diversidade de períodos de trabalho na saúde mental dentro da RAPS, com participantes variando de 6 meses a 5 anos de experiência na área. Essa disparidade de tempo de serviço apresentou um desafio na coleta de dados, especialmente com o profissional que havia ingressado na área há apenas 6 meses. Este último, devido à sua curta experiência, enfrentou dificuldades para fornecer informações substanciais em resposta às perguntas, impactando assim a interpretação dos resultados.

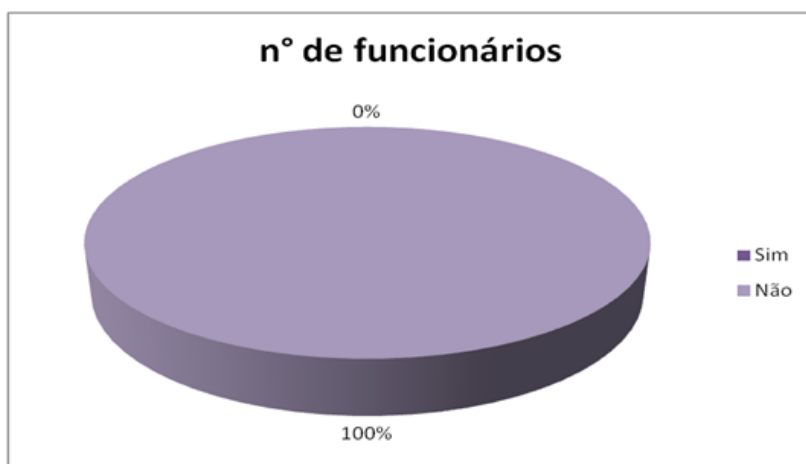
A figura 1, que representa visualmente esses diferentes períodos de trabalho na saúde mental, destaca essa diversidade, enfatizando como a heterogeneidade na experiência dos participantes pode influenciar a coleta e interpretação de dados. A presença de profissionais com tempo significativo na área contrastada com aqueles mais recentes destaca a necessidade de considerar a variação temporal ao analisar as respostas e interpretar os resultados da pesquisa.

Dessa forma, o gráfico ilustra que, no total, 1 trabalhador possui seis meses(9% no gráfico) de experiência profissional, 2 têm três anos de atuação(18% no gráfico), 4 possuem cinco anos de experiência(37% no gráfico) e, por fim, outros 4 trabalhadores acumulam sete anos de contribuição profissional(36% no gráfico).

O gráfico abaixo (Figura 2) mostra que nenhum dos participantes teve um envolvimento inicial na criação da RAPS. Isso indica que esses profissionais não contribuíram diretamente nem adquiriram experiência durante o período de estabelecimento da rede; ao contrário, tornaram-se parte da Rede somente após sua formação. ( No gráfico mostra que 100% dos entrevistados não participaram na criação da RAPS)

O resultado mostra que a participação destes trabalhadores( tanto gestores e agentes comunitários da saúde) ocorreram em um contexto já estabelecido, o que pode influenciar suas perspectivas e práticas dentro da rede.

Figura 2– Participação na criação da RAPS

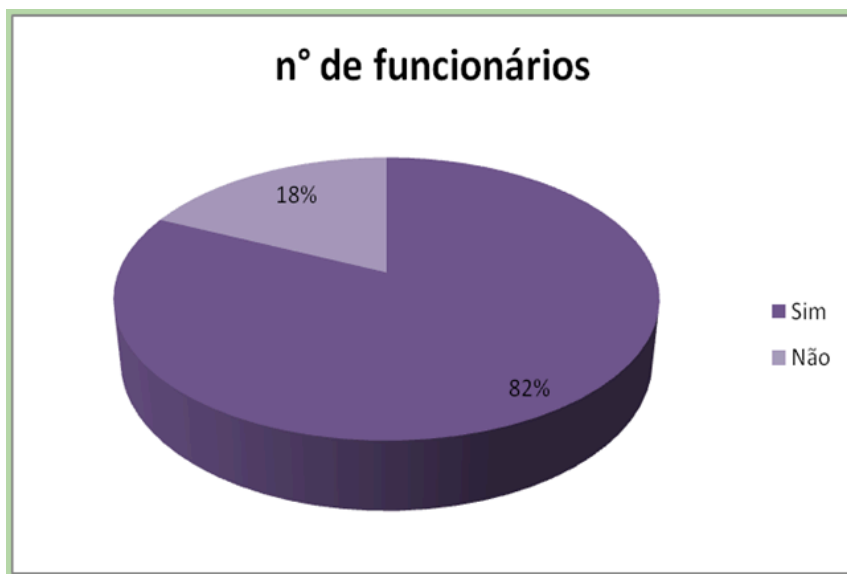


Fonte: Autora,2023

O gráfico da figura 3 abaixo, quando foi perguntado aos entrevistados( trabalhadores, gestores e agentes comunitários de saúde) se possuíam algum registro de usuários que cometeram suicídio ou se também tinham sobre as tentativas de suicídio. Cerca de sete profissionais alegaram que têm registro(indicando 82% no gráfico) e acesso a essas informações, porém quatro trabalhadores informaram que não (apresentando 18% no gráfico).

Esses resultados sugerem que a maioria dos profissionais tem acesso a registros de casos de suicídio ou tentativas, o que pode ser fundamental para a compreensão e abordagem dessas situações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A discrepância de opiniões entre os entrevistados destaca a heterogeneidade de experiências e práticas em relação ao registro e documentação desses eventos sensíveis.

Figura 3– Registros dos casos de suicídios e tentativas de suicídio



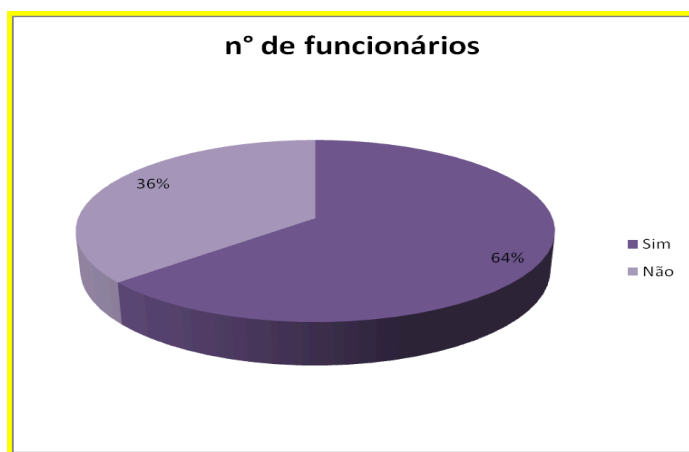
Fonte: Autora,2023.

Na entrevista, foi indagado aos profissionais se possuíam dados sobre o índice de suicídios no município. Apenas dois trabalhadores afirmaram ter tal levantamento, enquanto nove declararam não possuir essa informação. A Figura 4, apresentada a seguir, ilustra que aproximadamente 64% dos entrevistados indicaram ter acesso a esse levantamento, enquanto 36% afirmaram não dispor desses dados.

O resultado sugere uma disparidade significativa na disponibilidade de informações sobre o índice de suicídios entre os profissionais entrevistados. Apenas uma pequena proporção, cerca de 36%, não tem acesso a esse levantamento, enquanto a maioria, representando 64%, afirmou possuir essas informações.

Figura 4 – Registros sobre índice de suicídios no município





Fonte: Autora, 2023.

Durante as perguntas, foi questionado se existia algum limite ou desafio no serviço onde os entrevistados atuavam( incluindo trabalhadores, gestores e agentes comunitários de saúde) em relação aos atendimentos das vítimas de tentativas de suicídio.

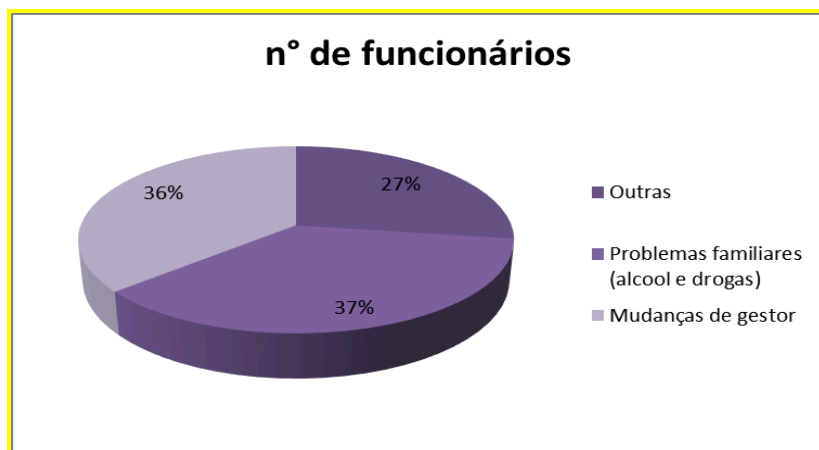
Na Figura 5, destaca-se que os profissionais evidenciaram limitações e desafios em seus serviços, sendo que 4 entrevistados (equivalente a 36%, conforme indicado no gráfico) compartilharam preocupações relacionadas a situações como mudanças no quadro de funcionários ou a ausência de um gestor para assumir as responsabilidades da rede. Isso resulta em sobrecarga para outros trabalhadores.

Outro ponto salientado por alguns profissionais está relacionado ao enfrentamento de questões como a dependência química(álcool e/ou outras drogas) por parte de algumas famílias, bem como conflitos internos que dificultam o atendimento. Conforme representado na Figura 5, aproximadamente 37% dos entrevistados mencionaram esse aspecto como um desafio.

Além disso, uma parcela significativa, equivalente a 27% dos trabalhadores, apontou outras limitações não especificadas, conforme ilustrado no gráfico.

Esses resultados revelam uma diversidade de desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), abrangendo desde questões administrativas até desafios relacionados ao atendimento devido a problemas sociais e familiares. Essa compreensão mais detalhada das dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores pode orientar estratégias para melhorar o ambiente de trabalho e otimizar a prestação de serviços na área de saúde mental.

Figura 5 – Limite ou desafio no serviço de atendimento das vítimas de tentativas de suicídio



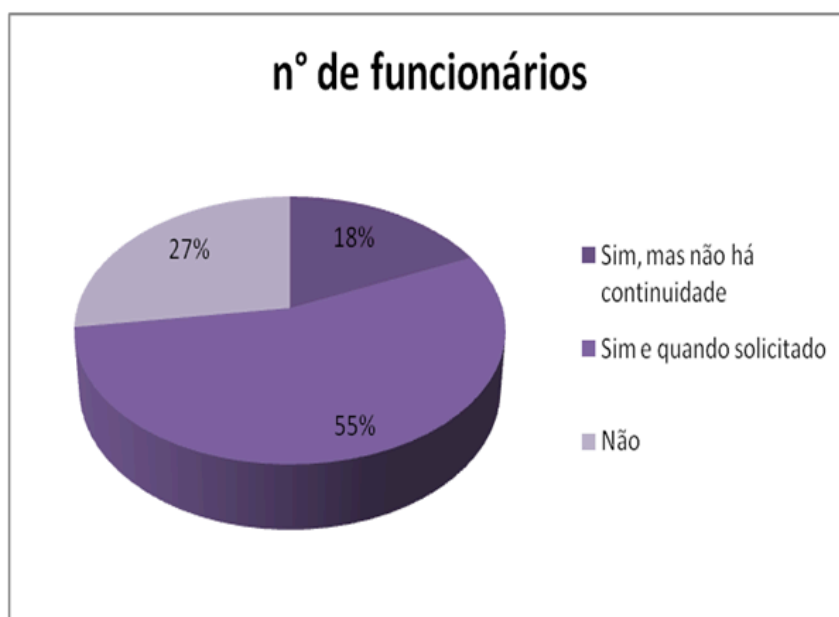
Fonte: Autora, 2023.

Os dados apresentados na Figura 6 correspondem às respostas obtidas durante a pesquisa, onde os entrevistados, incluindo trabalhadores, gestores e agentes comunitários de saúde, foram questionados sobre o acompanhamento das famílias dos usuários vítimas de tentativas de suicídio. As respostas foram as seguintes:

- Dois trabalhadores afirmaram realizar acompanhamento, mas os familiares não dão continuidade ao tratamento, representando aproximadamente 18% conforme indicado no gráfico.
- Seis trabalhadores afirmaram fazer o acompanhamento e observaram que os familiares dão continuidade ao tratamento, perfazendo cerca de 55% no gráfico.
- Por fim, três trabalhadores mencionaram que não realizam acompanhamento das famílias, totalizando aproximadamente 27% no gráfico.

Esses resultados sugerem uma variação significativa nas práticas dos profissionais em relação ao acompanhamento das famílias após tentativas de suicídio. A maioria dos entrevistados que realiza o acompanhamento percebe uma continuidade no tratamento por parte dos familiares. No entanto, uma parcela menor mencionou desafios relacionados à adesão ao tratamento por parte das famílias.

Figura 6 – Acompanhamento das famílias dos usuários vítimas de tentativas de suicídio



Fonte: Autora, 2023

Outra questão abordada durante as entrevistas e que será apresentada por meio do Gráfico 7 refere-se à existência de intervenções pós-venção do suicídio nos serviços em que os entrevistados atuam. As respostas obtidas foram as seguintes:

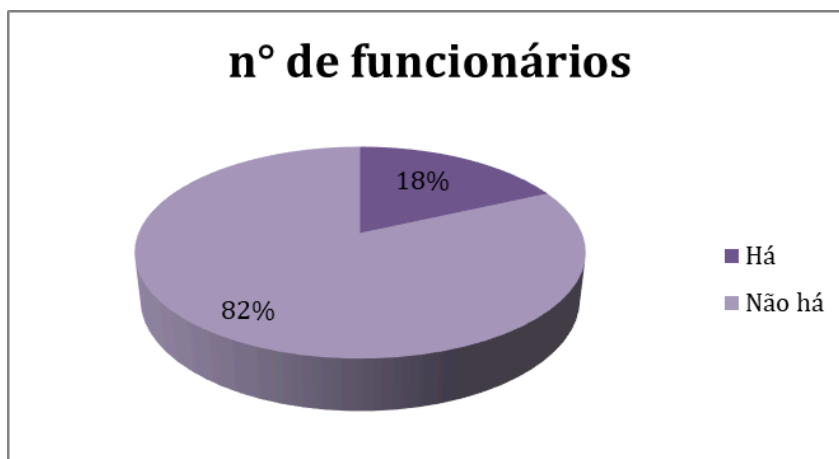
- Cerca de dois entrevistados afirmaram que sim, existem intervenções após o ato, representando aproximadamente 18% conforme indicado no gráfico.
- Por outro lado, nove trabalhadores relataram que não existe nenhuma intervenção pós-venção do suicídio ou, se existe, eles não têm conhecimento sobre, totalizando cerca de 82% no gráfico.

Esses resultados apontam para uma maioria significativa de profissionais que indicaram a falta de intervenções específicas após o ato suicida nos serviços em que trabalham, ou que, pelo menos, não estão cientes da existência de tais estratégias.

Essa compreensão destaca uma lacuna potencial na implementação de práticas de intervenção pós-venção e sugere a necessidade de aumentar a conscientização e a disponibilidade dessas estratégias nos serviços de saúde mental. Essa informação pode orientar esforços para fortalecer as abordagens de

intervenção pós-venção do suicídio, proporcionando um suporte mais eficaz para os usuários da rede.

Figura 7 – Intervenção de posvenção



Fonte: Autora,2023

Ao ser questionado se a instituição apresentava alguma intervenção de prevenção ao suicídio, todos os profissionais afirmaram positivamente, resultando em uma porcentagem total de 100%, conforme indicado no Gráfico 8. Além disso, foi mencionado que a instituição promove a campanha do Setembro Amarelo como uma iniciativa para a prevenção da vida e da saúde mental. Adicionalmente, destaca-se a existência do Centro de Valorização da Vida.

Com base nos dados apresentados, os resultados apontam que, quando questionados sobre a presença de intervenções de prevenção ao suicídio na instituição, todos os profissionais afirmaram que sim, resultando em uma taxa de 100%, conforme ilustrado no Gráfico 8. Essa resposta positiva indica que a instituição está ativamente envolvida na implementação de estratégias voltadas para a prevenção do suicídio.

Além disso, destacou-se que a instituição realiza a campanha do Setembro Amarelo, uma iniciativa conhecida internacionalmente dedicada à conscientização sobre a prevenção do suicídio. Adicionalmente, a presença do Centro de Valorização da Vida evidencia um suporte adicional e recursos específicos para lidar com questões relacionadas à saúde mental e ao suicídio.

Esses resultados sugerem um comprometimento significativo da instituição em abordar a prevenção do suicídio de maneira abrangente, não apenas através de campanhas de conscientização, mas também disponibilizando recursos específicos para o suporte emocional.

Figura 8 – Trabalho de prevenção



Fonte: Autora, 2023

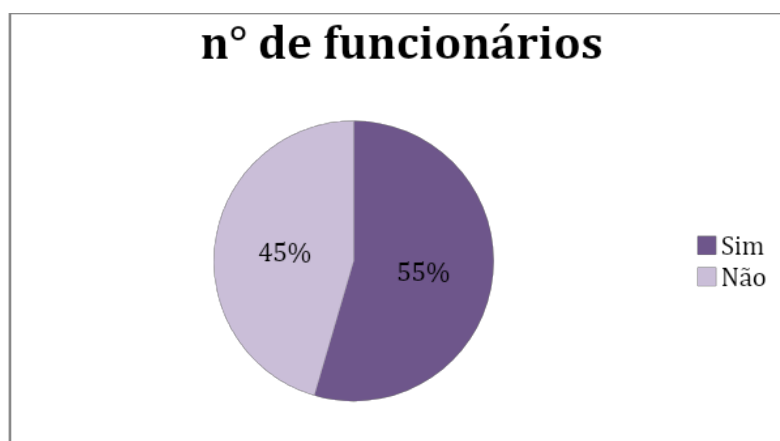
Ao questionar os entrevistados sobre sua preparação para lidar com o atendimento às vítimas de tentativas de suicídio, observou-se que aproximadamente 45% indicaram que não se sentem preparados, conforme o gráfico 9. Por outro lado, a maioria, representando 55%, afirmou que está preparada devido à presença de uma equipe multiprofissional dedicada a atender essa demanda específica. Além disso, destaca-se que o CAPS é apontado como a referência para esse tipo de atendimento.

Esses resultados refletem uma divergência nas percepções de preparação entre os profissionais entrevistados. Enquanto uma parcela significativa destaca a preparação adequada, baseada na presença de uma equipe especializada e no suporte do CAPS, a outra parte revela uma insegurança ou falta de preparo para lidar com casos de tentativas de suicídio.

Essa constatação ressalta a importância de avaliar e abordar as necessidades de capacitação específicas dos profissionais de saúde mental, garantindo que todos estejam adequadamente preparados para enfrentar situações

desafiadoras e sensíveis, como o atendimento a vítimas de tentativas de suicídio. O desenvolvimento de programas de treinamento e suporte contínuo pode ser crucial para melhorar a confiança e a eficácia desses profissionais nessas situações.

Figura 9 – Preparo para atender as vítimas de tentativas de suicídio



Fonte: Autora,2023

Ao questionar os entrevistados sobre sua preparação para lidar com os familiares de pessoas que tentam o suicídio, cerca de 18% indicaram que não se sentem preparados. A maioria, representando 82%, afirmou estar preparada. Isso é evidenciado no Gráfico 10, sugerindo que a maioria reconhece a necessidade de preparo profissional para lidar com esses familiares, dada a sensibilidade e complexidade da situação.

Essa divisão nas respostas sugere um reconhecimento significativo por parte dos profissionais da necessidade de um preparo específico para lidar com os familiares nessas situações sensíveis. O fato de uma parte expressiva afirmar estar preparada pode indicar a existência de programas de treinamento ou experiências práticas que ajudam esses profissionais a enfrentar os desafios associados ao suporte aos familiares de pessoas que tentam o suicídio.

Contudo, a porção que indicou falta de preparo destaca uma oportunidade de fortalecer ainda mais as capacidades dos profissionais nesse aspecto. Investir em programas de formação e suporte contínuo pode ser crucial para garantir que todos os profissionais estejam equipados para lidar com as complexidades emocionais e relacionais envolvidas nesse contexto delicado.

Figura 10 – Preparo para atender os familiares



Fonte: Autora, 2023

Durante a entrevista, foi indagado se os entrevistados acreditavam que a equipe onde atuam estava preparada para lidar com o atendimento às vítimas de tentativas de suicídio. Cerca de 73% dos participantes responderam negativamente, indicando que não consideram a equipe devidamente preparada. Por outro lado, 27% afirmaram que sim, conforme apresentado no Gráfico 11.

Esses resultados indicam uma discordância significativa na percepção dos profissionais quanto à prontidão da equipe para lidar com casos de tentativas de suicídio. A maioria que não se sente preparada pode apontar para a necessidade de iniciativas de capacitação, treinamento e suporte para fortalecer as habilidades e a confiança da equipe nesse contexto. Compreender essas percepções é fundamental para identificar áreas de melhoria e implementar estratégias que promovam um ambiente de trabalho mais capacitado e eficaz no atendimento a casos sensíveis como tentativas de suicídio.

Figura 11 – Preparo da equipe para atender as vítimas



Fonte: Autora,2023

Com base nos dados coletados durante as entrevistas com trabalhadores, gestores e agentes comunitários atuantes no município de Barbacena, emerge uma visão abrangente sobre a percepção e a preparação desses profissionais no enfrentamento de casos relacionados ao suicídio.

Ao explorar a complexidade do tema do suicídio, foi notado um reconhecimento unânime entre os entrevistados acerca da dificuldade inerente ao tratamento desse fenômeno, considerando tanto as dimensões psicológicas quanto as sociais. A história do suicídio como um fenômeno humano foi contextualizada, destacando-se o aumento nas estatísticas atuais.

No âmbito teórico, as conexões entre as medidas de prevenção ao suicídio e as ideias de pensadores como Marx(2006) e Durkheim(2004) foram traçadas. Ambos contribuíram para a compreensão do suicídio como um fenômeno de ordem social, sublinhando a importância de considerar fatores culturais, sociais e econômicos em sua análise.

No que diz respeito às práticas atuais, os profissionais ressaltaram a relevância das iniciativas de prevenção, reconhecendo a necessidade de abordagens que transcendam o individualismo. A presença de campanhas como o Setembro Amarelo e de instituições como o Centro de Valorização da Vida foi



destacada como indicativo do comprometimento institucional na promoção da saúde mental e na prevenção do suicídio.

Entretanto, ao explorar a preparação da equipe para lidar com casos de tentativas de suicídio, notou-se uma divisão significativa nas percepções. Uma parte expressiva dos entrevistados não se sente preparada para lidar com as vítimas e seus familiares, sugerindo a necessidade de programas de capacitação e suporte contínuo.

A análise da percepção em relação à prontidão da equipe para o atendimento de casos de tentativas de suicídio revelou um consenso majoritário de que ajustes e melhorias são necessários nesse aspecto.

Em conclusão, os dados refletem a complexidade do tema do suicídio e destacam a importância de abordagens integradas que combinem iniciativas de prevenção, compreensão teórica embasada e investimentos em capacitação profissional. Essa abordagem holística pode contribuir para a construção de um ambiente de trabalho mais eficaz e sensível, capaz de enfrentar os desafios relacionados à saúde mental e ao suicídio na comunidade de Barbacena.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontaram que ainda existe uma sensibilidade em relação ao tema da saúde mental, que se apresenta ainda como um assunto delicado na comunidade e também dentro dos espaços que são referências para acolher as pessoas que atentam contra a própria vida. Em razão disso, é perceptível que existe uma necessidade muito grande de elaborar mais pesquisas e campanhas sobre o tema, até mesmo para a sociedade entender que esta situação precisa ser tratada com mais empatia e respeito com a pessoa que está em sofrimento psíquico e que haja iniciativas educacionais e de conscientização na sociedade.

Além disso, diante dos dados recolhidos e apresentados mostra-se que os profissionais que atuam nesta área da saúde, não se sentem preparados o suficiente para lidar com os casos de tentativas de suicídio, o que significa que é necessário mais investimentos em treinamento das equipes, para que assim, estas possam estar equipadas para oferecer um serviço eficaz.

No entanto, a OMS (2018) alerta que há uma falta significativa de profissionais especializados em saúde mental, especialmente em países de baixa renda, onde a proporção é de apenas dois profissionais para cada 100 mil pessoas. Considerando que aproximadamente uma em cada dez pessoas precisa de cuidados em saúde mental, a falta de investimento imediato nesse setor terá consequências econômicas, sociais e de saúde graves. A OMS destaca a urgência de ações para enfrentar essa escassez e atender à crescente demanda por serviços de saúde mental em todo o mundo.

Outro aspecto percebido é que a frequência das campanhas de Valorização da Vida, por mais que se espalhem cartazes e exista o serviço do Centro de Valorização da Vida (CVV) como maneiras de divulgar apoio e assistência, parece não ser o suficiente. Somente em setembro o assunto ganha mais força, porém seria propício que o tema tivesse uma abordagem contínua sobre a conscientização da importância da saúde mental. Da mesma forma, também poderia haver mais programas de prevenção e políticas públicas sobre o assunto.

Durante a conversa com os profissionais, a graduanda percebeu pontos positivos e negativos com as respostas dadas. Alguns participantes não sabiam o que significava a RAPS e muito menos que faziam parte da rede. Isso mostra que se o profissional não está ciente de sua participação na rede, isso pode levar à

desarticulação dos serviços, resultando em falta de coordenação e continuidade no atendimento, ineficácia das estratégias de saúde mental, divergência em relação às políticas estabelecidas, como também prejudicar os pacientes que necessitam de uma abordagem integrada e o encaminhamento adequado.

Contudo, a pesquisadora percebeu que muitos dos entrevistados estão cientes de que é necessário mais programas para a valorização da vida e melhores meios para que haja uma campanha permanente. Por outro lado, os responsáveis que gerenciam a rede entendem que os serviços são articulados entre si e que atendem todas as necessidades da população e funcionam como o esperado.

Desde o início dos modelos manicomiais até os dias atuais, foi perceptível que houve redução nos números de internações, desde o momento em que a saúde mental foi considerada como uma situação importante. Estas instituições passaram por mudanças em que o cuidado tornou-se fundamental, assim como a liberdade do doente de tomar as próprias decisões, de se manter o contato com a família e a sua inserção no meio social.

Entretanto, toda essa trajetória de conquistas e propostas criadas durante a reforma psiquiátrica tem enfrentado problemas ao longo dos anos, pois existem barreiras para os profissionais que atuam na linha de frente. Percebe-se que as políticas de saúde mental têm sido abandonadas e todo esse avanço tem sido esquecido. A princípio, os trabalhadores da área precisam lutar para consolidar as modificações que aconteceram e que foram construídas através de muito esforço e resistência. Ou seja, sua formação precisa estar sempre atualizada para que a sua prática continue coerente em seus atendimentos e para que haja espaços apropriados para exercer a sua função.

Esta pesquisa contribuiu para um maior conhecimento sobre a RAPS do município de Barbacena, no que diz respeito ao atendimento às vítimas de tentativas de suicídio. O caminho percorrido nesta investigação parte da investigação sobre a constituição sócio-histórica da política de saúde mental no Brasil, passando pela construção e pela desconstrução do modelo manicomial; apresentando a reforma psiquiátrica como uma conquista das lutas dos trabalhadores, usuários da saúde mental e seus familiares e a constituição da REDE de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Política Nacional de Saúde Mental vem sofrendo um retrocesso que afeta diretamente a vida dos pacientes que são acompanhados pela rede de apoio, assim

como de suas famílias, que não têm o devido apoio por parte desta rede. Em resumo, os resultados têm o potencial de informar o estado atual das políticas públicas, práticas de saúde mental e iniciativas de conscientização, contribuindo para uma sociedade mais compreensiva, informada e preparada para lidar com questões relacionadas à saúde mental, especialmente as ligadas às tentativas de suicídio. Conclui-se, entretanto, que ainda há muito a ser feito na temática.

A necessidade de um investimento intencional do governo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na saúde mental é crucial para promover um sistema de cuidados eficiente e abrangente. Investir nesses setores significa destinar recursos para a expansão de serviços de saúde mental, treinamento de profissionais, implementação de estratégias preventivas e redução do estigma associado aos transtornos mentais.

Uma RAPS bem financiada pode fortalecer a oferta de tratamentos diversos, desde atenção básica até cuidados especializados, proporcionando uma abordagem mais integrada e centrada na pessoa. O investimento intencional também pode impulsionar a criação de políticas públicas eficazes, campanhas de conscientização e programas de educação, contribuindo para a promoção da saúde mental e o combate ao estigma.

Em suma, ao direcionar recursos para a pesquisa e avaliação de programas de saúde mental, o governo pode garantir a eficácia das intervenções, melhorando constantemente a qualidade dos serviços oferecidos. Ao reconhecer a importância da saúde mental, o investimento intencional reflete o compromisso em construir uma sociedade mais saudável, resiliente e inclusiva.

**REFERÊNCIAS:**

AMARANTE, P. Loucos Pela Vida, 1995

BAIMA, Cesar; GRANDELLE, Renato. Brasil é o país mais deprimido da América Latina, aponta OMS. Acesso em 27 de janeiro de 2024

BATISTA, M. D.G. Breve História da Loucura, Movimentos de Contestação e Reforma Psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. Revista de Ciências Sociais, n. 40, p. 391-404, 2014.

BIRMAN, J. Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. p. 304

BRASIL, Hospital Colônia de Barbacena, Disponível em:

<https://img.ibxk.com.br/2020/04/01/01202346454471.jpg?w=1040>

Acesso em 25 de setembro de 2023.

BRASIL. (2006). Ministério da Saúde. Estratégia nacional de prevenção do suicídio; prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf)

Acesso em 27 de janeiro de 2024

BRASIL. (2017). Ministério da Saúde. Suicídio: saber agir e prevenir; Boletim epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>

Acesso em 27 de janeiro de 2024

BRASIL, Internos no Pátio no Hospital Colônia de Barbacena, Disponível em:  
[https://aventurasnahistoria.uol.com.br/media/uploads/manicomio\\_de\\_barbacena/20170507145716820991i.jpg](https://aventurasnahistoria.uol.com.br/media/uploads/manicomio_de_barbacena/20170507145716820991i.jpg)

Acesso em 4 de outubro de 2023.

BUENO, Austregésilo Carrano. Canto do Malditos. Ed. Rev. e alterada pelo autor. – Rio de Janeiro: Rocco, 2004. Acesso em 27 de janeiro de 2024.

CARVALHO, F. Barbacena 100 anos de psiquiatria. 2ª ed. Gráfica e Editora de Barbacena, 2009.

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

CAVALCANTI, M. T. Saúde Mental – Campo, Saberes e Discursos. Rio de Janeiro: IPUB – CUCA, 2005.

DURKHEIM, Émile. As Regras do Método Sociológico. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

\_\_\_\_\_. Da Divisão do Trabalho Social. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. O Suicídio. São Paulo: Martins Fontes, 2004

ENGELS, Friedrich. **O papel do trabalho na transformação do macaco em homem.** Disponível em:  
[http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/F\\_ANGELS.pdf](http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/F_ANGELS.pdf). Acesso em: 11 de maio de 2023.

ENGELS, Friedrich. Dialektik der Natur. MEW 20. Berlin: Dietz Verlag, 1973.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014

FOUCAULT, M. À Propos de la Généalogie de l'Éthique: un aperçu du travail en cours. in: Dits et Écrits IV, Éditions Gallimard, 1994f. p. 609-631.

FOUCAULT, Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1986.

FOUCAULT, A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Revista Verve, n 18, p. 167-194, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>

Acesso em 10 de Novembro de 2023

\_\_\_\_\_. O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

\_\_\_\_\_. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectivas, 1972.

\_\_\_\_\_. As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2000.

LOUGON, Maurício. *Psiquiatria Institucional: Do Hospício à Reforma Psiquiátrica*. Fiocruz, 2006.

MACHADO, R. Ciência e saber. A trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, V. 64, Nº1, 2015.

MANTOUX, P. A revolução industrial no século XVIII: estudo sobre os primórdios da grande indústria moderna na Inglaterra. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARX, Karl. Contribuição para a crítica da economia política. Lisboa: Estampa, 1973.

MARX, K. Manuscritos econômicos filosóficos. São Paulo: Martin Claret, 2001.

MARX, K. O Capital. Livro I, 12ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1988.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. A Ideologia Alemã:Feurbach – A contraposição entre as cosmovisões materialista e idealista. São Paulo: Martin Claret, 2006a.

MARX, Karl. Contribuição à crítica da economia política. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MARX, Karl. Sobre o suicídio. São Paulo: Boitempo, 2006.

MATTOS, P.; RODHE, L. A., LOUZÃ, M. Resposta à matéria “Ritalina – Usos de Abusos” da Revista Veja, 30 de novembro de 2004.

Acesso em 12 de dezembro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, Disponível

em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)

Acesso em 12 de dezembro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/coletiva-suic-dio-pdf>

Acesso em 18 de dezembro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)

Acesso em 18 de dezembro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, Disponível em:

[https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf)

Acesso em 19 de dezembro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023, Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps>

Acesso em 26 de janeiro de 2024.

NETO, F. K. ; DUNKER. C.I.L. Depois do Holocausto: Efeitos Colaterais do hospital colônia em Barbacena. Psicologia em revista, v. 23, n. 3, p.953 -974. Belo Horizonte. 2017.

Organização Mundial de Saúde. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/noticia/oms-alerta-para-adocao-de-estrategias-de-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2023.

Organização Mundial de Saúde. Disponível em:

<https://news.un.org/pt/story/2018/06/1626181> Acesso em :22 de fevereiro de 2024.



Organização Mundial de Saúde. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transfornar-saude-mental-e-atencao>

Acesso em 26 de Janeiro de 2024.

PINEL, P. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania (1800). Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.

PORTARIA 244 Disponível em:  
[https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Portaria-ms-24\\_92.pdf](https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Portaria-ms-24_92.pdf)

Acesso em 07 de dezembro de 2023.

PLANALTO, 2001, Disponível em :  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l110216.htm)  
Acesso em 13 de dezembro de 2023.

QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. Entre o passado e o presente: a prática profissional do Assistente Social no campo da saúde mental. Dissertação – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2009.

Acesso em 27 de janeiro de 2024.

RESENDE, H. Políticas de Saúde Mental: Uma Visão Histórica. 1987

ROCHA, L. C. O perigo dos pobres. In: FRANÇA et. al. (Org.). Estratégias de controle social. São Paulo: Arte e Ciência, 2004.

VASCONCELLOS, V. C.A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 2008. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Mestrado em Saúde Pública, 2008.

VIANA, Nildo. Os pensadores clássicos da sociologia. In:\_\_\_\_\_. Introdução à Sociologia. 2ªed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 29-67.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. Psicologia em Revista, v.14, n.1, Belo Horizonte, 2008, p.131-150.