

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

FABIANA VOSGERAU TRENTINI

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O SOFRIMENTO MENTAL E OS
MODELOS DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: O OLHAR DOS FAMILIARES-
CUIDADORES E DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL DE PONTA
GROSSA – PR

PONTA GROSSA
2011

FABIANA VOSGERAU TRENTINI

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O SOFRIMENTO MENTAL E OS
MODELOS DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: O OLHAR DOS FAMILIARES-
CUIDADORES E DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL DE PONTA
GROSSA – PR

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas, da
Universidade Estadual de Ponta Grossa, como
requisito parcial para obtenção do título de mestre
em Ciências Sociais Aplicadas.

Prof Orientador: Dr^o. José Augusto Leandro
Prof^a Co-Orientadora Dr^a. Jussara Ayres
Bourguignon

PONTA GROSSA
2011

Ficha Catalográfica Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

T795r Trentini, Fabiana Vosgerau
Representações sociais sobre o sofrimento mental e os modelos de tratamento psiquiátrico : o olhar dos familiares cuidadores e dos trabalhadores em saúde mental de Ponta Grossa- PR / Fabiana Vosgerau Trentini. Ponta Grossa, 2010.
141f.
Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas),
Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Orientador: Prof. Dr. José Augusto Leandro
Co-orientadora : Profa. Dra. Jussara Ayres Bourguignon

1. Saúde mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3.CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). 4. Representação social. 5. Família. I. Leandro, José Augusto. II. Bourguignon, Jussara Ayres. III. T

CDD: 616.89

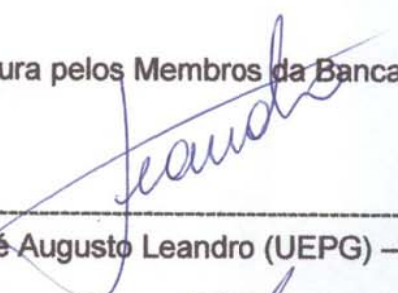
TERMO DE APROVAÇÃO

FABIANA VOSGERAU TRENTINI

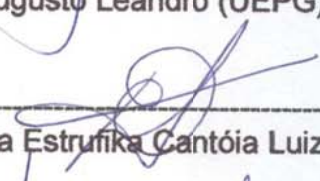
"REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O SOFRIMENTO MENTAL E OS MODELOS DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: O OLHAR DOS FAMILIARES CUIDADORES E DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL DE PONTA GROSSA-PR"

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

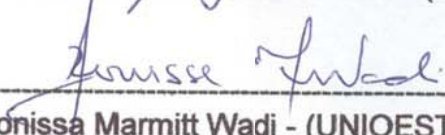
Assinatura pelos Membros da Banca:



Dr. José Augusto Leandro (UEPG) – Presidente



Dra. Danuta Estruina Cantóia Luiz - (UEPG)



Dra. Yonissa Marmitt Wadi - (UNIOESTE)

Dra. Solange Ap. Barbosa de Moraes Barros (UEPG) - Suplente

**Aos meus avós, Jan Hendrick e Bertha (in memoriam),
pelo que aprendi com eles.**

AGRADECIMENTOS

O término deste trabalho significa uma grande vitória, e sou imensamente grata às pessoas e instituições que me auxiliaram nesta jornada.

Em primeiro lugar, quero agradecer a minha mãe, guerreira, sábia, corajosa, vanguardista, e quem mais me incentivou a aprofundar meus conhecimentos.

Ao meu marido César, ao meu filho Nicolas, pelo carinho e paciência, apesar das reclamações pela falta de atenção. “Deveria ser contra a lei não dar atenção aos filhos” me disse Nicolas um dia, em seus sábios oito anos de idade.

Aos meus irmãos Frank e Patrícia, aos meus cunhados Guilherme e Silvana, aos meus sobrinhos queridos: Daniel Henrique, Pedro Filipe e João Henrique, pelo carinho e apoio.

À tia Anna e ao tio Antonio, que, além de sempre me apoiarem e acompanharem a evolução da dissertação, realizaram a revisão ortográfica e me auxiliaram na empreitada de achar, na Internet e em sebos, os livros esgotados nas editoras.

À tia Carla, que além de apoio e incentivo, colaborou sobremaneira com a elaboração do histórico do Hospital Franco da Rocha, pois foi uma das primeiras funcionárias do hospital, permanecendo na gerência até novembro de 2004, data do fechamento.

Ao tio Oscar, por me desejar força na cirurgia no último ano do mestrado.

Ao Professor Dr. José Augusto Leandro, pelas orientações, pelo carinho e paciência, sempre contribuindo e intervindo de forma primorosa e precisa.

À Professora Dr^a. Jussara Ayres Bourguignon, pela co-orientação e por me incentivar e inspirar a trabalhar meu objeto de pesquisa em 2006.

Às Professoras Dr^a. Danuta S. Cantóia Luiz e Dr^a. Yonissa Marmitt Wadi, pelas generosas contribuições no exame de qualificação.

À Professora Dr^a. Solange Barbosa de Moraes Barros, Coordenadora do Programa de Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG, que além de nos orientar sobre questões do mestrado, esteve presente também me apoiando e incentivando.

Aos Professores do mestrado: Dr^a. Lúcia Cortez, Dr. Robson, Dr^a. Divanir, Dr. Edson, Dr^a. Renata, Dr. Marcelo, Dr. Constantino, Dr. Emerson e Dr^a. Maria Lúcia, pelos grandes momentos de reflexão em sala de aula.

Aos colegas que se tornaram grandes amigos e que irei levar em meu coração pela vida afora: Cristiane G. de Souza (Cris), Denise Pereira (De), Karla R. da Silva (Kaká), Joselton Rocha e Juliana T. Fosenca (Ju).

Aos queridos colegas de turma: Alexey, Ângela, Daniel, Felipe, Heloísa, Inês, Isabella, João, Lucimar, Mônica, Naja, Priscila, Rodolfo, Sérgio, Siderlei, Tereza e Vânia. Sinto e sentirei saudades.

Aos funcionários do CIPP, pela gentileza, simpatia e atenção com que me atenderam. Em especial a Heloísa Feijoli, D. Ana, Sr. Elias e Sr. Luiz.

Aos meus entrevistados – familiares e profissionais da saúde mental, por compartilharem de forma generosa suas lembranças, sentimentos e conhecimentos.

À Gerente de Saúde Mental Marilize Wozniaki, da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, que prontamente permitiu a pesquisa no CAPS II.

Ao Dr. Sérgio de Abreu Lima e à Josiane Gerik Lovato, que sempre estiveram dispostos a me “abrir as portas” do arquivo morto do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha.

Às professoras Ms. Lara Simone Messias Floriano e Tânia Mascarenhas, que me acolheram gentilmente em sua sala de aula, para que pudesse realizar meu estágio de docência. Aos alunos do terceiro ano de Enfermagem, no qual realizei o estágio, pela alegria, carinho e respeito.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro através da bolsa de pesquisa, indispensável para a realização do mestrado.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para o sucesso de mais esta etapa.

Resumo

Esta dissertação tem como objeto de estudo as representações sociais do sofrimento mental de familiares-cuidadores e dos profissionais em saúde mental e os modelos de tratamento psiquiátrico no município de Ponta Grossa, PR. Durante quase quarenta anos Ponta Grossa foi a cidade sede do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha (HPFR). Ele foi inaugurado em 1967 e encerrou suas atividades em 2004. Dos 274 leitos à época do fechamento da instituição, 260 eram conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS – e destinavam-se a prestar atendimento às pessoas em sofrimento mental dos doze municípios que compõem a 3ª Regional de Saúde – PR. Em substituição ao modelo asilar representado pelo HPFR, em setembro de 2006 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial II – Transtorno Mental – CAPS II – TM, pautado na Lei Federal nº. 10.216, que preconiza ações voltadas para um modelo de tratamento psicossocial de inclusão sócio-familiar. Tornou-se necessário, a partir daí, que os atores sociais envolvidos diretamente em questões de doença e saúde mental - sobretudo familiares de pessoas em sofrimento mental e profissionais em saúde mental - repensassem a forma de atenção psiquiátrica. Nesta dissertação, trazemos resultados de pesquisa que visou identificar as representações sociais do sofrimento mental e tratamento elaboradas por 04 cuidadores de indivíduos que viveram a experiência da internação no HPFR, no período de 1979 a 1994, e que, hoje, a partir das novas políticas de atendimento em saúde mental, frequentam o CAPS. A pesquisa objetivou também investigar as representações sociais de três profissionais da equipe do CAPS e dois profissionais que vivenciaram no seu cotidiano os dois modelos terapêuticos. Os cuidadores e esses dois profissionais investigados são por nós considerados sujeitos sociais significativos, pois viveram com intensidade o modelo hospitalocêntrico e, nos últimos quatro anos, têm experimentado as transformações do tratamento sob a égide da Reforma Psiquiátrica. Mudanças e permanências em relação à representação social do fenômeno 'loucura' são identificadas no conteúdo das falas dos familiares e profissionais, com ênfase, no entanto, a certas rupturas trazidas pela Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Representação Social. Família.

ABSTRACT

This thesis has as its object of study the social representations that family caregivers and mental health professionals have of the mental suffering and of the models of psychiatric treatment in the municipality of Ponta Grossa, PR. Ponta Grossa was, for almost forty years, the host city of the Franco da Rocha Psychiatric Hospital (HPFR). It opened in 1967 and ended its activities in 2004. From the 274 beds at the time of the closing of its doors, 260 had an agreement with the **Sistema Único de Saúde – SUS** (a public health system), and were destined to patients in mental suffering who lived in the twelve municipalities that make up the **3ª Regional de Saúde – PR**. In order to replace the hospital-care model represented by the HPFR, in September 2006 the **Centro de Atenção Psicossocial II – Transtorno Mental – CAPS II – TM** was created, on the basis of the Federal Law no. 10.216, which prescribes the adoption of actions involving a psychosocial treatment model of socio-familial inclusion. From that time on, social actors directly involved in questions of mental illness and health – mainly family relatives of people in mental suffering and mental health professionals – have had to reconsider the model of psychiatric attention. In this thesis we present the results of a research whose aim was to identify the social representations of mental suffering and treatment by 04 caregivers who were in charge of individuals that lived the experience of internment in the HPFR, from 1979 to 1994, but now attend the CAPS, in view of the new policy of mental health support. The research also aimed at investigating the social representations of three professionals of the CAPS team and two mental health professionals who experienced the two therapeutic models in their everyday practice. We regard the caregivers and these two professionals as meaningful social subjects, for they intensely lived the hospital-centric model and, in the last four years, have experienced the changes under the aegis of the Psychiatric Reform. Changes and permanencies in relation to the social representation of the phenomenon called 'madness' are identified in the speech content of the family caregivers and professionals, which nevertheless emphasize certain ruptures brought about by the Psychiatric Reform.

Key words: Mental health. Psychiatric Reform. CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Social Representation. Family.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Ano e tipo de internação de Dirceu no HPFR, de 1986 a 2004.....	75
QUADRO 2 - Ano e tipo de internação de Nina no HPFR, de 1988 a 2002.....	76
QUADRO 3 - Ano e tipo de internação de Diva no HPFR, de 1993 a 2002.....	76
QUADRO 4 - Ano e tipo de internação de Davi no HPFR, de 1994 a 1999.....	77

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Desativação anual de leitos psiquiátricos no Brasil - 2002 a 2009.....	61
TABELA 2 - Número de CAPS implantados no Brasil - 2002 a 2009.....	61
TABELA 3 - Número de AIH pagas no Brasil, Paraná e Ponta Grossa - 2000 a 2009.....	67
TABELA 4 - População por municípios da 3ª Regional de Saúde - PR.	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASM - Ambulatório de Saúde Mental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CMS – Conselho Municipal de Saúde

COEP – Comissão de Ética em Pesquisa

HPFR – Hospital Franco da Rocha

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PSM – Pessoa em Sofrimento Mental

MLA – Movimento da Luta Antimanicomial

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

UEPG - Universidade Estadual de Ponta Grossa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
 CAPÍTULO I – APRESENTANDO AS HISTÓRIAS.....	27
1.1 APRESENTANDO AS HISTÓRIAS DE DIRCEU, NINA, DIVA E DAVI.....	27
1.1.1 A história de Dirceu: “Os muitos internamentos”.....	27
1.1.2 A história de Nina: “A atormentada pelo passado”.....	29
1.1.3 A história de Diva: “Resgate pela filha”.....	32
1.1.4 A história de Davi: “A doença que chegou cedo demais”.....	35
1.1.5 AS REPRESENTAÇÕES SOBRE A CAUSA DO SOFRIMENTO MENTAL.....	39
1.2 O OLHAR DOS PROFISSIONAIS.....	42
 CAPÍTULO II – O PROCESSO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS ATORES.....	48
2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	48
2.4 O HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA- 1978 a 1991.....	50
2.5 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA - 1992 a 2000.....	55
2.6 A REFORMA PSIQUIÁTRICA APÓS A LEI FEDERAL 10. 216 - 2001 a 2009....	58
2.7 OS ATORES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	62
2.8 A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO PARANÁ.....	65
2.9 A PSIQUIATRIA EM PONTA GROSSA.....	67
2.9.1 O início da psiquiatria em Ponta Grossa e a fundação do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha.....	70
2.9.2 O processo da Reforma Psiquiátrica no município de Ponta Grossa.....	79
 CAPÍTULO III – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O SOFRIMENTO MENTAL E OS MODELOS DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: O OLHAR DOS FAMILIARES-CUIDADORES E DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL.....	85
3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA-CUIDADORA E GÊNERO.....	87
3.2 A SOBRECARGA FAMILIAR.....	91

3.3 O FECHAMENTO DO HOSPITAL SOB A ÓTICA DAS CUIDADORAS.....	97
3.4 A DESCONSTRUÇÃO DA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	99
3.5 O SURGIMENTO DO CAPS II SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS E FAMILIARES-CUIDADORES.....	104
3.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM PONTA GROSSA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL...	110
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 114
 REFERÊNCIAS.....	 118
 APÊNDICE A - ROTEIROS DE ENTREVISTAS.....	 127
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	132
ANEXO A - LEI ESTADUAL Nº. 11.189 DE 09 DE NOVEMBRO DE 1995.....	134
ANEXO B - LEI FEDERAL Nº. 10.216 DE 06 DE ABRIL DE 2001.....	135
ANEXO C - ARTIGOS PERTINENTES DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO E DO CÓDIGO PENAL.....	136
ANEXO D - PORTARIA Nº. 336/GM/MS – 19 DE FEVEREIRO DE 2002.....	137
ANEXO E - PORTARIA SNAS 224/92.....	138
ANEXO F - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRANCO DA ROCHA.....	139
MODELOS DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA	
TCLE PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	
COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA	
COMUNICAÇÃO DE ALTA	
 ANEXO G - FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL – CAPS.....	 140
ANEXO H - NOTÍCIAS DE JORNAIS SOBRE O FECHAMENTO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRANCO DA ROCHA.....	141

INTRODUÇÃO

Como grande parte da minha experiência profissional se deu em saúde mental, trabalhando com pessoas em sofrimento mental e seus familiares, compartilhando meu dia a dia com os demais profissionais, elementos como os modelos de assistência psiquiátrica, a exclusão social, o preconceito, e a “cidadania interdita”¹ pela psiquiatria (TENÓRIO, 2002, p. 27) sempre me instigaram a reflexões, bem como a investigar toda a amplitude de significados e representações sociais que o termo *sofrimento mental* carrega. E a partir dessas reflexões, surgiu a ideia inicial deste trabalho.

A expressão “portador de transtorno mental” é comumente utilizada por vários autores da área da saúde mental, é termo corrente no texto da lei nº. 10.216, porém não será a adotada no texto deste trabalho.

De acordo com Duarte (1998, p. 13):

[...] a gama de ‘sofrimentos’ nomeáveis pela experiência humana é muito mais ampla que a sucessão de idéias pelas quais algumas culturas – e, em particular, a ocidental – os entendem como ‘doença’, ou seja, a ocorrência efetiva de uma ruptura física (o *disease* da antropologia médica norte-americana) ou o reconhecimento culturalmente sancionado de uma forma de evento ou situação disruptiva definida (a *illness*). As imprecisões e vicissitudes da categoria ‘doença mental’, criada para abarcar a maior parte das antigas formas de ‘loucura’ no Ocidente, bem demonstram as dificuldades de se estender a convenção fisicalista da ‘doença’ para as formas globais do ‘sofrimento’.

A expressão ‘pessoa em sofrimento mental’ - PSM - foi adotada nesta dissertação uma vez que, com base na citação acima, é possível dizer que o termo ‘sofrimento’ implica em refletir sobre algo mais amplo, “quer se o entenda no sentido ‘físico’[...] quer se o entenda no sentido ‘moral’” (DUARTE, 1998, p. 13).

A esse respeito, Dalmolin (2006, p. 62) assim se posiciona:

¹ “Cidadania interdita” – refere-se aos sujeitos tutelados pela psiquiatria, com restrição de direitos e deveres.

Compreendo, pois, a vivência de intenso sofrimento psíquico, chamada na psiquiatria de 'doença mental', como um processo que ocorre na vida da pessoa e que envolve o conjunto de elementos que a constituem (quer sejam de ordem individual, familiar, política, religiosa, econômica...), repercutindo na sua história pessoal, familiar e nas suas redes de relações, transcendendo, assim, os momentos pontuais que caracterizam uma situação mais específica da 'crise'.

E afirma ainda:

Essa experiência é uma 'condição humana' inerente à vida, geradora de sofrimento e que produz determinadas rupturas entre o mundo interno e o externo, o dentro e o fora, provocando um descompasso entre o que é vivido pela pessoa e o que se espera dela naquela cultura, naquele momento social. (DALMOLIN, 2006, p. 62).

Eu ainda atuava na área de saúde mental quando começou o movimento pela reforma psiquiátrica, e vivenciei em meu cotidiano profissional os dois modelos de tratamento: o hospitalar e o psicossocial, bem como as mudanças das expressões de *doente mental* e *doença mental* para, agora, *pessoa em sofrimento mental* e *saúde mental*.

Portanto, esta pesquisa teve origem nas inquietações e questionamentos decorrentes de minha experiência profissional de mais de dezessete anos na área da saúde mental, sendo dois anos como estagiária de serviço social e quatorze anos como assistente social no Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha (HPFR), de 1989 a 2004, e quase dois anos em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS - a.d.) de 2004 a 2006, ambos no município de Ponta Grossa – PR.

Na graduação em Serviço Social² e na especialização³, meus sujeitos pesquisados foram as pessoas em sofrimento mental; nesta pesquisa, porém, opto por trabalhar com outros sujeitos, que também fazem parte do universo da saúde mental.

Por isso, este trabalho tem como objetivo identificar e realizar uma análise sobre as representações sociais do sofrimento mental e suas formas de tratamento. Essa análise será feita sobre o olhar que os familiares têm de seus entes adoecidos mentalmente, as formas de tratamento, sobre como os profissionais da área de saúde veem as pessoas em sofrimento mental (PSM) e também sobre os modelos de tratamento psiquiátrico e questões referentes à realidade social do processo da

² Monografia intitulada: "A discriminação ao Doente Mental e o processo de reinserção social" - 1992 - UEPG - PR.

³ Monografia intitulada: "Mito Familiar" - 1997- Klein do Valle- Curitiba - PR.

Reforma Psiquiátrica no município de Ponta Grossa. As pessoas em sofrimento mental, além de fazerem parte do cotidiano de seus familiares, fazem parte da vida profissional dos trabalhadores da área de saúde mental.

Ainda na fase do projeto da dissertação, foi colocado como problema de pesquisa se essas representações sociais poderiam influenciar os cuidadores em relação à busca, ou por internamento ou por tratamento no CAPS II, e as representações sociais dos profissionais acerca das novas políticas de atendimento à pessoa em sofrimento mental.

Vale a pena lembrar que Ponta Grossa foi, durante quase quarenta anos, município sede de um hospital psiquiátrico, atendendo pessoas em sofrimento mental não apenas do município, mas também de outros municípios que compõem a 3ª Regional de Saúde - PR. O HPFR encerrou suas atividades em novembro de 2004.

Desde setembro de 1967, O HPFR era referência no que se refere ao tratamento de sofrimento mental. Era um hospital pautado no modelo que imperava havia duzentos anos na história do tratamento da “loucura”. Para muitos familiares de PSMs a hospitalização era, então, a única coisa a ser feita, “o local apropriado para o louco era o hospício”, de acordo com o “discurso competente” da psiquiatria que imperava. Já para outros familiares, a representação social ancorada e objetivada sobre o tratamento e a instituição psiquiátrica produzia imagens as mais assustadoras possíveis.

Assim sendo, as PSMs e seus familiares viveram com intensidade o modelo hospitalocêntrico e, nestes últimos quatro anos, experimentaram as transformações do tratamento sob a égide da Reforma Psiquiátrica.

O trabalho aqui apresentado é uma pesquisa documental e de campo, envolvendo quatro familiares cuidadores de pessoas em sofrimento mental que viveram a experiência da internação no HPFR de 1979 a 1994, e que hoje, a partir das novas políticas de atendimento em saúde mental, frequentam o CAPS II – TM⁴. A pesquisa também envolve cinco profissionais da saúde mental que estão imersos no cotidiano profissional pautado nas novas políticas de atendimento decorrentes da Reforma Psiquiátrica no município de Ponta Grossa, sendo que, dos cinco, dois

⁴ CAPS II - TM - Centro de Atenção Psicossocial II - Transtorno Mental. Serviço capacitado para realizar atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Ver anexo D, página 110.

vivenciaram profissionalmente os dois modelos de tratamento. Quanto aos procedimentos da pesquisa de campo, foram realizadas coletas no CAPS II e entrevistas nas casas dos familiares cuidadores. Severino (2007, p. 123) afirma que:

Na pesquisa de campo, o objeto/fonte é abordado em seu meio ambiente próprio. A coleta de dados é feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador. Abrange desde os levantamentos (surveys), que são mais descritivos, até estudos mais analíticos.

Em relação à pesquisa documental, Richardson (1999, p. 230) a define como “uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados”. Ele continua, afirmando que “a observação que tem como objeto não só os fenômenos sociais, quando e como se produzem, mas as manifestações que registram estes fenômenos e as idéias a partir deles”.

Ao estudarmos ou analisarmos os registros sobre os fenômenos, observamos aspectos importantes que nos auxiliam no desvelamento do objeto. No caso específico desta pesquisa, ela irá envolver também o estudo de documentos (prontuários clínicos) do antigo Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha.

Busquei situar-me em relação à compreensão da pesquisa de campo e da documental utilizando vários autores de diferentes áreas de conhecimento, da história, sociologia, serviço social e psicologia. Também consultei autores que tratam de políticas públicas (saúde, saúde mental), movimentos sociais, cidadania e sociedade.

Na história da humanidade, o fenômeno “loucura” aparece nas mais diferentes sociedades. O “louco” era visto e tratado de maneiras distintas em cada sociedade, dependendo da fase histórica, econômica, política ou social na qual estava inserido.

Há referências históricas sobre períodos em que os “loucos” eram simplesmente deixados livres, vagando pelo mundo, imersos em suas paixões. Porém, também há relatos de reclusão. Michel Foucault cita a muito comentada “nau dos loucos”, em seu livro *História da loucura na idade clássica*, na qual relata que em toda a Europa os “loucos” eram confiados a barqueiros, a uma existência errática, simplesmente vagando pelos rios. “Confiar o louco aos marinheiros é com

certeza evitar que ele fique vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida.” (FOUCAULT, 2009, p. 11-12). Ainda segundo o autor

[...] a *narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. [...] Frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos. (FOUCAULT, 2009, p. 9).

Há mais de duzentos anos, Pinel, no século XVIII, iniciou a busca de um novo entendimento e tratamento⁵ para os doentes mentais. Conforme Medeiros (2005, p. 78) “O internamento tornava-se, dessa forma, uma medida de caráter médico, o que garantia a sua legalidade. O isolamento e o tratamento moral constituíam os principais elementos terapêuticos do movimento alienista inaugurado por Pinel.” A reclusão só era aceita socialmente como procedimento para o tratamento da “loucura”, pois afastava os “loucos” de um mundo externo perturbador. E acreditava-se na possibilidade de cura através do tratamento adequado, sendo para isso, realizado em um local, um espaço próprio: a instituição psiquiátrica (MEDEIROS, 2005).

Dessa forma, a exclusão social do “louco” pela sociedade, por meio da internação psiquiátrica, conferia-lhe uma mudança de estatuto, de “louco” para “doente mental” (ROSA, 2008 p. 39). Assim, outras relações se construía entre o “doente mental” e sua família, relações essas associadas aos saberes que foram se constituindo ao longo da história em relação ao tratamento da doença mental e de suas representações.

Para o entendimento da historicidade fez-se necessária a exploração da literatura já existente sobre a “loucura” e a Reforma Psiquiátrica. Foram consultados autores como Michel Foucault, Erving Goffman, Franco Basaglia, Paulo Amarante, Roberto Machado, dentre outros. Muito já foi produzido sobre o tema, portanto, opto por apenas pontuar alguns aspectos por mim considerados importantes.

⁵ Com o trabalho de Pinel, na França, a psiquiatria se estabelece como primeira especialidade médica, ganhando reconhecimento em sua competência para intervir nas questões sociais postas pela loucura (ROSA, 2008, p. 48).

Após a Segunda Guerra Mundial⁶, ocorreram alterações nos saberes e nas práticas de intervenção na psiquiatria, que pretendiam modificar as relações entre a sociedade e a doença mental. Aos poucos ocorreu uma mudança no paradigma da doença mental, que foi cedendo espaço para um novo paradigma – o da saúde mental. Surgiu a psiquiatria social, uma extensão da psiquiatria ao espaço público, à comunidade.

No início da década de 1960, em outros países, houve várias rupturas em relação ao “saber” e ao “fazer” da psiquiatria. No Brasil, as mudanças emergiram sob forte influência do modelo Basagliano⁷; os serviços de saúde mental de base comunitária ganharam ênfase, culminando em reformas na psiquiatria, com a criação de novas políticas públicas de saúde mental e reformas na lei de atendimento aos “doentes mentais”.

Tenório (2002) afirma que a noção de saúde mental está associada à boa adaptação ao grupo social; tem como referência a base social e cultural, e não apenas a base biológica. Não é uma questão de curar o indivíduo e sim de adaptá-lo a um grupo, ou seja, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais.

O termo “representação” é polissêmico, geralmente indica algo que se insere entre um sujeito e um objeto. É uma das muitas palavras, símbolos e imagens resultantes das atividades e interações humanas. Podemos considerá-lo como sistema teórico, que teve como seu principal disseminador Moscovici, porém o verdadeiro criador do conceito é Durkheim. Outros autores, como Jodelet e Spink, possuem trabalhos significativos que enfocam a representação social e que serão utilizados nesta dissertação.

Para Moscovici (1978, p. 27),

[...] uma representação fala tanto quanto mostra, comunica tanto quanto exprime. No final das contas, ela produz e determina comportamentos, pois define simultaneamente a natureza dos estímulos que nos cercam e nos provocam, e o significado das respostas a dar-lhes. Em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem

⁶ Segundo Rosa (2008), devido a situações decorrentes de guerra, há uma exigência de recuperação das pessoas, em especial dos soldados, portanto, faz-se necessária uma mudança no paradigma da doença mental.

⁷ O movimento atual da reforma psiquiátrica no Brasil tem como base duas referências anteriores, que foram de certa forma superadas, mas que têm uma relação com o que aconteceu depois. São elas: o modelo das comunidades terapêuticas e o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva (TENÓRIO, 2002). Mas não irei discorrer sobre as demais, visto que o Brasil foi mais impactado pelo modelo Basagliano de desinstitucionalização.

por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos.

Convém ressaltar que existem diferenças entre a representação social de Moscovici e a de Durkheim. Elas diferem principalmente porque, para Moscovici, as representações coletivas são suplantadas pelas sociais, sendo decorrentes do seu conteúdo social e do processo de constante renovação. Já para Durkheim, as representações coletivas expressam a realidade de uma determinada sociedade.

Dito de outra forma, segundo Ferreira e Brum (2000, p. 5):

Existem diferenças teórico-conceituais entre as concepções de Representações Coletivas de Durkheim e as Representações Sociais de Moscovici. Entre outros aspectos, há uma diferença contextual, histórica e social muito grande no período em que cada um desenvolveu suas idéias. O primeiro não acreditava em qualquer explicação psicológica dos fatos sociais e desenvolveu sua teoria baseado nas relações das sociedades primitivas do início do século XX. O segundo tinha como objetivo estabelecer uma psicossociologia do conhecimento e baseou-se na heterogeneidade da sociedade contemporânea a partir da década de 50.

Para Jodelet (2001, p. 22), a representação social “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Spink (1993, p. 300) assim se refere a Jodelet:

As representações sociais, segundo definição clássica apresentada por Jodelet (1985), são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São, conseqüentemente, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias, teorias, mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação. Deste modo, as representações são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção.

Autoras como Herzlich e Pierret (citadas por Silveira e Nascimento, 2004, p. 22), que também desenvolvem estudos sobre a representação social da doença, partem do princípio “de que o indivíduo doente, em toda parte e em cada época, é doente aos olhos da sociedade, em função dela e segundo as modalidades por ela

fixadas”.

Particularmente, ao investigar as representações sociais, optei pela visão dialética, pois considero que ela nos dá a oportunidade de vislumbrar o processo da pesquisa quantitativa e qualitativa de uma forma abrangente, necessária à compreensão do problema a ser investigado. Conforme Faleiros (1986, p.1), “a visão dialética considera o processo, não o fato isolado, busca a totalidade, a multilateralidade, a síntese das múltiplas determinações”.

Para Minayo (2003, p. 24), a abordagem dialética:

[...] se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. A dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos.

Assim, os dados numéricos da pesquisa quantitativa nos instrumentalizam, fortalecendo argumentos, enquanto a pesquisa qualitativa incorpora significados e características apresentadas pelos sujeitos. As duas modalidades de pesquisa, combinadas no processo de estudo, tornam a pesquisa mais completa, pois enquanto a qualitativa investiga a subjetividade, a quantitativa demonstra os dados numéricos, validando a investigação. “O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”. (MINAYO, 2003 p. 22).

Em relação aos dados numéricos, utilizei como fonte o sistema DATASUS⁸, do Ministério da Saúde, em cuja base de dados estão postados os números de internações psiquiátricas do Paraná e de Ponta Grossa, de 2000 a 2009. Pode-se, assim, observar o ano anterior à promulgação da Lei Federal 10.216 e os anos seguintes, verificando como o estado e o município foram reagindo às determinações da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Para o estudo documental coletei documentos (prontuários e fichas), “núcleos de informações consistentes” (BERTOLLI FILHO, 1996, p.173), que contêm as histórias das quatro pessoas em sofrimento mental analisadas nesta dissertação. Solicitei autorização do proprietário e antigo Diretor Clínico do HPFR para adentrar

⁸ O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

o arquivo morto da instituição, que se encontra em um anexo do desativado hospital, e de imediato consegui a liberação.

Os modelos de prontuários⁹ de 1999 a 2004 contêm as seguintes informações¹⁰:

- Logotipo do S/A. Hospital Psiquiátrico “Franco da Rocha”;
- Registro (número do prontuário) e categoria (SUS, convênio, particular);
- Nome, data de nascimento, naturalidade, nacionalidade, profissão, sexo, cor, religião, estado civil, filiação, residência, internado por, grau de parentesco, entrada, saída, retornos, número de internamentos, diagnóstico inicial, diagnóstico final, ala e médico;
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, pulso, peso;
- Anamnese inicial, súmula psicopatológica;
- Internamento: voluntário, involuntário, compulsório;
- Medicamentos de que faz uso (psiquiátricos e clínicos);
- Doenças clínicas concomitantes;
- Avaliação inicial da clínica médica;
- Evolução clínica, nas quais médicos(as), enfermeiros(as), psicólogos(as), assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, professores(as) de educação física e psicopedagoga relatam a evolução do paciente durante o internamento.

As fichas mais recentes contêm:

- S/A Hospital Psiquiátrico “Franco da Rocha”;
- Número de registro;
- Nome, data de nascimento, estado civil, profissão, religião, sexo, cor, nacionalidade, naturalidade, filiação, residência, responsável, endereço, fone para aviso, a quem pertence o telefone, cidade, e falar com Sr.;
- Categoria;¹¹

⁹ O modelo do prontuário encontra-se nos anexos.

¹⁰ No prontuário mais antigo de Dirceu (12/06/1986) o modelo é diferente: não tem o logotipo do hospital; o cabeçalho com os dados pessoais é o mesmo, consta somente diagnóstico provável, exame de entrada e observações. A evolução clínica é observada e anotada pelo médico. Não há observações de outros profissionais. Somente no prontuário de Dirceu datado de 23/10/1988 constam observações dos outros profissionais.

¹¹ Na ficha de Dirceu, na qual constam internamentos de 1983 a 1989, na categoria consta: INAMPS; FUNRURAL; PARTICULAR, SESB (convênio com a Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social – eram 25 leitos conveniados); PA (Pronto Atendimento - pacientes que não tinham convênio); outros.

- Internamento, alta, diagnóstico e médico;
- Fotos.¹²

Na trajetória desta pesquisa também contei com coletas no CAPS II, onde colhi, com os profissionais, informações necessárias para a seleção final da amostra dos sujeitos significativos a serem investigados. Em relação aos sujeitos de uma amostragem, Minayo (2003, p 43) assim os define:

A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é “quais **indivíduos sociais** têm vinculação mais **significativa** para o problema a ser investigado?” A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.¹³

Os sujeitos sociais da amostra são significativos para a pesquisa porque, além de atenderem os critérios estabelecidos, o tempo de internamento e o tempo de atendimento no CAPS II habilitam a família a ser depoente sobre os dois modelos de tratamento, o anterior e o atual. Quanto aos profissionais, eles tornam-se significativos devido à experiência profissional cotidiana, dois profissionais por terem vivido os dois modelos e os demais por experimentarem o novo modelo, vivendo sob a égide da reforma psiquiátrica no município.

Antes de recorrer ao CAPS, porém, foi necessário obter autorização por escrito da gerente de saúde mental do município, que prontamente me atendeu, após inteirar-se do objetivo da pesquisa e de que esta estava sendo submetida à Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG.

Saliento que a presente pesquisa foi submetida, ainda em sua fase inicial de projeto, à apreciação da COEP da UEPG, e obteve aprovação – Parecer nº. 79/2009, em 30 de novembro de 2009. Após a obtenção da aprovação da COEP, a gerente de saúde mental marcou uma reunião com todos os profissionais do CAPS II, na qual tive a oportunidade de apresentar o objetivo da pesquisa.

Em relação aos profissionais, consideramos como sujeitos significativos um assistente social que vive em seu cotidiano profissional o modelo do CAPS e que

¹² Nas fichas de Dirceu há três fotos de períodos diferentes (na primeira não consta data, a segunda é de 1999 e a terceira de 2004); na ficha de Nina há somente uma foto (sem data); Diva tem duas fotos (uma sem data e outra de 2002) e Davi tem uma foto de 1999.

¹³ Grifo meu.

viveu o modelo hospitalocêntrico no HPFR e um psicólogo com experiência profissional no HPFR, e que participou, na Prefeitura Municipal, do início do processo da Reforma Psiquiátrica no município e esteve presente durante a fase inicial da implantação do serviço do CAPS, mas que hoje não está mais atuando nesse serviço.

Como critério para selecionar os demais sujeitos significativos da equipe do CAPS II, utilizei a portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece a equipe técnica mínima de um CAPS II¹⁴. Portanto, além da assistente social, foram selecionados mais três profissionais, uma enfermeira, uma psicóloga e uma médica, que não viveram a experiência profissional no HPFR, mas que fazem parte da equipe prevista pela portaria e que atuam no CAPS II desde 2009.

O roteiro de entrevista da assistente social e do psicólogo foi diferente dos demais roteiros, visto que um dos sujeitos teve a experiência profissional em dois modelos e o outro, além dessa experiência profissional, esteve junto à Prefeitura durante o início do processo da Reforma Psiquiátrica no município.

Para chegar à seleção dos familiares, iniciei pela triagem dos usuários do CAPS que o frequentavam nas modalidades intensiva (todos os dias) ou semi-intensiva (três vezes na semana) e eram egressos de internações no HPFR.

Inicialmente, eu dispunha de uma lista fornecida pela assistente social, com os números telefônicos, os nomes dos familiares cuidadores e os nomes de dezessete usuários do CAPS II que eram egressos de internamentos no HPFR. A partir dessa lista precisei buscar maiores informações no arquivo morto do HPFR, tais como o número de internações e a data do primeiro internamento.

O arquivo morto do HPFR está instalado no antigo depósito de alimentos do hospital. Os prontuários estão acondicionados em pastas de cor rosa. Cada paciente dispõe de uma pasta. As pastas encontram-se guardadas em armários de metal ou em caixas de papelão tipo arquivo. As fichas de identificação, que foram detalhadas acima, encontram-se em um fichário de metal. O local encontra-se empoeirado, mas organizado, sendo fácil encontrar os prontuários dos sujeitos da pesquisa.

Alguns prontuários foram digitados, em uma tentativa de melhoria, e esses prontuários transcritos foram incinerados. Mas o arquivo no qual foram salvos esses

¹⁴ A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II será composta por: 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 04 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. A portaria, na íntegra, encontra-se em anexo.

prontuários foi corrompido, portanto, não é possível acessar os históricos médicos de vários pacientes.

Uma antiga funcionária do HPFR atualmente está digitalizando (no scanner) os prontuários. Em minhas inúmeras incursões no arquivo morto para pesquisa nos prontuários ela me relatou que o antigo diretor tentou fazer a doação desses documentos para um arquivo público, porém não houve uma devolutiva positiva.

Dos dezessete sujeitos egressos do HPFR foram selecionados cinco, de acordo com os seguintes critérios:

a) pacientes que estiveram internados no recorte temporal compreendido entre 1979 e 1994 – período anterior à Lei Estadual nº. 11.189¹⁵ e distante da Lei Federal nº. 10.216¹⁶;

b) egressos de internamentos psiquiátricos do HPFR e que frequentam o CAPS II – TM nas modalidades intensiva e semi-intensiva;

c) pacientes com longos períodos de internação, ou com constantes reinternações (breve período de intervalo entre a saída do hospital e o novo internamento).

Tendo selecionado essas cinco pessoas em sofrimento mental, cheguei aos cinco familiares-cuidadores. Novamente foi necessário buscar um retorno no arquivo morto do HPFR para a captura, nas anotações de evolução clínica, de informações relevantes sobre as cinco pessoas em sofrimento mental, para compor suas histórias de internações psiquiátricas.

Após a coleta desses dados, foram agendadas as entrevistas semiestruturadas. Os sujeitos (familiares-cuidadores) desta pesquisa consentiram livremente em serem visitados e entrevistados em seus domicílios, e os profissionais foram entrevistados em seu local de trabalho. Tanto familiares como profissionais foram informados sobre os objetivos, finalidade e sigilo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em cumprimento à Resolução 196/96.

Optei por realizar a entrevista semiestruturada porque, segundo Trivínos (1987, p. 146), é “aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em

¹⁵ Lei Estadual nº. 11.189, de 09 de novembro de 1995, de autoria de Deputado Florisvaldo Fier, conhecido como “Dr. Rosinha”, prevê “a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada de vários serviços assistenciais de atenção sanitária e social”. Texto na íntegra consta em anexo.

¹⁶ Lei da Reforma Psiquiátrica, aprovada em 06 de abril de 2001, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, Lei Federal nº. 10.216, de 06 de abril de 2001). Texto em anexo.

teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante.”

Para o registro dos dados coletados, as falas dos sujeitos sociais foram gravadas em suporte digital. Em um primeiro momento foram transcritas da forma mais fidedigna possível; em um segundo, foram realizadas algumas pequenas correções de português que não interferem no conteúdo do discurso e da narrativa e também foram retiradas algumas palavras, como “né”, “tá” e “sabe”. Nesse momento, iniciei a articulação entre o material da pesquisa bibliográfica e os dados coletados, bem como o reconhecimento das categorias que emergiram, categorias estas das quais irei falar na sequência.

Quanto ao instrumento de análise, utilizei a análise de conteúdo que, conforme Bardin (2009, p.33), é “um conjunto de técnicas de análise através das comunicações”. Ainda, para o autor supracitado (2009, p. 32)

A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objectivo pretendidos tem de ser reinventada a cada momento, excepto para usos simples e generalizados, como é o caso do escrutínio próximo da descodificação e de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas.

Ou seja, a partir de uma amostra de mensagens particulares foram construídos os indicadores para a análise de conteúdo, compreendendo-se o sentido da comunicação de uma entrevista não diretiva.

As entrevistas com os familiares e com os profissionais foram realizadas entre meados de fevereiro e a primeira quinzena de março de 2010. Foram gravadas em um suporte digital e posteriormente transcritas.

Pela ordem cronológica da pesquisa, a primeira entrevista com um familiar-cuidador foi realizada com uma filha de 19 anos, solteira, cuja mãe de 48 anos esteve internada pela primeira vez em 1993, sendo internada por mais três vezes, somando um total de quatro internações.

A segunda entrevista foi realizada com uma mãe de 71 anos, viúva, cuja filha de 50 anos esteve internada pela primeira vez em 1988, somando sete internações psiquiátricas.

A terceira entrevistada foi com uma cunhada de 44 anos, casada, cujo familiar de 49 anos esteve internado pela primeira vez em 1979, tendo sido internado por 67 vezes!

A quarta cuidadora foi uma mãe de 70 anos, viúva, cujo filho de 34 anos teve seu primeiro internamento em 1994, perfazendo dez internamentos no total.

Quanto ao meu quinto sujeito selecionado, esse, por estar em uma fase persecutória de sua doença, recusou-se a me deixar conversar com sua mãe para convidá-la para uma entrevista. Assim, não foi possível realizar essa entrevista. Além disso, no início de abril/10, a enfermeira do CAPS II informou que o referido paciente não faz mais tratamento ali. Portanto, como um dos critérios para ser considerado sujeito desta pesquisa é a frequência ao CAPS, esse sujeito teve que ser desconsiderado.

Em relação às entrevistas com os profissionais, elas ocorreram em uma sala nas dependências do CAPS II, por opção deles. Era uma sexta-feira de manhã, dia e manhã em que o CAPS não realiza suas atividades com os usuários devido à reunião de equipe. Previamente, já haviam sido avisados sobre a entrevista e, de maneira informal e voluntária, vieram sentar-se comigo, um por um, para gravar a entrevista.

A primeira entrevistada foi a assistente social que, como já citei anteriormente, havia trabalhado no HPFR e que atualmente faz parte da equipe do CAPS. Como já nos conhecíamos, pois tínhamos convivido profissionalmente por muitos anos, a conversa longa fluiu de maneira agradável e natural.

A psicóloga foi a segunda a ser entrevistada; ela leu as perguntas, pediu alguns segundos para elaborar mentalmente as respostas e logo seguimos gravando a entrevista. Na sequência, a médica, após tomar conhecimento do teor das perguntas forneceu uma breve entrevista, e a última a ser entrevistada foi a enfermeira, que é a coordenadora do CAPS. Como já tínhamos conversado várias vezes por telefone, a entrevista transcorreu naturalmente.

Somente uma das entrevistas, a do psicólogo que teve a experiência profissional em dois modelos e esteve junto à prefeitura durante o início do processo da Reforma Psiquiátrica no município, foi enviada por e-mail¹⁷.

¹⁷ A entrevista foi enviada por e-mail porque o profissional assim preferiu.

Em relação à pesquisa, a exposição que se segue divide-se em três capítulos. Início o primeiro capítulo trazendo as histórias das quatro familiares cuidadoras, pois considero que nos auxiliarão a compreender os processos que constituem e organizam os demais capítulos. Conforme o transcorrer do trabalho, vou pontuando as categorias. A apresentação das histórias, os fatos que antecederam ou causaram o internamento (no entender das cuidadoras), levaram-me a pontuar, como primeira categoria, a visão organicista e a popular/leiga da doença. Para Triviños:

[...] as categorias não constituem um número definido. Aparecem novas categorias em razão das atividades que desenvolve o homem atuando sobre a natureza e a sociedade, em seu afã de conhecer e transformá-los. O conteúdo mesmo das categorias muda e se enriquece com os progressos do conhecimento. (TRIVIÑOS, 1987, p. 55 – 56).

Após a análise das visões organicista e popular da doença, no segundo capítulo vou tecendo as histórias dos sujeitos juntamente com o histórico, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, contextualizando os momentos de internação com a conjuntura brasileira na qual os sujeitos estavam imersos, sendo, de certa forma, afetados pelas questões sociais da época. Realizo uma aproximação entre os atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a assistência psiquiátrica no Paraná, para então resgatar o processo histórico do S/A Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha e o início do processo da Reforma Psiquiátrica no município de Ponta Grossa.

No terceiro capítulo, analiso os olhares das cuidadoras e dos profissionais sobre os modelos de tratamento psiquiátrico em Ponta Grossa, o fechamento do hospital, o hiato temporal até a abertura do CAPS II, o surgimento do CAPS II e, finalmente, teço considerações sobre a reforma psiquiátrica no município, sob a ótica dos profissionais de saúde mental. Nesse segundo capítulo, pontuo a categoria de gênero e a sobrecarga familiar.

Nas considerações finais, resgato alguns tópicos relacionados com o percurso da pesquisa, salientando como se processa a reforma psiquiátrica em Ponta Grossa para os profissionais e familiares-cuidadores, e retomo brevemente alguns aspectos sobre o HPFR e o CAPS II, entrelaçados com meus sujeitos de pesquisa.

Vale lembrar que a realidade pesquisada não é estanque, nem acabada, pois

[...] mediante um trabalho de construção desta natureza - que se não faz de uma só vez, mas por uma série de aproximações - constroem-se, pouco a pouco, espaços sociais os quais - embora só se ofereçam em forma de relações objectivas muito abstractas e se não possa tocá-los nem apontá-los a dedo - são o que constitui toda a realidade do mundo social (BOURDIEU, 2010, P. 29 - 30).

Assim como as representações sociais, que conforme Moscovici (2003) têm um carácter móvel e circulante, possuem estruturas dinâmicas, operando em um conjunto de relações e de comportamentos que surgem e desaparecem. Portanto, tentei me aproximar o máximo da realidade vivenciada pelos sujeitos significativos, avançando no conhecimento que já existia.

Em tempo, convém ressaltar que existem algumas pesquisas, que foram por mim consultadas, sobre o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha¹⁸.

No que se refere à minha pesquisa, pretendo contribuir modestamente ao analisar as representações sociais sobre a doença e os modelos de tratamento, sob o olhar dos familiares cuidadores de egressos do HPFR e dos profissionais da saúde mental, trazendo mais um aspecto sobre as pessoas em sofrimento mental que viveram o modelo hospitalocêntrico do HPFR e que atualmente se utilizam do serviço do CAPS II.

¹⁸ Lara Simone Messias Floriano, em sua dissertação de mestrado em Enfermagem discutiu os “Enfrentamentos da Família Decorrentes da Convivência com o Idoso Egresso de Hospital Psiquiátrico” - UFSC - 2008; Maria Geny Kasper, em sua monografia de especialização do curso de Saúde Coletiva analisa “A Reforma Psiquiátrica no Município de Ponta Grossa - PR e seu Processo de Construção” - UEPG - 2003; Kelly Cristine Lendzion, em sua monografia de conclusão de Bacharelado em História, cujo título é “Vozes Dissonantes: a Reforma Psiquiátrica em Ponta Grossa (2004 - 2005)”, analisa as notícias da imprensa e seus posicionamentos controversos - UEPG - 2007; Izis Borck, em sua monografia de especialização em História e Cultura, cujo título é “Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha: 35 anos de História”, como o próprio título sugere, apresenta a história do hospital - UEPG - 2003.

CAPÍTULO I

APRESENTANDO AS HISTÓRIAS

Neste capítulo, apresento as histórias do início da doença das pessoas com sofrimento mental (PSM), conforme os depoimentos das famílias-cuidadoras e dados colhidos em prontuários clínicos. Analiso a concepção de doença organicista e biológica, atrelada à visão popular, a concepção individual de cada familiar e a representação social dos profissionais sobre o sofrimento mental em dois momentos: o anterior à formação acadêmica e após a formação acadêmica.

Procuro também entrelaçar a história dos portadores de transtorno mental com a do processo da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

1 APRESENTANDO AS HISTÓRIAS DE DIRCEU, NINA, DIVA E DAVI

1.1.1 A história de Dirceu¹⁹: “Os muitos internamentos”

Para nos aproximarmos da história de Dirceu, sua cuidadora principal, que se dispôs a narrar alguns eventos, foi a cunhada de 44 anos, casada, com ensino fundamental, cujo familiar de 49 anos esteve internado pela primeira vez em 1979, tendo sido internado por 67 vezes! Fui acolhida com beijos e abraços no portão da casa própria, em alvenaria, de núcleo habitacional, sendo convidada para entrar, sentar-me na sala de estar e aguardar um pouco, pois ela gostaria de terminar de assistir ao último capítulo da novela: “Alma gêmea”. E lá fiquei aguardando, até o final da novela, para partimos para uma longa entrevista.

Essa senhora simpática, comunicativa, desembaraçada, mãe de um filho de 5 anos, trabalha alguns dias por semana como zeladora. Informa que a renda familiar é de quase três salários mínimos²⁰. Ela é casada com o irmão mais velho de Dirceu. Esse irmão começou a acompanhar os internamentos e visitas no HPFR, quando a mãe de Dirceu, já idosa, viúva desde 1977, não conseguia mais fazer essas coisas

¹⁹ Os nomes foram trocados por nomes fictícios para garantir o sigilo.

²⁰ Cito escolaridade e renda familiar para contextualizar esses sujeitos, mas sem pretensão de explorar esses dados.

sozinha. Então, quando a mãe faleceu, a cunhada tornou-se cuidadora como se fosse um fato natural, visto que, de maneira informal, ela e o marido já estavam cuidando de Dirceu.

Antes de iniciar a trajetória de Dirceu no HPFR, devo informar que devido a uma tentativa de modernizar os prontuários, os primeiros registros de internamentos desse paciente não existem mais no arquivo do hospital. O que foi digitado em um computador não pode ser acessado, pois os arquivos de Dirceu e de outros tantos estão com problemas e não se consegue abri-los.

Dirceu é solteiro, católico, caucasiano, cabelos e olhos castanho-escuros. Em suas três fichas do HPFR, na primeira consta como profissão “servente”, nas demais, “sem profissão”. Ao perguntar à cunhada sobre a profissão de Dirceu, ela me respondeu que “*ele não trabalha, é aposentado por invalidez*”. Concluiu o ensino médio. Frequenta o CAPS II todos os dias, desde setembro de 2006.

A ficha do HPFR contém quatro fotos, três em preto e branco, sem data, e a última datada e colorida, sendo duas iguais, provavelmente dos primeiros internamentos, pois vemos um rosto jovem, de cabelos cacheados e rebeldes, sem barba. Em outra foto, datada de 11/02/99, vemos Dirceu com 31 anos, porém aparentando mais. O cabelo já não tem mais os cachos, está cortado curto; está com bigode e barba por fazer. Percebe-se que está emagrecido. Em sua última foto, de 13/05/2004, tanto seu cabelo curto, como sua barba por fazer já estão começando a ficar grisalhos, percebe-se com clareza várias linhas de expressão em sua testa e entre as sobrancelhas. Essa foto foi tirada em seu último internamento, quando iria completar 43 anos. Tem como diagnóstico: esquizofrenia²¹.

Dirceu foi hospitalizado pela primeira vez em 1983, quando tinha 22 anos de idade, sendo internado por mais sessenta e seis vezes no HPFR. A cunhada entrevistada, ao ser questionada sobre o motivo do primeiro internamento, relatou que o fato ocorreu por Dirceu ter sofrido uma queda de um pinheiro, aos 17 anos de idade.

Começou a doença quando ele tinha 17 anos. Ele já tinha feito todos os estudos dele, ele só não fez vestibular. Ele trabalhava já fazia seis meses nas Casas Pernambucanas. E ele e o filho do meu marido, não sei em que lugar, acho que era na casa, na Rua Bahia, que eles moravam, bom, tinha um pinheiro, daí diz que o meu cunhado (Dirceu) estava lá com o sobrinho dele, estavam brincando numa árvore de pinheiro. Diz que meu cunhado falou para o sobrinho, que estava em um galho abaixo dele, que conseguia pular de um

²¹ Não pretendo trabalhar a patologia por não ser meu objetivo, visto que analiso a representação social da ‘doença mental’.

galho para o outro, abaixo dele. Diz que o sobrinho duvidou, e ele foi tentar, só que na hora que ele tentou, em vez dele conseguir se agarrar no outro galho, ele caiu, ele caiu de cabeça no chão. E ele logo que caiu, desmaiou. Meu marido conta que foi dessa queda em diante que ele começou a ter reações diversas, diferente. A mãe dele levou no médico, e ele falou que era caso psiquiátrico. Então ele começou a frequentar o Franco. Essa é a história que meu marido conta, que foi essa a causa de ele ter esquizofrenia, que é o nome da doença dele. Então, é só essa a causa.

Os prontuários que ainda existem relatam a evolução psiquiátrica de Dirceu somente a partir de fevereiro de 1986, quando ele já havia passado por trinta e dois internamentos. Percebe-se, ao observar os registros, que na maioria das vezes Dirceu permanecia internado por um a dois meses, geralmente saindo sem alta médica, pois sua mãe o retirava constantemente sem concluir o tratamento.

Dirceu, então, permanecia em casa durante um, dois, três meses e era internado novamente. E a mãe novamente o retirava do hospital sem alta médica. Esse ciclo de internações e saídas permanece até abril de 1989. Um médico que revisou os prontuários observa que nos últimos doze internamentos, em dois ele saiu com alta, um foi motivado por fuga e nove vezes ele foi retirado pela mãe, sem autorização médica. A partir desse internamento, em abril de 1989, a mãe começou a aguardar a alta médica.

Ainda, pelos prontuários, temos relatos de internações conduzidas pela mãe até novembro de 1995. Após o falecimento da mãe, Dirceu foi morar na casa do irmão e da cunhada, e esta assumiu-se como cuidadora principal até hoje.

1.1. 2 A história de Nina: “A atormentada pelo passado”

Para iniciarmos a trajetória de Nina na saúde mental, quem nos contou sua história foi sua mãe de 71 anos, viúva, pensionista²², com ensino fundamental, cuja filha de 50 anos esteve internada pela primeira vez em 1988, somando sete internações psiquiátricas. Fui recepcionada no portão da casa própria, de alvenaria, pela mãe sorridente, que me acolheu com beijos e abraços, dizendo estar com saudades. O mesmo aconteceu com a filha. Atravessamos o jardim da frente, com flores e plantas e dois poodles brancos pulando e latindo ao nosso redor. Nina

²² Recebe um salário mínimo por mês.

acolheu em seus braços um gato branco e preto e, pedindo licença, recolheu-se ao seu quarto para que eu e a mãe ficassemos sozinhas.

A entrevista ocorreu na sala de jantar, somente com a mãe e fluiu de maneira tranquila, situação típica de duas pessoas que já se conhecem há tempos e que têm muito a conversar.

Na casa residem Nina e a mãe, que já é idosa, e desabafa comigo, antes de gravarmos a entrevista, que tem uma preocupação grande sobre quem cuidará de Nina quando ela se for, visto que está com problemas de saúde típicos da idade.

Nina é solteira, caucasiana, cabelos louro-escuros curtos, olhos claros, rosto redondo, apresentando sobrepeso. Segundo a mãe, ela não concluiu a 4ª série do ensino fundamental, não trabalha - estão tentando através de advogado conseguir aposentá-la -, e em maio de 2010 completou dois anos de frequência ao CAPS II, três vezes por semana.

Em sua ficha do HPFR consta que é do lar, católica. Sua foto é em preto e branco, datada de 16/05/2000, quando estava com 40 anos de idade, dois anos antes de seu último internamento. Foi diagnosticada esquizofrênica.

Nina esteve internada no HPFR por sete vezes, sendo que seu primeiro internamento ocorreu em 23/06/1988, quando estava com 21 anos. Consta em seu prontuário que foi encaminhada para o internamento pela médica psiquiatra que a atendia em consultas ambulatoriais no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) do Município de Ponta Grossa.

Na anamnese²³ colhida em 26/06/1988 pela assistente social em entrevista com a mãe, esta relata que Nina esteve em tratamento ambulatorial desde 1977 ou 1978, sendo atendida por vários médicos psiquiatras. Segundo a mãe, *“Teve um período que estava bastante controlada a sua doença. Mas o quadro se agravou com o casamento da irmã; ficou muito perturbada”*. A mãe informa que Nina, aos 2 anos de idade, teve convulsões, fazia uso de Gardenal, porém a mãe interrompeu o tratamento sem consultar o médico.

Em 2010, ao ser entrevistada e questionada sobre o motivo do primeiro internamento, a mãe relatou:

²³ Anamnese é o histórico relativo à saúde física e mental do paciente. (SAMSON, 2008, p.1)

Bom, a Nina quando estava fazendo a 4ª série, ela era pequena e a professora me chamou e ela disse pra mim: "Olha, você tem que levar a Nina pro médico, pra consultar, porque ela é muito elétrica, ela não para na carteira". Mas na minha ignorância na época, não levei no médico e deixei. Ela devia de ter aí uns 11 anos, mais ou menos. E, depois desse tempo, veio a reforma do estudo e ela não podia entrar... e já... acabou o ginásio e ia entrar pra quinta série, que continuava, daí já era Ensino Fundamental. Então ela não... ela ficou um ano sem estudar, porque ela não podia entrar pro ginásio sem ter doze anos. Ela tinha menos de doze na época. E ela foi fazer o passeio, que daí aconteceu o acidente com a amiguinha dela, que a amiguinha faleceu. O carro atropelou e caiu nos pés dela a menina. E a menina faleceu. E daí veio pra casa, mas ela veio muito traumatizada. Ela tinha medo de sair na rua e tudo. E ela disse que começou a ver a menina. Que a menina falava com ela... e ela escutava vozes que mandavam ela fazer as coisas... ela fugia de casa... ela saía à noite, quando via, ela já tinha saído... Começou assim, sabe. Desde pequena a professora dela, quando ela tinha onze anos me alertou. Mas eu, na minha ignorância, digo e repito... não levei a sério. A gente não espera. A gente nunca espera. E... não não fui procurar recursos. Só fui procurar recurso depois que a gente se apurou mesmo. Quando ela começou de ouvir vozes e começou a fugir de casa; e tentava suicídio; e aí eu fui procurar recurso. Daí eu fui para o médico psiquiatra. E foi na época o Doutor Sérgio Lima... Abreu Lima. Ele queria internar. Eu não quis. Relutei. Aí fiquei... acho que esperei mais uns anos. Acho que mais de três ou quatro anos, tratando em casa, com os medicamentos. Cuidei muito bem sempre, desse ponto aí dos medicamentos. Eu não tenho certeza, mas acho que em 86, ela apurou bastante. Aí, eu tive que internar. Aí, dali pra cá, internou-se várias vezes.

Após o primeiro internamento, de quatorze dias, permaneceu doze anos sem internar-se novamente, fazendo uso de medicação em domicílio e consultas com médicos(as) psiquiatras no ASM.

Em 25/05/2000, foi trazida pela mãe para tratamento hospitalar e permaneceu internada por três meses (25/05 a 30/08). Segundo relato da mãe para o médico plantonista, Nina havia seis meses que não estava bem, vivia angustiada, com alucinações visuais e também auditivas.

Em 23/09/2000, no relato inicial de outra médica plantonista, consta que Nina havia seis meses vinha apresentando alterações progressivas de conduta, ficava inquieta, agitada, rolando pelo chão, com medo das alucinações. Consta que evacuou na roupa e queria passar as fezes pelo corpo. Na conversa com a plantonista, Nina confirmou o relato da mãe e pediu para ser internada: *"É verdade, eu quero melhorar, não sei o que aconteceu comigo"*. Nesse internamento, devido à agitação psicomotora (batia a cabeça contra a parede), além da medicação de

emergência foi orientado o enfaixamento.²⁴ Nina, ao ser questionada, informou que devido às vozes estava batendo a cabeça contra a parede. Saiu com alta hospitalar em 29/01/2001, mas no dia 16 de fevereiro retornou para o hospital para internar-se, permanecendo um mês. A mãe informou que ela tivera uma crise convulsiva (que ela não tinha mais, desde criança) e desânimo intenso, sendo necessário dar-lhe banho e levá-la ao banheiro.

Em 11/04/2001 foi internada pelo pai (todos os demais internamentos foram feitos pela mãe), e consta na observação clínica: doença mental antiga e de difícil controle ambulatorial. Saiu com alta hospitalar em 24/05/2001.

No ano de 2002, esteve internada nos períodos de 08/02 a 22/04 e de 27/06 a 13/11. Esse último internamento foi o mais longo de sua história no HPFR. A partir dele, Nina verbalizou sentir como sendo culpa sua o fato de a menina ter morrido atropelada, e que as vozes que ouvia iriam puni-la por isso.

Nesse período do seu último internamento, o pai faleceu. Ele era uma pessoa com quem ela se relacionava bem. Hoje, Nina reside com a mãe, que sempre a visitou nos internamentos e a levou em licença hospitalar, nos finais de semana, para passear em casa, garantindo assim o vínculo familiar e social.

1.1.3 A história de Diva: “Resgate pela filha”

Quem compartilhou a história de Diva conosco foi a filha dela, de 19 anos, solteira, que não trabalha fora de casa e é estudante do ensino médio no período noturno. Diva, de 48 anos, esteve internada pela primeira vez em 1993, sendo internada por mais três vezes, somando um total de quatro internações.

Ao chegar à casa alugada, em alvenaria, simples, mas bem cuidada, encontrei a filha me aguardando no portão - lembrei-me da menininha linda, de cabelos cacheados, que vinha visitar a mãe quando esta estava internada - e dentro

²⁴ Enfaixamento: restrição física/contenção (física e/ou mecânica) deve ser realizada em situações em que o paciente se torna perigoso para si ou para com terceiros, podendo ser realizada em hospitais gerais no caso de risco de queda do leito. Consiste em utilizar faixas adequadas para a restrição de movimentos, sendo colocadas nos pulsos e tornozelos e amarradas à cama. Também podem ser utilizadas, junto com as faixas nos pulsos e tornozelos, faixas largas de tecido, com as quais o paciente será enfaixado na cama, como se estivesse em um casulo.

da casa, na cozinha, estava a mãe, lavando a louça, que ao me ver enxugou rapidamente as mãos para me apertar em um forte abraço.

Diva e sua filha sentaram-se comigo na sala de TV, enquanto a filha, que estava sentada ao meu lado no sofá, dava a entrevista, Diva ficou sentada em um outro sofá, em silêncio, escutando-nos. Em dado momento levantou-se, com lágrimas silenciosas escorrendo pelo rosto, somente para enxugar as lágrimas da filha e consolá-la com ternas passadas de mão em seu rosto e cabelo. O porquê de ela ter ficado ali, em silêncio, escutando, não sei informar. Afinal, em nenhum momento eu disse que ela poderia ou não ficar escutando. Uma hipótese, pautada nas observações dos internamentos, poderia ser a desconfiança, ou poderia ser simplesmente curiosidade.

Foi uma entrevista permeada de muita emoção, com choro fácil de ambas ao lembrar os fatos do passado (fatos esses que ficaram pungentemente marcados nas lembranças dessa família), e com sorrisos ao falar do presente. A filha estava com dois anos quando a mãe foi internada pela primeira vez e com certeza não teria como se lembrar dessa época, mas a história de sua mãe está de alguma forma tão entrelaçada com a sua, que ela lembra com detalhes das crises, internamentos e sentimentos familiares daquele período. Vale a pena informar, que essa menina tornou-se a principal cuidadora aos 10 ou 12 anos. Segundo depoimento dela: *“Que a gente foi morar só ela e eu? Acho que eu tinha uns 10 ou 12 anos. Desde sempre é ela e eu”*.

Diva não reside com o pai de sua filha, pois ele é casado. Ela é caucasiana, cabelos pretos curtos e abundantes, olhos castanho-escuros, do lar, católica. Concluiu o ensino fundamental e segundo sua filha recebe um salário mínimo por ser *“aposentada por invalidez”*. Não trabalha e frequenta o CAPS II todos os dias.

Em sua ficha do HPFR há duas fotos, uma em preto e branco, sem data, e outra colorida, tirada em 04/12/2002, aos 41 anos de idade. Suponho que a primeira foto seja de um de seus primeiros internamentos, visto que o rosto é o de uma pessoa de mais ou menos 32 anos; já na última foto percebe-se a ação do tempo em Diva. Na ficha consta o diagnóstico de esquizofrenia.

A história de Diva no HPFR começa de forma emblemática: em viatura policial... vendendo suas posses e jogando o dinheiro fora... agressividade importante, principalmente contra sua filha; segundo conselheira tutelar, já tentara várias vezes matar a filha.

Foi internada pela primeira vez em 26/10/1993, saindo com alta em 23/11/1993. Esteve internada quatro vezes no HPFR. Na anamnese colhida pela assistente social com a irmã e o companheiro da paciente, estes trazem uma informação dramática: Diva quase faleceu quando tinha um ano de vida, ao contrair meningite.

Permaneceu dos 7 aos 15 anos estudando em regime de internato. Aos 15 anos e meio foi viver com o companheiro, que já era casado. O caso foi parar na delegacia. Aos 29 anos, engravidou. Porém, segundo relato dos familiares, não estava preparada para ser mãe. Teve um parto complicado e a menina nasceu de cesariana. No prontuário há anotações que sugerem complicações no relacionamento com a família, de origem complicada: *“mãe problemática, pai neurótico de guerra”*. A mãe de Diva a rejeitou por ter fugido e ter passado a viver com um homem casado, e a maioria de seus irmãos saíram de casa por não *“aguentarem o clima familiar”* – Relato da irmã para a assistente social, em 27/10/1993.

Quando entrevistei a filha, em fevereiro de 2010, sobre a descoberta da doença de Diva e o primeiro internamento, esta relatou que:

... a descoberta da doença foi a partir do momento em que eu nasci. Daí a gente descobriu que ela teve depressão pós-parto e a partir daí ela começou a piorar e já não sabia mais quem era meu pai e quem era eu, e foi assim durante todos esses anos.

A filha não conseguiu continuar a entrevista, pois começou a chorar, lembrando as histórias do passado, contadas pelos adultos de sua família, e que apesar da sua pouca idade na época - dois anos -, deixaram profundas marcas em sua vida.

Em março de 1994, Diva foi novamente internada por trinta e sete dias no HPFR, sendo conduzida em viatura policial, acompanhada pelo companheiro, que informou que há um mês ela não fazia uso de medicamentos. Estava em fase persecutória, não fazia sua higiene, espancava a filha de 3 anos e saía com ela sem destino pela rua.

Após essa fase, permaneceu quase dois anos sem necessitar de internamento psiquiátrico. Porém, no final de janeiro de 1996, foi internada por sessenta e três dias. Nesse internamento não veio conduzida pela polícia. O

companheiro informou que Diva, nos últimos seis meses, estava piorando, agredira de tal forma a filha que havia sido necessária a intervenção do Conselho Tutelar. Apresentava atividade delirante, descuidava-se de sua aparência e higiene. Nesse internamento há informações de que ela recebia visitas constantes e passava os finais de semana em casa, retornando para o hospital no domingo à noite.

Em dezembro de 2002, após mais de seis anos realizando consultas médicas no Ambulatório de Saúde Mental, Diva veio em ambulância do Pronto Socorro Municipal (PSM), acompanhada pela irmã, para novo internamento. Foi relatado que agredira a filha de 11 anos, apresentando atividade delirante e atitude de soberba. Nesse último internamento permaneceu cinquenta e sete dias internada, recebendo visitas constantes do companheiro e da filha.

1.1.4 A história de Davi: “A doença que chegou cedo demais”

A quarta cuidadora a generosamente compartilhar os eventos que fazem parte da história psiquiátrica de seu filho foi uma mãe de 70 anos, viúva, pensionista²⁵, que relatou que estudou até a 5ª série e que não trabalha fora de casa. Seu filho de 34 anos teve seu primeiro internamento em 1994, perfazendo dez internamentos no total. Essa senhora simpática, de sorriso caloroso, foi a única entrevistada cujo familiar eu não havia atendido no HPFR, na época em que lá trabalhei. A princípio ela não compreendeu o motivo da entrevista. Percebi, então, que ela tinha dificuldade em escutar e em me entender, devido a sua simplicidade. Por várias vezes tive que explicar novamente e repetir as perguntas, e nem sempre obtive a resposta para o que eu havia perguntado.

A entrevista com essa mãe foi realizada nas dependências do CAPS II, pois através dos números de telefone que constavam na ficha de Davi e que me foram fornecidos pela assistente social não foi possível fazer contato para agendar a entrevista na residência. As pessoas que me atenderam nesses três números não conheciam Davi nem sua mãe. Comentei isso com a assistente social e com a coordenadora do CAPS e em uma quinta-feira pela manhã a coordenadora me telefonou, avisando que a mãe de Davi estava no CAPS e aceitava gravar entrevista comigo naquela manhã. Optei por entrevistá-la lá mesmo, ganhando tempo, pois

²⁵ Recebe um salário mínimo.

quatro dias depois eu iria ser submetida a uma cirurgia de grande porte, ficando em atestado por 40 dias.

Davi é solteiro, caucasiano, cabelos lisos e castanhos e olhos castanho-escuros. A mãe não soube informar a escolaridade do filho, “*ele estudou pouquinho*”; na ficha do HPFR consta como profissão a de lavrador, a mãe informa que é “*aposentado por invalidez*”. Em setembro completou dois anos de frequência ao CAPS II todos os dias.

A foto em preto e branco na ficha do HPFR mostra um rapaz magro, de olhos tristes, parecendo inconformado. Antes de entrar para a entrevista com a mãe, Davi, que estava lá, me cumprimentou com um aperto de mão e um sorriso. Bem diferente da foto, ele estava envelhecido, com sobrepeso, já começando a mostrar alguns fios de cabelo branco.

Davi foi internado pela primeira vez no HPFR em janeiro de 1994, aos 18 anos. Veio acompanhado pelo pai, conduzido por ônibus local. O pai, na época, informou que o filho fora trabalhar em Curitiba e fazia uns cinco meses e quinze dias e que voltara diferente, meio abobado, rindo e falando sem motivo, delirante, insone. Quando o pai o estava trazendo para internar-se no Franco, Davi bateu em um policial que estava dentro do ônibus.

Na entrevista com a mãe, no início deste ano, ao ser questionada sobre o primeiro internamento do filho, esta relatou:

Ele carpia lote com o meu marido. Mas ele já tinha aquela ansiedade, de estar saindo, mas nós não percebíamos. Sempre trabalhando em lotes com meu marido, na vila. Aí já tinha o problema, quando ele queria trabalhar... aquela ansiedade, caminhava pra lá e pra cá, com os olhos assim, estanhados. Daí, ele aprendeu a ser servente de pedreiro. Daí ele disse assim: Pai, um homem da Palmeirinha quer me levar pra Curitiba, trabalhar. E não percebi que não estava bom. Daí o homem levou pra Curitiba... foi trabalhar num apartamento, de servente. Trabalhava de chinelinho de dedo, fazia massa e tudo. De repente perdeu a mente lá, com dezessete anos. O patrão achou que ele não estava bom da cabeça. Ele acompanhou umas pessoas estranhas e foi para a praia. A polícia foi lá e agradaram ele e daí o trouxeram. O patrão disse que não dava pra soltar o piá, de menor, sozinho, que ele não estava bom da cabeça. Chegaram lá em casa e me assustei. Disseram: “o senhor tem que levar ele no médico, que não está bom”. Levamos no Dr. M, que já deu remédio e já disse: “qualquer coisa vocês põem no Franco da Rocha”. Aquele tempo era o começo do Franco da Rocha. Ficamos com o piá assim na casa, de repente perdemos o piá. O piá arregaçou a perna da calça, calça branca; ele gosta muito de calça branca; entrou numa internada de quarenta ou vinte alqueires. Perdemos o piá. E eu trabalhava de diarista, meu marido não quis contar pra mim. E agora? Tem que buscar a polícia pra pegar esse piá. Daí meu marido começou a rezar pro anjo dele, da guarda. Ele apareceu na casa, três e meia. Você olhava nele, estava só barro. Daí meu marido disse assim para ele: Onde você estava,

meu filho? Ele disse: Eu estava na fazenda do Ivan, brigando com os... Daí chamou a ambulância; daí veio a ambulância; não careceu trazer a polícia; ele não embrabeceu. E daí ele tirou aquela roupa, tomou banho, pegou outra roupa e foi pro Franco da Rocha. Ficou lá três meses. Lá o Dr. M tratava dele... Daí cada três meses, quatro meses, ele ia pro Franco. Pro Franco direto. Fizeram um exame nele, falaram assim pra mim, que ele tinha uma mancha preta na cabeça, por dentro e não pode operar. Pois eu achava que tinha que ser um nervo mental. Um nervo mental que atacou ele aos dezessete anos.

Nesse mesmo ano, em agosto, Davi foi internado por mais dois meses. Chegou em viatura policial, acompanhado pelo pai, que relatou que havia vinte dias que ele estava saindo cedo e voltando à meia noite, falava sozinho, tirava a roupa em público, estava insone, inquieto, e descuidava de sua aparência pessoal.

Retornou ao Hospital em agosto de 1995, e permaneceu internado por dois meses e vinte e três dias. Foi internado pelo pai, que o trouxe a pé. O pai informou que Davi se negava a tomar os medicamentos, estava desconfiado, andando pelas ruas sem rumo, com alucinações visuais e auditivas (vendo uma pessoa de azul que falava sobre “*montes de coisas*”).

Em 1996 esteve internado entre abril e maio, e entre setembro e outubro, permanecendo no HPFR por meses. Na primeira vez, acompanhado pelo pai, este informou a recusa em fazer uso de medicamentos, as alucinações auditivas e visuais, a insônia, a agressividade e inquietude de Davi. Em setembro veio conduzido por viatura policial. Nas observações clínicas consta a indiferença em relacionar-se com os demais internos, mas que tinha um bom relacionamento com o pai nos dias de visitas.

Consta, em 1997, um internamento ocorrido no final de outubro e que durou até o início do mês de dezembro. Davi foi conduzido em carro particular, acompanhado pelo pai, que relatou a mesma condutopatia dos internamentos anteriores, porém, referiu-se ao uso regular de medicamentos durante o exame de entrada desse internamento.

Em janeiro de 1998, houve uma reagudização do quadro. Davi permaneceu internado até o início de março. Nesse internamento houve a preocupação de um profissional quanto à “acomodação” da família em assumir o cuidado, o tratamento em casa e a tentativa de asilamento do Davi. Isto gerou uma preocupação na assistente social, que colocou por escrito a fala do pai: “... *pois nem que morra aqui*”.

No período desse internamento, durante uma breve visita no dia 11/02/1998, há um relato de que Davi teria ficado agressivo com o pai, ameaçando matá-lo. A

mãe inclusive comentou com a profissional que atendeu o casal nesse momento, que, em casa, o filho sempre ameaçava o pai.

Após nove meses em casa, Davi voltou a internar em novembro de 1998, permanecendo em tratamento hospitalar por vinte e cinco dias. Chegou conduzido pela ambulância do PSM e acompanhado pelo pai, que relatou a recusa da medicação e a condutopatia dos internamentos anteriores. Há um questionamento de uma profissional sobre uma possível intolerância familiar com a situação de Davi, e uma observação de outro profissional sobre não ver benefício na permanência dele no hospital.

No início de junho de 1999, Davi foi internado novamente por vinte e cinco dias. Veio conduzido em viatura policial, acompanhado pelo pai. Apresentando inquietude, agressividade física e verbal para com familiares, estava insone, andando sem rumo pelas ruas, negando-se a tomar a medicação. Nesse internamento, doze dias após dar entrada no hospital, há o relato de que o pai recusou-se a levá-lo de alta para casa, solicitando que o transferissem para Curitiba porque não o aguentavam mais em casa, onde passara a agredir a mãe. Permaneceu uma semana internado, sem visitas e em processo de alta.

Em seu último internamento no HPFR, em setembro de 1999, Davi veio ao hospital novamente conduzido em viatura policial, acompanhado pelo pai e policiais. No dia do internamento havia sido apanhado na rua, portando uma faca. Há informações de que estava muito agressivo com familiares. Durante o exame de entrada, estava inquieto, verbalmente agressivo com o pai, ameaçando agredi-lo fisicamente; estava verborreico. Permaneceu internado por setenta dias sendo onze dias em processo de alta, porém os familiares não vinham buscá-lo. Em muitos internamentos anteriores, seus familiares vinham visitá-lo. Nos últimos, observa-se a tentativa de asilamento. A família não conseguia administrar os novos surtos e a conduta agressiva de Davi em casa.

Em relação às demais famílias, essa chama a atenção pela tentativa de asilamento. Nos prontuários de Dirceu, percebemos o contrário, pois no início a mãe o retirava sem alta; a mãe e o pai de Nina (enquanto este ainda era vivo) sempre a visitavam, levavam-na para passar os finais de semana em casa durante as licenças; a irmã e o 'companheiro' de Diva, também estavam sempre acompanhando o tratamento dela, e mesmo com a história de agressividade dela para com a filha, em nenhum momento pensaram em asilá-la. Hoje, Davi reside com

a mãe, que é viúva, e durante a entrevista em nenhum momento ela deixou transparecer que não conseguia conviver com o filho; isso nos faz pensar sobre a falta de paciência, de tolerância do pai em relação ao sofrimento mental do filho.

1.1.5 AS REPRESENTAÇÕES SOBRE A CAUSA DO SOFRIMENTO MENTAL²⁶

Durante as histórias de cada um, ora narradas pelos familiares, ora por dados obtidos em registros dos prontuários, podemos perceber as representações sobre a ‘doença mental’ associadas às experiências pessoais de cada familiar. Todos eles têm conceitos elaborados sobre a ‘doença mental’ e a causa desta. Subjetivamente, porém, existe uma incerteza a respeito de como surge a ‘doença mental’, ou seja, nenhum dos familiares sabe bem o que ela é, e por que surgiu. Por isso as explicações individuais surgem nas narrativas sobre o que levou a PSM a adoecer.

[...] Desde pequena a professora dela, quando ela tinha onze anos me alertou. Mas eu na minha ignorância, digo e repito... não levei a sério. A gente não espera. A gente nunca espera. E [...] não fui procurar recursos. [...] ela foi fazer o passeio, que daí aconteceu o acidente com a amiguinha dela, que a amiguinha faleceu. O carro atropelou e caiu nos pés dela a menina. E a menina faleceu. E daí veio pra casa, mas ela veio muito traumatizada. (Mãe 1).

Para essa mãe, a representação da ‘doença mental’ está associada a uma difícil e traumatizante experiência, ou seja, o sofrimento psíquico remetido ao sentimento de culpa levou Nina a adoecer.

[...] Um nervo mental que atacou ele aos dezessete anos [...] fizeram um exame nele, falaram assim pra mim, que ele tinha uma mancha preta na cabeça, por dentro, e não pode operar. (Mãe 2).

As falas das cuidadoras nos trazem as visões populares, do senso comum, leigas, sobre a ‘doença mental’ que, conforme Rabelo, Alves e Souza (1999), se misturam aos aspectos biomédicos da saúde e ‘doença mental’, elementos como fatores culturais, socioeconômicos, questões de ordem religiosa, bem como dramas

²⁶ Transtorno mental e sofrimento mental ou psíquico são termos mais atuais, porém utilizo o termo ‘doença mental’ por ser um termo corrente, usado e compreendido pela maioria das pessoas.

individuais e coletivos. O pensamento popular, permeado pelo pensamento ideológico e científico, funde-se com o conhecimento popular sobre o sofrimento mental.

Para Minayo (2003), as representações sociais, enquanto formas de conhecimento prático, ampliam o conhecimento das fronteiras da ciência, passando a abranger o conhecimento do homem comum, ou seja, ampliando o olhar de modo a ver o senso comum também como um conhecimento legítimo e condutor de transformações sociais.

Segundo Moscovici (2009), o saber prático do senso comum, permite que as pessoas adquiram conhecimentos e os transformem em algo compreensível para elas próprias.

[...] um esforço constante de tornar comum e real algo que é incomum (não-familiar), ou que nos dá um sentimento de não-familiaridade. E através delas nós superamos o problema e integramos em nosso mundo mental e físico, que é, com isso, enriquecido e transformado. (MOSCOVICI, 2009, p. 58).

Para melhor entendermos como se elaboram as representações sociais, faz-se necessário falar um pouco sobre cultura, considerada por alguns autores como sendo a principal característica humana, uma característica que possibilita à espécie humana distinguir-se ou diferenciar-se das outras espécies, pois, como diz Laraia (1995, p. 28-29):

O “anjo caído” foi diferenciado dos demais animais por ter a seu dispor duas notáveis propriedades: a possibilidade da comunicação oral e a capacidade de fabricação de instrumentos, capazes de tornar mais eficiente o seu aparato biológico. Mas, estas duas propriedades permitem uma afirmação mais ampla: o homem é o único possuidor de cultura.

Podemos definir *cultura* como sendo o “complexo dos padrões de comportamento, das crenças, das instituições, das manifestações artísticas, intelectuais, etc., transmitidos coletivamente, e típicos de uma sociedade (FERREIRA, p. 280).”. E não devemos esquecer que conteúdos afetivos e cognitivos também são compartilhados socialmente, e que é por meio deles que os membros de um dado grupo social se dão conta da realidade na qual estão inseridos, e que é neles que embasam suas práticas na vida cotidiana.

Para Moscovici (2009), as representações sociais são uma forma de conhecimento que equivale ao senso comum dos grupos sociais. São visões sobre determinados objetos ou fatos que são compartilhados por grupos. Ou seja, as pessoas tentam lidar com os objetos da realidade – no caso específico deste estudo, a “loucura” e o seu tratamento – por meio da conversação e de negociações constantes; as representações sociais, enquanto forma de conhecimento, tornam familiares os objetos sociais não familiares, ou seja, aproximam cognitivamente dos atores sociais aquilo que lhes é estranho.

Duarte (1986, p 30) acrescenta que:

Expressões como “atacou meus *nervos*” ou “são os meus *nervos*” parecem designar uma entidade difusa por todo o corpo, ainda que tenha uma associação mais estreita com a *cabeça*. Sua própria “materialidade” é aí de um caráter tão ambíguo para nossos olhos quanto parecerá significativo no contexto da condição “físico-moral” que procurarmos entender.

Ainda segundo Duarte (1986), esse espaço das “perturbações físico-morais”, pode abarcar manifestações clássicas do “quente/frio” e do “susto” e geralmente envolve representações acerca do *sangue*, da *cabeça* e do *cérebro*. Por exemplo, a mãe 2 afirma que, por Nina ter passado por uma experiência traumatizante – o susto de ver a amiga ser atropelada e morrer –, o intenso sofrimento mental (*cérebro*, *cabeça*) a levou a adoecer. Também a cunhada de Dirceu acredita que, após bater a cabeça devido a uma queda, o menino começou a ter reações adversas, a ficar perturbado.

[...] Meu marido conta que foi dessa queda em diante que ele começou a ter reações diversas, diferentes. A mãe dele levou no médico, e ele falou que era caso psiquiátrico. Então ele começou a frequentar o Franco. Essa é a história que meu marido conta, que foi essa a causa de ele ter esquizofrenia, que é o nome da doença dele. Então, é só essa a causa. (Cunhada 1).

Podemos dizer que essas cuidadoras, ao descreverem as causas do sofrimento mental, o fazem através de um modelo que compartilham com a psiquiatria, ou seja:

[...] um modelo biomédico, associado a concepções que reduzem as causas das doenças a modelos de causalidade biológica e individual, sendo a

doença explicada meramente como um fenômeno fisiológico [...] (GONÇALVES²⁷, p.164).

Ainda segundo Gonçalves²⁸, conceber o ‘sofrimento mental’ como resultante de perturbações fisiológicas, imperfeições genéticas, desequilíbrios bioquímicos, danos gerados por agentes físicos ou biológicos é reduzir a doença e o sofrimento a uma visão organicista, ignorando determinantes culturais e sociais envolvidos.

Nota-se a representação social sobre a causa do sofrimento mental permeada pelo discurso biomédico, organicista, fisicalista e por um discurso baseado no senso comum na visão popular da doença, nos depoimentos das cuidadoras. Elas acreditam que a ‘doença mental’ é algo que acontece dentro do espaço corporal: *“Um nervo mental que atacou ele aos dezessete anos [...] uma mancha preta na cabeça, por dentro, e não pode operar” (mãe 2); “foi dessa queda em diante que ele (Dirceu) começou a ter reações diversas, diferentes” (cunhada 1).* A doença passa a ser quase como que decorrente de algo “danificado”: *“ele (Dirceu) começou a ter reações diversas, diferentes”,* confirmando a visão organicista, portanto, não considerando a dimensão psicossocial.

Para Jodelet (2005, p. 258): “Embora essa dinâmica possa ser atribuída especificamente a um funcionamento do cérebro ou dos nervos, ela é encarada, principalmente, de um ângulo global, que define uma natureza de homem doente radicalmente distinta do homem normal”.

Para Pereira (2003, p. 76) [...] “a representação da doença mental como ‘defeito’ da pessoa [...], é, de certa forma, ‘acompanhada de desânimo’ pelos familiares, [...] existe uma incógnita a respeito da doença mental, ou seja, ninguém sabe bem o que ela é.” Isso resulta na ideia de um caminhar sem rumo, sem muitas probabilidades. Essa ideia de um futuro sem muitas perspectivas – cura – pode vir a ter, segundo Pereira (2003, p.76), “aspectos decisivos no resgate da cidadania”.

1.2 O OLHAR DOS PROFISSIONAIS

Ao questionarmos os profissionais do CAPS²⁹ sobre suas representações sociais em relação à pessoa em sofrimento mental antes de sua formação

²⁷ No artigo do referido autor não consta a data da publicação.

²⁸ Não consta data da publicação no artigo do referido autor.

²⁹ Os profissionais foram entrevistados em março de 2010.

acadêmica, eles responderam assim:

Da mesma forma que antes, já que desde os primeiros anos de faculdade entrei em contato com esse modelo de pensamento, só que anteriormente à lei de reforma era impossível a implementação desse modelo dentro de uma instituição psiquiátrica. (P 1).

O informante P 1 é psicólogo formado há mais de 25 anos, trabalhando na área de saúde mental também há 25 anos, possui especialização, trabalhou no HPFR e estava trabalhando na prefeitura antes, durante e depois do fechamento do hospital. Esteve à frente da equipe para a implantação do CAPS II, e atualmente não tem mais contato com esse serviço.

Eu via, antes até da minha formação, vou colocar assim, na verdade não tinha muito conhecimento, sabia que existia o transtorno mental, que existia internamento, não da forma que existe hoje, mas de uma forma muito esquecida, muito distante, muito longe da realidade. Então não tinha muito conhecimento mesmo. Pensava, tá, existe, mas não sei como isso é tratado... só sei que não é visto pela sociedade. Era muito escondido. Eu via dessa forma. (P 2).

Essa profissional de 27 anos é graduada em psicologia há dois anos e, trabalha na área de saúde mental há nove meses.

Eu percebia o doente mental, como doentes muito marginalizados. Não só pela sociedade, mas dentro do próprio sistema de saúde. (M 1)

Médica, 36 anos, graduada há onze anos, especialista, trabalha na área de saúde mental há nove anos. O discurso, aqui, não é calcado em uma visão popular, mas já influenciado pela academia. E traz mais um conteúdo diferente das demais, não há só a marginalização por parte da sociedade, mas também a marginalização pelos serviços de saúde, o que vai contra dois princípios do SUS: a equanimidade e a integralidade.

A minha visão sobre a doença mental em si, antes da reforma, pela minha pouca idade também e falta de conhecimento na área de saúde, era apenas que eu sabia que tinha pessoas que tinham transtorno mental e que internava no Franco da Rocha. (E 1)

Enfermeira, 25 anos, graduada há três anos e trabalha há um ano na área de saúde mental.

Seja uma representação social sobre o sofrimento mental influenciada pela perspectiva organicista, seja pautada na visão popular, sempre teremos um ‘conceito’ sobre o doente mental, pois

todos os homens são filósofos, porque pensar é próprio do homem como tal, a não ser uma personalidade patológica. O que separa um grupo do outro (intelectual e o não intelectual) não é a forma de conhecimento em si mesmo, mas um tipo de logicidade do pensamento, a coerência sistemática, a possibilidade de usar a própria história do pensamento, o seu sentido e também o seu desenvolvimento nas ações e tentativas de explicações do mundo.(PINTO, p. 2)³⁰.

A representação social nas falas dos profissionais ainda reverbera o que historicamente permeia o imaginário social e como a sociedade tratou a PSM: uma pessoa que precisava ser internada, que deveria permanecer longe do convívio sócio-familiar, seja para não ‘sofrer’ com a realidade fora dos muros da instituição, seja para a sociedade não temer seu comportamento imprevisível, indesejável.

Ao perguntarmos sobre como os profissionais percebem atualmente a pessoa em sofrimento mental, eles responderam que:

Durante a graduação e hoje, trabalhando com o doente mental no CAPS, eu vejo que a pessoa está sendo mais considerada, ela está sendo vista como pessoa, como indivíduo, como um ser pensante, digamos assim, e que tem sentimentos, também tem suas dificuldades. E luta por esse espaço, por essa condição, por esse direito de ter um tratamento, e poder melhorar, de poder ter condições de vida. Mas, do mesmo jeito, ainda é muito esquecido, ainda é deixado muito de lado. A gente vê, na mídia, aos poucos está aparecendo, mas é muito sutil. Além de sutil, é irrelevante. De repente, é uma classe social mais alta, não da realidade que a gente vê hoje aqui. Quem vem de uma classe mais baixa, que não tem condições de tratamento. Mas eu vejo que o tratamento está se abrangendo. (P 2).

A pessoa em sofrimento mental passa a ser compreendida para além de sua ‘doença’, buscando-se explorar suas potencialidades, com a perspectiva de inclusão social e ressignificação enquanto cidadã de direitos.

³⁰ Não consta data no artigo.

O doente, eu percebo que não mudou nada. Continua da mesma maneira. Continuam sendo marginalizados, continuam sofrendo preconceito. Sobre a doença não tem o que falar, que nem eu já falei. O tratamento, eu acredito que para alguns, para uma minoria de pacientes, que tinha muitos internamentos, que eram residentes e conseguiram se encaixar no CAPS, melhorou. Porque eles conseguem ser atendidos de uma maneira mais intensiva, por uma equipe que conhece o paciente, que está sempre perto dele. Então, para poucos que conseguiram isso, ótimo, mas a imensa maioria não conseguiu. A imensa maioria continua precisando de assistência, a maioria dos pacientes graves em que existem momentos que precisam de internamento, eles perderam isso. Então, de maneira geral, o tratamento piorou. Eu acho que melhorou para alguns agraciados que conseguiram uma vaga em CAPS. (M 1).

Nessa fala, fica patente a necessidade de combater o preconceito e desmistificar a conotação corrente de ‘doença mental’. E também a preocupação com os pacientes que por muitos anos necessitaram de internações e que atualmente não possuem ‘um lugar’ no CAPS devido a sua cronificação, “A imensa maioria continua precisando de assistência, a maioria dos pacientes graves em que existem momentos que precisam de internamento, eles perderam isso”.

Bezerra (2007), ao se referir ao discurso técnico, ressalta a complexidade da tarefa, pois de um lado faz-se necessário dar uma formação profissional teórica e técnica sólida, por outro lado faz-se necessária uma formação crítica e criativa também, que propicie uma autorreflexão e reavaliação constantes. É necessário cuidado para que padrões cognitivos internalizados não impactem significativamente no cotidiano das atividades assistenciais psiquiátricas.

Já para a outra profissional:

Hoje eu vejo o doente mental como uma pessoa normal, com algum sofrimento, que no meu ver que em muitos casos consegue uma recuperação boa. Tem muitos casos, até mesmo aqui no CAPS, que entrou bem debilitado, em depressão profunda ou transtorno bipolar bem na fase maníaca, e, agora, estão trabalhando há um mês.

Então eu vejo assim, que a condição doente mental é como qualquer outra patologia qualquer. Tal como a hipertensão, a diabetes, que requer cuidados contínuos. Não é assim, tipo tomar a medicação um ou dois meses e parar. É um tratamento contínuo, precisa de ajuda. E antes a gente tinha essa visão mais de longe, que nunca ia sarar, sempre ia estar naquela mesma. Agora eu já vejo bem diferente. (E 1).

Ainda segundo Bezerra (2007), deve haver uma desconstrução social dos

estigmas e estereótipos relacionados ao sofrimento mental e da pessoa em sofrimento. Deve-se destinar à PSM um olhar mais solidário, compreensivo, mantendo uma atitude de tolerância e de respeito. *“Hoje eu vejo o doente mental como uma pessoa normal, com algum sofrimento...”*

Nessa fala também existe o componente do “sofrimento” que faz parte da condição humana, “sofrimento também remete ao sofrimento de viver, das dificuldades impostas pelo modo de vida, marcado pela dimensão social” (YASUI, 2010, p. 111), e que muitas vezes são transponíveis, *“consegue uma recuperação boa”*. Também faz alusão aos remédios, ao tratamento contínuo e aos medicamentos psicotrópicos como aliados principais no tratamento das doenças mentais e que estão presentes desde 1952.

A partir de então a psiquiatria começou a dispor de medicamentos cada vez mais eficazes no controle das ‘doenças mentais’, e também de estudos em relação a questões biológicas envolvidas na doença. Porém, esse advento da medicalização da clínica psiquiátrica pode trazer um efeito, como “a medicalização excessiva da sociedade, que parece acompanhar o crescimento da indústria farmacêutica na psiquiatria.” (AGUIAR, 2003, p. 2), no entanto devemos refletir sobre essa “naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso dos remédios” (GUARIDO, 2007, p. 154).

Silveira e Nascimento (2004, p. 23), ao citar Herzlich, observam que:

[...] o estudo da representação social da doença deve sempre levar em conta a articulação entre a patologia de uma época, a configuração histórica e ideológica que a contextualiza e o estágio de desenvolvimento da medicina, pois a representação não é simples reflexo do real, está enraizada na realidade social e histórica que, ao mesmo tempo, contribui para construir.

No imaginário de uma sociedade, seja ela de que época for, a doença adquire uma significação, segundo Herzlich, citada por Silveira e Nascimento (2004), pois ela depende das construções mentais acerca do fenômeno patológico.

Outra análise que podemos realizar sobre as falas dos profissionais é referente ao ‘discurso competente’, pois ao falarem sobre a representação social da doença após sua formação acadêmica, já se percebe um discurso mais próximo de um modelo biomédico; na fala anterior, antes da formação, os depoentes misturam os dois modelos.

Para Chauí (1980, p. 2) o ‘discurso competente’ “não é qualquer um que pode dizer qualquer coisa a qualquer outro em qualquer ocasião e em qualquer lugar”, é, portanto, uma fala comprometida, uma fala autorizada. No caso das falas dos profissionais, o discurso competente enquanto discurso do conhecimento é o discurso do especialista, pronunciado de um ponto situado em uma hierarquia organizacional, portanto autorizado a falar e a transmitir aos demais da hierarquia .

As falas dos profissionais após a formação acadêmica nos lembram, ainda, o que Gramsci (2001) diz sobre os intelectuais orgânicos³¹, aqueles que são formados no interior de sua classe, e que estão aptos para exercerem funções educativas, organizativas e culturais. Cabe a esses profissionais, enquanto intelectuais, propagar essa nova cultura, socializando e divulgando esse conhecimento, como missão de socializar verdades já descobertas, no que se refere à Reforma Psiquiátrica, com suas novas formas de atenção e reformulação do paradigma psiquiátrico, esse novo ‘lugar social’ da pessoa com sofrimento mental.

³¹ Promotores do discurso competente, do discurso do conhecimento.

CAPÍTULO II

O PROCESSO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS ATORES

Neste capítulo, procuro entrelaçar a história das pessoas em sofrimento mental com a do processo da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro, trazendo as histórias de cada um dentro do HPFR, e as mudanças no cenário nacional, e avaliando se essas mudanças estavam afetando ou não os seus cotidianos dentro da instituição.

2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL³²

A assistência à pessoa em sofrimento mental tem sua trajetória histórica de duzentos anos marcada por processos de exclusão³³, que incluem a anulação do indivíduo enquanto portador de direitos, ficando este sem sua cidadania efetivada.

Ao falar de cidadania da pessoa em sofrimento mental, utilizaremos o conceito de dois tipos de cidadania que a autora Benevides, citada por Duriguetto (2007) analisa: “cidadania ativa” e “cidadania passiva”.

[...] “cidadania ativa” – aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política – em oposição à “cidadania passiva” – aquela que é outorgada pelo Estado, com ideia moral do favor e da tutela. (DURIGUETO, 2007, p. 201).

A história social dos modos de tratar as PSMs sempre foi a da institucionalização em hospícios, geralmente em sistema de asilamento, em

³² Conforme dados do Ministério da Saúde, (29/06/2010) 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 6% da população apresentam transtornos mentais graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 3% da população geral sofrem de transtornos mentais severos e persistentes.

³³ A exclusão social do portador de transtorno mental não se dá somente pela via do trabalho, mas também em decorrência dos estigmas atribuídos à doença. Utilizando palavras de Castel (1989), “a exclusão social não se limita apenas à desintegração do mercado de trabalho, mas também a uma ruptura dos laços sociais e familiares”.

condições insalubres, pouco eficazes quanto à recuperação e que muitas vezes nada tinham de terapêuticas. Tenório (2002), ao citar Lancetti (1989), denuncia que pacientes internados na Casa de Saúde Anchieta, na Baixada Paulista, permaneciam nus ou seminus e amontoados, com medicação padronizada, eletrochoques³⁴ punitivos, com vários doentes dormindo no chão, pois não havia leitos para todos, e, mais grave, o local era conhecido pelos maus-tratos e mortes dos internos.

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (1998), pesquisador e professor da Fiocruz, autor de *Loucos pela Vida*, propõe nesse livro uma leitura da história contemporânea, refazendo o percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil a partir de 1970, e considera que nela há um expressivo movimento social, com a participação de diversos atores.

Com efeito, é possível afirmar que a Reforma Psiquiátrica é um movimento mundial de humanização no atendimento à pessoa em sofrimento mental, de desinstitucionalização e de garantia de sua cidadania e emancipação. É um movimento que além da humanização dos modelos de tratamento também busca uma mudança do paradigma da psiquiatria, de sua concepção; é uma nova perspectiva teórico-cultural. Conforme documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2005), podemos considerá-la como tendo sido orquestrada em três tempos: O histórico da Reforma Psiquiátrica (1978 – 1991); O processo da Reforma Psiquiátrica (1992 – 2000) e a Reforma Psiquiátrica após a Lei Federal 10.216 (2001 – 2009).

Pontuo e utilizo-me do processo dessa forma por acreditar que, didaticamente, torne-se mais correto traçar sua trajetória e seus momentos políticos e sociais vigentes em cada fase³⁵. Nessas fases, os sujeitos aqui analisados também foram impactados por aspectos dos processos supracitados.

³⁴ Eletrochoque ou eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento psiquiátrico no qual se provoca alterações na atividade elétrica do cérebro, induzidas por meio de choques de pequena voltagem, de 1 a 2 segundos, nas têmporas (atualmente sob condição de anestesia). É indicado como método terapêutico no tratamento da depressão, esquizofrenia, mania e catatonia. Porém, a imagem de pacientes amarrados e recebendo choques contra sua vontade, como forma punitiva, ainda resiste no imaginário social.

³⁵ Para compor nas páginas seguintes o histórico, o processo e a reforma psiquiátrica após a lei federal, consultei e utilizo como fontes: Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil (Brasil, 2005); Diaz (2008); Amarante (1998); Lüchmann e Rodrigues (2007).

2.4 O HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA - 1978 a 1991

Na década de 70, a conjuntura nacional estava reivindicando mudanças, e, em Ponta Grossa, Dirceu, na época com 22 anos, era internado pela primeira vez em 13/11/79³⁶, permanecendo quatro dias no HPFR. Esse foi o primeiro dos sessenta e sete internamentos. Nesse mesmo ano foi internado mais duas vezes, sendo que nos três internamentos saiu sem autorização médica. Para ele e sua família começava uma série de terapêuticas psiquiátricas de caráter institucionalizado que já começavam a ser questionadas, pois iniciava-se um importante processo de reivindicações de mudanças na área da saúde brasileira, principalmente no que se refere à assistência psiquiátrica.

Nos anos 70, temos dois movimentos que podemos considerar como dois marcos importantes no processo histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira: o Movimento Sanitário, que reivindicava uma

[...] mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, na defesa da saúde coletiva, na equidade da oferta dos serviços, e na participação dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidados. (BRASIL, 2005).

E também, no final dessa mesma década, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental³⁷ (MTSM).

Conforme Amarante (1998), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é considerado o ator e o sujeito político fundamentais no projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ainda conforme o mesmo autor, o MTSM,

[...] cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *lôcus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associação de classes, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1998, p. 52).

³⁶ Informações provenientes da ficha do HPFR, já que não possui os prontuários anteriores a 1986.

³⁷ O MTSM surge com a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental. Em 1978, os profissionais de quatro unidades da DINSAM deflagram greve, seguida da demissão de duzentos e sessenta estagiários e profissionais. (Amarante, 1998, p. 51).

O MTSM contava ainda com associações de familiares e de PSMs. Vale lembrar, também, que cada um dos dois movimentos referendados tem uma história própria, dentro de um contexto nacional e internacional,³⁸ de mudanças pela superação do modelo de assistência psiquiátrica.

Com a influência do modelo de desinstitucionalização³⁹ do italiano Franco Basaglia e desses dois movimentos sociais em nosso país é que se começa a construir coletivamente uma consciência de crítica à hegemonia psiquiátrica, ou seja, ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico⁴⁰ de atendimento à pessoa em sofrimento mental.

Diaz (2008) comenta que na luta pela redemocratização do país a Reforma Psiquiátrica Brasileira emerge como movimento social.

Neste trabalho, ao nos referirmos aos movimentos sociais, utilizaremos o conceito de Maria da Glória Ghon para defini-los. Segundo a autora:

Movimentos sociais são ações sociopolíticas construídas por atores sociais coletivos pertencentes a diferentes classes e camadas sociais, articuladas em certos cenários da conjuntura socioeconômica e política de um país, criando um campo político de força social na sociedade civil. (...) Os movimentos geram uma série de inovações nas esferas pública (estatal e não estatal) e privada; participam direta ou indiretamente da luta política de um país e contribuem para o desenvolvimento e a transformação da sociedade civil e política. (...) Eles têm como base de suporte entidades e organizações da sociedade civil e política com agendas de atuação construídas ao redor de demandas socioeconômicas ou político-culturais que abrangem as problemáticas conflituosas da sociedade onde atuam. (1997, p. 251, 252).

Utilizando ainda as palavras de Ghon (1997), o movimento social é a ação dos homens na história social, por ser construído a partir de determinados problemas sociais e de suas demandas, e ter como categorias teóricas de formação a participação, a experiência, os direitos, a cidadania, dentre outros.

Tanto o movimento sanitarista quanto o MTSM lutavam pela transformação do sistema de atenção à saúde, pois a crise do setor era vista como reflexo da situação

³⁸ No cenário internacional, na década de 1970, em Trieste, Franco Basaglia, construiu novos espaços e desenvolveu novas formas de lidar com a “loucura”, e esses novos espaços e formas de lidar com a doença mental influenciaram os idealizadores do projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

³⁹ O termo desinstitucionalização vem sendo compreendido por diferentes atores como desospitalização, desassistência ou desconstrução, conforme interesses ou pontos de vista impregnados de poder ideológico (GONÇALVES e SENA, 2001).

⁴⁰ Hospitalocêntrico: é o modelo de tratamento em hospitais psiquiátricos, de exclusão, de reclusão e muitas vezes de asilamento.

política do país - uma política privatizante da saúde, vista como prática de controle e reprodução das desigualdades.

O projeto do MTSM era tanto de transformação psiquiátrica quanto de organização do sistema assistencial psiquiátrico, que lutava pela questão do direito à cidadania das pessoas em sofrimento mental através de uma reconstrução democrática dos dispositivos terapêuticos e instituições do setor psiquiátrico. Assim, de acordo com o conceito de cidadania passiva e ativa de Duriguetto (2007), o portador de transtorno mental, que durante muito tempo teve sua cidadania outorgada pelo Estado (cidadania passiva), agora, com a proposta da reforma psiquiátrica, retornava à sociedade, retomava o controle de sua vida, apropriava-se de seu “status de cidadão”, instituindo-se enquanto cidadão portador de direitos e deveres (cidadania ativa).

A Reforma Psiquiátrica,

como um conjunto de transformações de práticas, de saberes e de valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6).

Para Duriguetto (2007), temos que pensar a democracia enquanto processo, cuja direção e finalidade se assentam na organização e na formação de uma vontade coletiva das classes subalternas para a construção de seu projeto emancipatório.

Conforme texto da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental em Brasília, em 2005, o movimento da Reforma Psiquiátrica é formado por atores, instituições e forças de diferentes origens e repercute nos governos federal, estadual e municipal. Incide também nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares e nos movimentos sociais, como o Movimento da Luta Antimanicomial. Repercute, ainda, no imaginário social e na opinião pública. (BRASIL, 2005).

Também foi nesse período (1978 – 1991) que, em 1978, o II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru - SP, levantou a bandeira de “Por uma sociedade sem manicômios”.

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, onde foi discutida a necessidade de superação do modelo assistencial então denominado hospitalocêntrico e baseado no modelo médico psiquiátrico, considerado violador dos direitos humanos fundamentais. Nesse ano também ocorreu a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo.

Mas, para Dirceu, essas discussões tão relevantes sobre mudanças no sistema hospitalocêntrico, como as criações de serviços extra-hospitalares, ainda estavam distantes da sua realidade. Consta no prontuário do 37º internamento, em 1987, no exame de entrada:

Vem com família, sem encaminhamento médico, informações de agressividade, quebra objeto domiciliares (TV) a chute, não dorme, recusa medicação, sai andar sem destino. Apresenta-se com certa inquietação psicomotora, cabisbaixo, olhos fechados, risos imotivados, indiferente ao entrevistador e ao meio, contato forçado e por vezes desconexo. Psicótico crônico, bastante deteriorado.

Seguem-se nesse mesmo prontuário várias observações anotadas pelos psiquiatras; nessa época os demais profissionais não realizavam suas observações, sendo o prontuário somente de uso médico. Há anotações como: “calmo no pátio, aparente bom comportamento hospitalar” e “calmo e respeitoso, pensamento sem crítica”.

Em seu 38º internamento, em uma das anotações médicas assim está escrito: “Perambulando no pátio, ‘fico falando bobagem na rua, tô louco’(sic), - muito deteriorado”. Nesse internamento, Dirceu fugiu do hospital após 52 dias de internação.

Em novembro de 1987, em seu 39º internamento, veio conduzido por viatura policial, com história de agitação psicomotora e tentativa de agressão à mãe. E mesmo com esse episódio de agressividade, no dia 23/12, um dia antes da véspera de Natal, com um mês de internamento, a mãe pede alta para o médico assistente, pois segundo ela: *“Se o Sr. não liberá-lo, tiro sem alta”*.

Nesse ano de 87 Dirceu foi internado no HPFR por três vezes, totalizando cento e trinta e quatro dias de exclusão sócio-familiar, imerso em um sistema de regras, com horários, medicamentos que desconhecia e visitas escassas.

Ainda nesse mesmo período foram implantados, “em Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, são criadas cooperativas, associações e residências⁴¹ para egressos do hospital e associações”. (BRASIL, 2005).

Em 1989 foi enviado ao Congresso Nacional o Projeto de lei nº. 3.647/89, do Deputado Paulo Delgado (PT – MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa em sofrimento mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. Enunciava-se pela primeira vez no campo legislativo a necessidade de transformação da regulamentação da assistência psiquiátrica. Enquanto o projeto de lei era encaminhado para o Congresso Nacional, Dirceu era encaminhado para mais três internações devido à agressividade, principalmente com familiares, apresentando inquietude e recusando-se a tomar medicação em domicílio. Em observação clínica anotada por um dos médicos do hospital consta: *“Psicótico crônico, muito decadente, de difícil controle ambulatorial”* e *“Função psíquica rebaixada”*. Nesse internamento, o seu 43º, após revisão de prontuário realizado pelo médico de plantão, este observou que até então, nos últimos 12 internamentos, “dois saiu com alta, teve uma fuga e nove vezes foi retirado pela mãe sem alta médica”. A partir desse internamento, a mãe começou a esperar a alta médica. Em uma anotação médica consta: *“Eu quero ir embora porque aqui eu não janto direito”*. Nesse prontuário, de abril de 1989, já constam anotações de outros profissionais da equipe; em uma delas está descrito: *“aparentemente calmo em grupo, dirigindo-se ao médico de forma respeitosa, obediente às solicitações da enfermagem”*. Essa anotação nos remete à hegemonia psiquiátrica de que a conduta da PSM deve ser ‘normalizada’, adaptada à realidade do local em que está inserida, discurso que vigorou por muito tempo.

Outro marco importante desse período foi a criação, pela Constituição Federal, do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990. O Sistema Único de Saúde:

[...] tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinante de uma “saúde como direito de todos e dever do Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988.

⁴¹ Residências Terapêuticas: moradias para egressos de hospitais psiquiátricos ou não, PSMs graves, que perderam o vínculo familiar. Devem acolher oito moradores, e é designada uma pessoa, o “cuidador”, para apoiar os moradores no seu cotidiano. Cada residência deve estar referenciada a um CAPS.

Esse sistema alicerça-se nos princípios de **acesso universal**, público e gratuito às ações e serviços de saúde; **integralidade** das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; **equidade**, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; **descentralização** dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; **controle social** exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2004, p.13).

O SUS é formado pela articulação entre as três gestões: federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social que é exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde, nos quais observamos a participação da sociedade civil.

Ao falarmos de sociedade civil, convém citarmos o seu conceito segundo Gramsci, como citado por Duriguetto: “é o espaço em que são construídos e articulados projetos de direção ético-política, onde se formam vontades coletivas, espaço em que se disputa o poder e a hegemonia” (DURIGUETTO, 2007, p.19).

Nesse período, tão importante para a nação por causa da criação da Constituição Federal e do SUS, Nina, em junho de 1988, aos 28 anos de idade, era internada pela primeira vez em uma instituição psiquiátrica por trinta e cinco dias, porém ainda na categoria INAMPS. A mesma instituição psiquiátrica da qual Dirceu havia saído com alta hospitalar três dias antes. Naquele ano, Dirceu esteve três vezes internado, totalizando cento e trinta e oito dias de institucionalização. Já, Nina, tem seu primeiro internamento marcado por várias intercorrências em ala, associadas a impregnação neuroléptica – fenômeno clínico indesejável da medicação; na fala popular, a pessoa fica “robotizada”, a musculatura geral do corpo fica rígida e ocorre um tremor generalizado. É uma condição dolorosa para a pessoa.

Há uma anotação médica de quatro dias antes de sua alta, na qual consta: *“respeitosa, calma, orientada global, conduta adequada no pátio, sem manifestações de ansiedade, inclusive participando dos bailes, foi à festa caipira e comportou-se bem!!”*

2.5 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA - 1992 a 2000

O Projeto de Lei Paulo Delgado serviu como fonte inspiradora aos movimentos sociais, para que estes conseguissem a elaboração e a aprovação das

primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, ou seja, a implantação dos serviços terapêuticos substitutivos em oito unidades da federação e em vários estados brasileiros. (BRASIL, 2005).

A política do Ministério da Saúde (MS), influenciada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, começou a regulamentar e implantar as primeiras normas federais para a implantação de serviços de atenção diária: CAPS, NAPS e Hospitais-dia e também as primeiras normas para a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Os NAPS e CAPS são definidos como “unidades de saúde locais/regionais que contam com população adscrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Pela regulamentação legal, devem oferecer os seguintes atendimentos: individual; grupos (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas, entre outras); visitas domiciliares; atendimento à família e “atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social” (Ministério da Saúde/BRASIL, 1994).

Da regulamentação ministerial, importa chamar a atenção para o seguinte: embora pertençam ao grupo de atendimento ambulatorial, os CAPS e NAPS são estruturas específicas, diferentes do ambulatório *stricto sensu*. Embora os hospitais-dia tenham sido os precursores históricos dos CAPS, a expressão hospital-dia passa a designar uma estrutura propriamente hospitalar, de semi-internação, com duração máxima de 45 dias, podendo-se deduzir que ela visa oferecer atendimento intensivo em períodos mais agudos, para evitar internação, ou em saídas de internação, como estrutura de passagem. (Tenório, 2002, p. 42).

Nesse período, segundo Santos (2008), ainda não existia uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS, nem normas para a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, e não se sabia ainda como seria a desativação progressiva dos leitos. Em meados da década de 1990 havia duzentos e oito CAPS em funcionamento, mas 93% dos recursos do Ministério da Saúde ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2006).

Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foram debatidas as experiências práticas de diversas políticas públicas municipais comprometidas com a transformação do modelo assistencial e a afirmação dos direitos de cidadania. O evento contou com a participação efetiva de usuários e familiares, indicativo do processo de mudança em curso (BRASIL, 2006).

No entanto, Dirceu, que foi internado por dois meses nesse ano, ainda se encontrava longe de assumir o seu “*status*” de cidadão portador de direitos e deveres⁴². Continuava com sua cidadania passiva outorgada pelo Estado.

Em março de 1992, em seu 49º internamento, assim está anotado pelo psiquiatra: “*pouco recebe visitas; controlado pela medicação e pelo ambiente, respeitoso ao contato, sempre participando das atividades da ala, inclusive tocando violão*”. Seu ‘dever’ é controlar-se, participar das atividades, ter atitudes consideradas pela equipe como sendo respeitadas, adaptar-se à rotina da instituição que o controla.

Outras histórias de internações tinham início na década de 90: a de Diva, que aos 32 anos era internada pela primeira vez, acompanhada pelos policiais em todos os quatro internamentos daquele ano, com histórias de agressão contra sua filha em todos eles; e a de Davi, que aos 18 anos de idade, era internado pela primeira vez em um hospital psiquiátrico. Davi internou-se por dez vezes entre 94 e 99. Dentre as demais histórias, o que torna a de Davi especial é o fato de a família ter pensado em desistir dele, solicitando asilamento, pois como disse seu pai para a assistente social em um de seus internamentos: “... *pois nem que morra aqui*”.

Observando o prontuário do primeiro internamento de Diva, verifiquei que ela foi internada em um apartamento particular, sendo posteriormente transferida para a ala feminina. Uma hipótese provável, que faz parte do nosso imaginário, é que quando se interna alguém ‘particular’ o atendimento é diferenciado, e também não ocorre contato com os demais internos, ditos ‘doentes mentais’. Nesse internamento há uma anotação da psicóloga da ala, que relata que Diva “*vem apresentando bom desempenho na Comissão da Copa*”. Era comum no hospital pacientes ‘ajudarem’ em algumas atividades, como: secar louça na copa, ajudar a arrumar camas, fazer parte da comissão de recepção – dar boas vindas às recém-chegadas e explicar a rotina da ala, etc. O hospital ainda não dispunha, em seu quadro de funcionários, do terapeuta ocupacional, mas havia alguns funcionários que realizavam “praxiterapia”: crochê, tricô, bordado, pintura em tecido, enfim, algum tipo de artesanato.

⁴² [...] o cidadão é dependente do Estado, que estabelece regras para aquisição da cidadania, diz quais são os seus direitos e as condições para gozá-los, fixando também as hipóteses de sua perda. Nessa ótica de delimitações jurídicas para a expressão e condução da cidadania levada a cabo pelo Estado, a cidadania é uma invenção do Estado por meio da qual o cidadão passa a ser moldado e controlado. (FERREIRA – no artigo não consta data nem página).

Davi, ao ser internado pela primeira vez no HPFR, já encontrou o hospital em um momento diferente dos demais. Devido ao movimento pela Reforma Psiquiátrica e às fiscalizações pelas quais passava, o hospital começava a adequar-se ao novo modelo de atendimento. Davi foi atendido por profissionais de diversas áreas: médicos psiquiatras, assistente social, estagiária de serviço social, psicólogos, terapeuta ocupacional, enfermeira, professor de educação física e estagiários de educação física, realizando atividades individuais e em grupo. O atendimento não estava mais centrado somente no paciente, e sim, voltava-se para a família. Em fevereiro de 1994, a assistente social anotou no prontuário: *“Seu pai participou da reunião de família com a assistente social e psicóloga no dia 02/02/94 – 4ª feira e logo após visitou-o”*. Existia um movimento para trazer a família como mais uma aliada na recuperação do paciente, bem como para dar um suporte terapêutico a essa família, também afetada pelo sofrimento mental.

Enquanto isso, o Projeto de Lei Paulo Delgado continuava em tramitação no Congresso Nacional, aguardando para ser sancionado (BRASIL, 2005). Apesar da demora em sua aprovação, convém destacar que a apresentação do Projeto de Lei fomentou uma intensa discussão sobre o tema em todo o Brasil. Pode-se, assim, dizer que nesse período amadureceram, consolidaram-se e ganharam visibilidade os processos que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, para a construção de uma nova forma de assistência psiquiátrica.

2.6 A REFORMA PSIQUIÁTRICA APÓS A LEI FEDERAL 10.216 - 2001 a 2009

Em 06 de abril de 2001, após doze anos, o projeto de lei foi promulgado em lei federal - Lei 10.216/ 01. Essa lei redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos.

Assim, respaldada pela Lei 10.216 e pelas diversas portarias implantadas pelo Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica foi formulada como uma política pública de Estado.

Ao final de 2001, ocorreu em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como tema central das discussões a “Reorientação do Modelo Assistencial”, vinculado ao tema mundial daquele ano, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “Cuidar sim. Excluir, não”. E a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, forneceu os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil. Na conferência “os usuários e a sociedade civil representaram 50% do total de delegados eleitos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Vale a pena ressaltar que a Comissão Organizadora da III Conferência teve na sua estrutura e composição a Comissão Intersetorial de Saúde Mental do conselho organizador da conferência, com a participação de Paulo Duarte de Carvalho Amarante representando o Movimento da Luta Antimanicomial.

Nina e Dirceu, que estiveram ambos internados duas vezes no ano da promulgação da lei e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, talvez nem tenham tomado conhecimento do tema da Conferência - “Cuidar sim. Excluir, não” - e nem da lei que privilegiava os tratamentos em serviços de base comunitária.

Tratava-se do internamento mais longo de Nina, ela permaneceu internada de setembro/90 ao final de janeiro/91, totalizando quatro meses. Na ficha do internamento já se observavam alguns reflexos da mudança preconizada pela lei da Reforma Psiquiátrica Estadual. No internamento, obedecendo à lei, já constava se este havia sido voluntário, involuntário ou compulsório e havia a avaliação da clínica médica. Já existia no quadro de funcionários um médico clínico para atendimento dos pacientes e constavam as licenças de finais de semana – autorização para permanecer em casa aos sábados e domingos, no intuito de fortalecer os vínculos familiares e observar o comportamento em casa, com os pais. Mas em dissonância com as mudanças, foi o internamento cujo período de exclusão social foi o maior do histórico de Nina.

Já Dirceu permaneceu internado por 56 dias. Novamente, tinha quebrado a TV em casa - dera duas facadas na TV - e agredira fisicamente a mãe idosa. Apesar disso, a mãe insistiu e em levá-lo para casa e o médico acabou por dar alta hospitalar.

Após serem criadas linhas específicas de financiamento para os serviços substitutivos e normas de fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos, a rede de atenção à saúde mental teve uma importante expansão, conseguindo atingir

municípios-sede de hospitais psiquiátricos e também municípios onde a assistência comunitária em saúde mental era até então inexistente, analisa Santos (2008). O processo de desinstitucionalização de pessoas com longos períodos de internação através da criação de programas, uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica, e a política para a questão do álcool e outras substâncias também são marcos importantes desse período. (BRASIL, 2005).

Então, em 2004, é realizado o I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo trabalhadores e usuários de CAPS. É nesse período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal, que se caracteriza pela construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e pela fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos. (BRASIL, 2005). O HPFR, desde 1990 já havia reduzido em 120 leitos a sua capacidade; funcionava, em 2004, com 260 leitos conveniados ao SUS.

Para Dirceu, significou o fim de seus sessenta e oito internamentos psiquiátricos. Em 2004, esteve internado pela última vez de 02 de abril a 10 de junho. Naquele mesmo ano, cinco meses após Dirceu ter recebido alta, a instituição que conteve seus surtos iria fechar suas portas. Após anos de muitos internamentos, Dirceu teria que aguardar a criação, em Ponta Grossa, dos serviços substitutivos preconizados pela Reforma Psiquiátrica, serviços esses com modelos de atendimento opostos àqueles que vivenciara durante dezesseis anos. No contexto brasileiro estava havendo uma progressiva redução de leitos psiquiátricos e, por outro lado, uma expansão de credenciamentos de CAPS.

A redução de leitos psiquiátricos e a expansão dos CAPS no país pode ser mais bem entendida pelas tabelas abaixo. O processo de redução programada e progressiva tem sido acompanhado pela expansão da rede hospitalar.

É bom lembrar que a grande quantidade de leitos psiquiátricos do passado não estava associada a uma boa atenção às pessoas em sofrimento mental, pois grande parte era de leitos de longa permanência (pacientes asilados). O fechamento dos leitos de baixa qualidade dos grandes hospitais psiquiátricos (acima de 400 leitos) e o investimento na rede aberta de serviços fez a cobertura em saúde mental aumentar.

Nas tabelas abaixo acompanhamos a desativação anual de leitos psiquiátricos no Brasil, e no quadro seguinte, o número de CAPS que foram criados anualmente no país.

Tabela 1 - Desativação anual de leitos psiquiátricos no Brasil - 2002 a 2009

Ano	Leitos Psiquiátricos
2002	51.393
2003	48.303
2004	45.814
2005	42.076
2006	39.567
2007	37.988
2008	36.797
2009*	35.426

*04 junho de 2009

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/Datasus.

Tabela elaborada por Fabiana Vosgerau Trentini

Tabela 2 - Número de CAPS implantados no Brasil - 2002 a 2009

Ano	CAPS
2002	424
2003	500
2004	605
2005	738
2006	1.010
2007	1.155
2008	1.326
2009	1.467
2010*	1.541

*Até 25 de junho de 2010

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPES

Tabela elaborada por Fabiana Vosgerau Trentini

Em 25 de junho de 2010, o Brasil contava com 725 CAPS I⁴³, 406 CAPS II⁴⁴, 46 CAPS III⁴⁵, 122 CAPS i⁴⁶ e 242 CAPS ad⁴⁷, num total de 1.541 CAPS em funcionamento. (BRASIL, 2010).

O processo de desinstitucionalização avançou significativamente, percebe-se isso através da redução gradativa dos números de leitos psiquiátricos e da expansão de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que já estão com 63% de cobertura em saúde mental. Em 2002, apenas 21% da população estava coberta em saúde mental. (BRASIL, 2010).

São projetados menos de 30.000 leitos psiquiátricos convencionais em todo o país para os próximos quatro anos, contudo é necessário ampliar o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. No país temos 415 hospitais gerais com leitos psiquiátricos, dos quais 2.568 são do SUS. (BRASIL, 2010).

2.7 OS ATORES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA⁴⁸

Como já citado anteriormente, o Movimento Sanitarista e o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) são atores relevantes na trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira. E do MTSM advém outro movimento muito significativo na Reforma Psiquiátrica: o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

Em 1979 ocorreu, em São Paulo, o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, durante o qual um dos pontos de discussão foi a necessidade de uma articulação com outros movimentos sociais.

⁴³ Conforme portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, CAPS I é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, que pode funcionar no período das 8 às 18 horas, durante cinco dias da semana.

⁴⁴ Conforme já observei anteriormente, CAPS II é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios de 70.000 a 200.000 habitantes, que pode funcionar no período das 8 às 18 horas, durante cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno até as 21 horas.

⁴⁵ CAPS III é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com populações acima de 200.000 habitantes. Constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana.

⁴⁶ CAPS i é um serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes em municípios com populações de cerca de 200.000 habitantes, que pode funcionar no período das 8 às 18 horas, durante cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno até as 21 horas.

⁴⁷ CAPS ad é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (substâncias que afetam o funcionamento do cérebro) em municípios com populações superiores a 70.000 habitantes, que pode funcionar no período das 8 às 18 horas, durante cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno até as 21 horas.

⁴⁸ Utilizado como fonte para compor o texto: Amarante (1998), Diaz (2008) e Lüchmann e Rodrigues (2007).

Em 1987, Dirceu era internado pela trigésima oitava vez. Somando-se os três internamentos daquele ano permaneceu cento e trinta e quatro dias institucionalizado, sendo que em um dos internamentos veio conduzido em viatura policial. A mãe, durante o exame de entrada, relatou ao médico plantonista, nas três vezes em que foi internado, que Dirceu quebrara objetos dentro de casa, tentara agredi-la, apresentando risos imotivados. Dirceu estava internado, mas fora dos muros do hospital fatos importantes aconteciam nesse mesmo ano. Em Bauru – SP registrou-se, no II Congresso Nacional do MTSM, a presença de associações de usuários e familiares, entre eles a “Loucos pela Vida” (SP) e a Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), do Rio de Janeiro.

Conforme Lückmann e Rodrigues (2007), com a participação dessas novas associações, o movimento tornou-se mais amplo, pois não somente os trabalhadores, mas outros atores se incorporaram à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas. Ainda conforme as mesmas autoras:

Tendo em vista uma significativa aproximação dos usuários e dos familiares, é criado, neste II Congresso, o **Manifesto de Bauru** que, segundo Silva (2003), constitui-se como uma espécie de documento de fundação do movimento antimanicomial que marca a afirmação do laço social entre os profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento.

A partir deste manifesto, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial que, segundo Lobosque (2001), significa: “**Movimento** - não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; **Nacional** - não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; **Luta** - não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; **Antimanicomial** - uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios”. (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 403).

Ainda segundo Lückmann e Rodrigues (2007), o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA)⁴⁹ constitui-se em importante movimento social brasileiro, na medida em que se organiza e se articula tendo em vista transformar as condições, as relações e as representações em torno do fenômeno social “loucura”. Suas ações e lutas vêm influenciando as diferentes dimensões da vida social.

⁴⁹ É instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

O MLA combate as formas de exclusão que tomam a “loucura” como objeto e exige iniciativas políticas e jurídicas. Constitui-se em um sujeito político na conceituação, divulgação, mobilização e implantação de práticas transformadoras, na fomentação de reflexões críticas ao modelo da psiquiatria centrada na hospitalização como única forma de tratamento.

A partir dessas reflexões, uma nova política de saúde mental foi se desenhando no cenário nacional, e com suas ideologias, perspectivas e práticas podemos dizer, segundo Lückmann e Rodrigues (2007), que isto gerou conflitos com outros atores que também tinham suas ideologias, perspectivas e práticas já estabelecidas, tais como o setor privado (representado pela Federação Brasileira de Hospitais), a indústria farmacêutica, e também as associações de usuários e familiares contra a reforma psiquiátrica. Ou seja: antimanicomialistas *versus* manicomialistas.

Além desses conflitos referentes à questão do “louco” e da “loucura” e do seu tratamento, percebem-se também importantes diferenças e disputas no interior do próprio Movimento de Luta Antimanicomial (LÜCHMANN; RODRIGUES 2007). O crescimento significativo de participantes tornou-se inversamente proporcional a sua preparação e formação política, o que acabou resultando em pobreza de conteúdo nos debates e em propostas sem reflexões. Temos, então, a existência de três segmentos dentro do próprio movimento: usuários, familiares e profissionais.

Esses conflitos e impasses internos resultaram na configuração de uma outra forma organizativa:

Não permanecemos como reféns em nosso próprio campo, imobilizados em nome de uma unidade suposta, ou de uma falsa aparência: retiramo-nos, pois, de um espaço organizativo que rompeu há muito tempo, a nosso ver, com o pacto de Fundação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador⁵⁰. (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 404).

Assim, em 2003, período em que Dirceu permaneceu internado durante quarenta dias e que Diva internava pela última vez no HPFR, constitui-se a Rede

⁵⁰ Este trecho faz parte do manifesto intitulado: Fundação da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - Manifesto pela luta antimanicomial em boa companhia, enviado ao Conselho Nacional de Saúde em março de 2003. (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007, p. 404).

Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, que realizou o seu primeiro encontro nacional em dezembro de 2004.

Diva, em sua última passagem pelo HPFR foi internada involuntariamente, apresentando a condutopatia habitual: agressividade para com a filha, atitude de soberba, delírios, descuido com a higiene. Permaneceu internada desde dezesseis de dezembro de 2002 até seis de fevereiro de 2003. Realizava voluntariamente as atividades diárias da ala – terapia ocupacional, atividades da educação física, grupos, etc. Nesse período já estavam acontecendo reuniões com os familiares, preparando-os para o fechamento do hospital, bem como, motivando-os a formar uma associação de familiares de pessoas em sofrimento mental, visto que já existiam no Brasil algumas associações, porém, no município de Ponta Grossa isso não ocorreu.

Esse novo movimento, segundo Lüchamann e Rodrigues (2007), reuniu lideranças expressivas de profissionais, usuários e familiares, organizados em vários estados da união através de associações que reuniram esses segmentos. Possuíam espaços, fóruns organizados que discutiam a clínica antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica e a militância política, entre outros aspectos.

2.8 A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO PARANÁ

Podemos dizer que no Paraná houve avanços na assistência psiquiátrica “com a elaboração de uma ‘Política de saúde Mental’, a constituição da Comissão Estadual de Saúde Mental, entre outras iniciativas que ganham intensidade neste início do século XXI” (WADI, 2009, p. 78), graças à aprovação da Lei Estadual nº. 11.189⁵¹, de 09 de novembro de 1995, de autoria de Deputado Florisvaldo Fier, médico pediatra, conhecido como “Dr. Rosinha”. No texto da lei consta:

Art. 2º: O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 53).

⁵¹ Texto na íntegra consta em anexo.

O Paraná tem 399 municípios e uma população estimada em 10.590.169 habitantes (IBGE, 2008⁵²). Em 04 de junho de 2009 havia “2.803 leitos psiquiátricos e 15 hospitais psiquiátricos, efetivando uma concentração de 0,26 leitos por habitante” (BRASIL, 2010, p. 17). O parâmetro estipulado pela Organização Mundial de Saúde é de 01 leito para cada 1.000 habitantes⁵³. Assim sendo, o Paraná está em 4º lugar entre os estados com maior concentração de leitos. (BRASIL, 2010).

Em 25 de junho de 2010 consta que o Estado possuía 34 CAPS I, 26 CAPS II, 02 CAPS III, 07 CAPS i e 20 CAPS ad, totalizando 89 CAPS em funcionamento.

Temos como indicador 01 CAPS para cada 100.000 habitantes, ou seja, uma cobertura de 0,68⁵⁴ por habitante, o que significa que o estado do Paraná dispõe de uma cobertura regular/boa de CAPS para sua população usuária de serviços de saúde mental. Os parâmetros são: cobertura muito boa: acima de 0,70; cobertura regular/boa: entre 0,50 e 0,69; cobertura regular baixa: entre 0,35 a 0,49; cobertura baixa: de 0,20 a 0,34; cobertura insuficiente/crítica: abaixo de 0,20.

Em tempo, ao citar os dados acima, utilizo como fonte o boletim eletrônico Saúde Mental 7, do Ministério da Saúde, publicado em 2010. Em algumas tabelas consta o dia 25 de junho de 2010 e em outras o dia 04 de junho de 2009 como sendo a data mais recente.

Em 2001, o Paraná tinha dezoito hospitais psiquiátricos em funcionamento; atualmente, há 2.803 leitos psiquiátricos/SUS em quinze hospitais psiquiátricos ativos (BRASIL, 2010). Entre os desativados está o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha - Ponta Grossa - fechado em meados de 2004. Quanto aos serviços substitutivos, em abril de 2004 o CAPS ad iniciou seu funcionamento, mas somente em setembro de 2006 foi inaugurado o CAPS II, que atende PSMs.

Além do gradativo fechamento dos hospitais psiquiátricos está também prevista em lei a lenta e gradativa redução de leitos psiquiátricos nos hospitais que ainda estão em funcionamento. Na tabela abaixo podemos observar a crescente

⁵² IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

⁵³ Conforme Brasil, MS, Saúde Mental em Dados 7, p. 17, 2010. “Para avaliar a concentração de leitos, é preciso considerar, além do número absoluto de leitos nos estados, o indicador leitos/1000 habitantes – que leva em conta a população dos estados. É somente através do Indicador Leitos/1000 habitantes que podemos comparar os estados”.

⁵⁴ Fontes: área técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e IBGE – Estimativa Populacional 2008.

Nota 1 – O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab, considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 hab, o CAPS III, a 150.000, e que os CAPS II, CAPSi e CAPS ad dão cobertura a 100.000 hab.

Nota 2 – Parâmetros: cobertura muito boa (acima de 0,70), cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

diminuição das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas para a especialidade de psiquiatria entre os anos 2000 e 2009. A tabela apresenta os números de AIH pagas no Brasil, no estado do Paraná e no município de Ponta Grossa entre os anos de 2000 e 2009.

TABELA 3 - Número de AIH pagas no Brasil, Paraná e Ponta Grossa - 2000 a 2009

AIH pagas/Psiquiatria	Brasil	Paraná	Ponta Grossa
2000	819.069	71.905	4.266
2001	767.706	70.520	4.475
2002	732.875	69.433	4.009
2003	695.625	68.094	3.733
2004	648.048	51.694	3.156
2005	629.124	46.930	-----
2006	595.295	43.631	-----
2007	586.147	45.248	323
2008	558.136	44.550	486
2009	535.696	43.866	250

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela elaborada por Fabiana Vosgerau Trentini

Dados em 01/12/2010

O DATASUS não apresenta dados referentes a AIHs pagas para a especialidade de psiquiatria em Ponta Grossa nos anos de 2005 e 2006. Enviei e-mail solicitando informações para o próprio DATASUS, para a Secretaria Estadual de Saúde SESA/PR (Divisão de Saúde Mental –DVSAM) e para a 3ª Regional de Saúde. Apenas a 3ª Regional de Saúde deu-me retorno, informando que encaminhara meu e-mail para a Divisão de saúde Mental (DVSAM) da SESA, mas que possivelmente o município não teria alimentado o banco de dados do DATASUS com as informações necessárias.

2.9 A PSIQUIATRIA EM PONTA GROSSA

Ao falarmos de atendimento psiquiátrico em Ponta Grossa⁵⁵, faz-se necessário, contextualizarmos o município que foi sede do HPFR e que tem credenciado, junto ao Ministério da Saúde, o CAPS onde foi realizada a pesquisa de campo para este trabalho.

⁵⁵ Localizada no segundo planalto paranaense, Ponta Grossa, devido a sua posição geográfica e facilidade de acesso a todas as regiões do Estado, é um importante entroncamento rodoferroviário. A cidade tem suas raízes no tropeirismo, na pluralidade étnica e nos caminhos da estrada de ferro. Fonte: PMG - UEPG - SESI/ Autor: Laertes Souza.

O município, de acordo com a Associação Comercial e Empresarial de Ponta Grossa (ACIPG), em seu perfil socioeconômico de 2010, possui uma população de 318.205 habitantes, sendo 314.470 domiciliados na área urbana e 3.735 na área rural. Quanto ao sexo, 154.928 são homens e 163.277 são mulheres. No que se refere à faixa etária, 29.343 encontram-se entre 0 e 4 anos; 28.862 entre 5 e 9 anos; 25.678 entre 10 e 14 anos; 23.786 entre 15 e 19 anos; 54.628 entre 20 e 29 anos; 94.535 entre 30 e 49 anos e 61.373 têm mais de 50 anos. Desse total, 275.181 são alfabetizados.

No que refere à área da saúde, o município, segundo a Secretaria de Saúde (PMPG, 2010), disponibiliza para o atendimento da população: 10 estabelecimentos hospitalares, 49 Unidades de Saúde, 680 leitos hospitalares, 15 laboratórios, 23 clínicas médicas e odontológicas e 08 clínicas de reabilitação.

Com a desativação do HPFR, em 2004, o município disponibiliza os seguintes prestadores de serviços para o atendimento da população na área de saúde mental:

- **Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas - CAPS a.d**

O CAPS a.d. foi inaugurado em abril de 2004. Realiza atendimento psicossocial a usuários de substâncias lícitas e ilícitas. Esse serviço é extensivo aos familiares dos usuários. Além da equipe: médico psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, enfermeira, auxiliares de enfermagem (que são funcionários da Prefeitura Municipal), o CAPS conta com artesãos, oficineiros, serviços gerais; conta, ainda, com o Serviço de Redução de Danos⁵⁶. Está localizado próximo ao Campus Central da UEPG - Praça Santos Andrade - Centro.

- **Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II Transtorno Mental**

O CAPS II foi inaugurado em setembro de 2006. Realiza atendimento psicossocial a pessoas em sofrimento mental. Sua equipe inicial era composta por profissionais da saúde da PMPG⁵⁷. Permaneceram trabalhando no CAPS até a

⁵⁶ A política de redução de danos tem como intervenção principal minimizar os efeitos danosos das substâncias ilícitas. São realizados trabalhos de campo nas ruas, em hospitais, dentre outros, buscando tornar os serviços de saúde mais acessíveis. É uma estratégia de contato com a população, com troca de seringas, distribuição de preservativos, e intervenção educativa. Não irei detalhar, por não ser foco desta pesquisa.

⁵⁷ Dados colhidos com a assistente social do CAPS II em dezembro/2010.

equipe da ONG Núcleo Terapêutico Menno Simons ser contrata em 2007, através de licitação, permanecendo até 2009 - o CAPS esteve fechado durante o período de transição da Menno Simons para a Psico Base. A Clínica Médica Psico Base foi contratada em 2009, após processo licitatório, permanecendo até hoje. Portanto, sua equipe composta por médicos, psicólogos, assistente social, enfermeiras, auxiliar de enfermagem, professora de educação física, artesão/oficineiros é terceirizada. O CAPS II está localizado no centro da cidade, próximo ao Pronto Socorro Municipal e não muito distante do terminal central de ônibus.

- **Ambulatório de Saúde Mental**

O Ambulatório de Saúde Mental (ASM) foi fundado pelo Dr. Cândido de Mello Neto, em 1989. Conveniado ao SUS, presta serviços à população do município de Ponta Grossa e dos municípios que compõem a 3ª Regional de Saúde. Durante o funcionamento do HPFR, atendia egressos da instituição e também servia como porta de entrada para o hospital, encaminhando pacientes para internação.

A equipe do ASM é composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social, auxiliares administrativos, auxiliares de enfermagem e zeladora – funcionários concursados da Prefeitura Municipal. O atendimento em psiquiatria consiste basicamente em consultas e medicação para adultos, crianças, adolescentes e idosos. Na área de psicologia, são realizados atendimentos de terapia individual e em grupo. Quanto ao Serviço Social, este desenvolve trabalhos junto aos pacientes e familiares, visitas domiciliares, encaminhamentos para benefícios e aposentadoria, dentre outros serviços. Está localizado próximo ao Jornal da Manhã, a algumas quadras do Pronto Socorro e do CAPS II.

- **Hospital São Camilo**

O hospital geral São Camilo foi inaugurado em junho de 2006, no espaço físico onde até 2004 funcionava o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha. Ele pertence à Sociedade Beneficente São Camilo, e foi viabilizado através de uma parceria entre os poderes públicos, municipal e estadual. Foi inaugurado com a capacidade de 80 leitos, sendo 10% da sua capacidade destinado a leitos psiquiátricos.

O Pronto Socorro Municipal, ao atender a emergência psiquiátrica, encaminha, quando necessário, os pacientes ao hospital São Camilo para ocuparem os leitos destinados à psiquiatria.

2.9.1 O início da psiquiatria em Ponta Grossa e a fundação do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha⁵⁸

No livro *Histórias da Medicina em Ponta Grossa – Lembranças do Cotidiano Médico* (MELLO NETO, 1995), no capítulo II, é relatada, em um depoimento pessoal, a história da psiquiatria em Ponta Grossa. Conforme depoimento do médico psiquiatra Dr. Cândido de Mello Neto, a especialidade psiquiátrica foi iniciada em 1958, com o primeiro consultório médico de psiquiatria e uma unidade psiquiátrica nos porões do Hospital São Lucas. Portanto, de acordo com Borck (2003), em 1958, após quase 50 anos de exclusivo atendimento em Curitiba, a cidade de Ponta Grossa passou a oferecer tratamento psiquiátrico no interior do estado.

Segundo Wadi (2009), durante cerca de quarenta anos o Hospital Nossa Senhora da Luz, inaugurado em 25 de janeiro de 1903, em Curitiba, foi o primeiro e único hospital psiquiátrico do Paraná e era referência na assistência psiquiátrica. Em março de 1945 foi inaugurado o Sanatório Bom Retiro, o segundo hospital psiquiátrico do estado; o terceiro hospital psiquiátrico (primeiro hospital público) no Paraná foi o Hospital Colônia Adauto Botelho, que iniciou suas atividades em 1954.

[...] o estado do Paraná ampliou a assistência psiquiátrica nas décadas de 1960, 1970 e início da década de 1980, especialmente no interior, com um grande número de hospitais privados, cuja manutenção era largamente subsidiada com recursos públicos. O movimento ocorrido no Paraná estava em consonância com a estratégia adotada pelos governos militares, pós-golpe de 1964, tanto para o campo da saúde geral quanto para o da assistência psiquiátrica, ou seja, um amplo movimento de privatização da assistência amparada por instituições governamentais [...] (WADI, 2009, p. 83)⁵⁹.

⁵⁸ Histórico também baseado nas monografias de: BORCK (2003); KASPER (2003) e LENDZION (2007).

⁵⁹ Em tempo, vale ressaltar que na década de 1960 houve uma grande expansão da psiquiatria privada, porém não voltada para uma mudança no modelo terapêutico destinado às pessoas em sofrimento mental.

Ponta Grossa, na década de 1950, contava com quatro instituições hospitalares: o Hospital São Lucas, a Santa Casa de Misericórdia, um hospital infantil - Clínica Pinheiro, a maternidade Sant'Ana e o Hospital 26 de Outubro⁶⁰.

Após recebida a autorização da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, foi instalado em Ponta Grossa, nos porões do Hospital São Lucas, uma unidade psiquiátrica, que funcionou no porão do hospital geral⁶¹ por nove anos (BORCK, 2003).

“Os leitos da Unidade Psiquiátrica no Hospital São Lucas eram mínimos em relação ao número de pacientes que necessitavam de atendimento médico especializado” (BORCK, 2003, p15). Por ser a primeira unidade psiquiátrica do Estado e estar inserida dentro de um hospital geral, fazia emergir, além do receio, um preconceito por parte do corpo clínico do hospital.

Entretanto, o Hospital São Lucas não era o único espaço para quem padecia de sofrimento mental. Segundo o autor, pacientes que não tinham condições de ficar com suas famílias nem condições financeiras de pagar pelo internamento eram mantidos na cadeia pública, e não raras vezes a cadeia detinha maior número de pacientes em sofrimento mental do que a própria unidade psiquiátrica do hospital. Assim, pelo que se sabe através das fontes consultadas (BORCK, 2003; KASPER, 2003; LENDZION, 2007 e MELLO NETO, 1988), a população que não tinha condições de pagar por um atendimento especializado permanecia encarcerada na cadeia pública até passar seu período de crise.

Mello Neto (1988, p.19) relata que “os doentes eram vistos como uma ameaça à sociedade e quando conduzidos ao hospital eram algemados como presos perigosos, amarrados com cordas, como animais ferozes”.

Dr. Cândido de Mello Neto e Dr. José Carlos Abreu Lima, cunhados, “foram pioneiros na região, na luta pela criação de um hospital específico ao atendimento das doenças mentais” (BORCK, 2003, p. 16). Como já mencionei, os leitos da Unidade Psiquiátrica no Hospital São Lucas eram mínimos em relação ao número de pacientes que necessitavam de atendimento médico especializado, impulsionando a criação de um espaço adequado para o tratamento dos ‘doentes’.

⁶⁰ O Hospital 26 de Outubro era destinado ao atendimento dos funcionários da rede ferroviária. Portanto, era de caráter particular e atendia enfermidades em geral.

⁶¹ A lei que determina leitos psiquiátricos em hospitais gerais surgiu apenas em 1992, com a portaria 224/92, o texto da portaria, na íntegra, encontra-se em anexo.

A novidade ficou por conta da ampliação dos convênios “para atendimentos de doentes mentais” do interior do estado. Tal intenção já fora aventada pelo governo estadual no final da década de 1950 para várias cidades do interior paranaense e realizada com um hospital em Londrina. Assim, em 1966 foram realizados convênios com hospitais particulares (...) (WADI, 2009, p. 83).

Então, em primeiro de setembro de 1967, foi inaugurado o S/A Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha e suas atividades hospitalares começaram com 20 pacientes. Segundo relato de uma das primeiras funcionárias do HPFR e que posteriormente tornou-se a gerente administrativa da instituição, eram 19 pacientes que já estavam internados no Hospital São Lucas e que para ali foram transferidos, e mais um paciente do sexo masculino, oriundo de Telêmaco Borba, que havia sido internado um dia antes da inauguração do hospital.

Até certo ponto, a vida do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha confunde-se com a história da região dos Campos Gerais, pois estabelece-se um espaço social, uma instituição-estabelecimento, um local seguro para a loucura na cidade de Ponta Grossa, o hospício. (LENDZION, 2007, p. 23).

O local (Vila Baraúna) foi escolhido devido à proposta terapêutica que determinava que os internos deveriam dispor de um local amplo e tranquilo. Borck (2003, p. 16) relata que, conforme está documentado no Projeto Terapêutico do HPFR de 1993, “para a escolha do espaço para a construção do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, se levou em consideração, especialmente, ‘critérios voltados à qualidade de vida dos pacientes’”. Em 1967, Baraúna contava com poucos imóveis nas redondezas; ainda era um local afastado do centro da cidade, sendo considerado, dessa forma, apropriado para um hospital psiquiátrico.

Dalmolin (2006, p. 26) assim se expressa ao falar sobre as características físicas e estruturais tradicionais do hospital:

[...] e semelhantes às demais instituições psiquiátricas: localiza-se numa região periférica, na extremidade de um bairro e ao lado dos trilhos ferroviários, o que expressa o caráter simbólico da necessidade do isolamento social a que são submetidos os seus habitantes.

O HPFR, além de estar em um lugar afastado do centro da cidade, também é necessário passar por uma linha férrea para se chegar até ele.

À época, o autor Bisneto (2007, p. 23) relata que “o número de hospícios no Brasil teve um grande aumento após 1964, com as reformas da saúde e da

previdência promovidas pela ditadura militar”. Ainda segundo o mesmo autor (2007, p. 23), “com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada aprovada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS”. Podemos observar que o HPFR foi inaugurado nesse mesmo contexto, em um período propício para a fundação de clínicas particulares, porém conveniadas à previdência social.

O HPFR prestava serviços a pacientes particulares e a conveniados da previdência social. Iniciou suas atividades com dois médicos psiquiatras, um clínico geral e quatro atendentes de enfermagem (BORCK, 2003, p.16).

A construção de um hospital no interior do Estado, na época, representou um ato inovador na medicina local, atraindo ao hospital pessoas de localidades próximas a Ponta Grossa e de outros estados, logo sendo necessário investirem na ampliação das instalações para atender a um número cada vez maior de pacientes cujos familiares buscavam por atendimento psiquiátrico. E conforme aumentava a demanda por atendimento especializado, o HPFR foi aumentando o número de leitos conveniados ao SUS, chegando a ter, em primeiro de maio de 1989, a capacidade de internar 380⁶² pacientes do município e da região.

A partir de 1990, com a preocupação pela busca de melhores condições de atendimento nos hospitais psiquiátricos, e também por ser o período em que tramitava no Congresso Nacional o Projeto de Lei Paulo Delgado, o HPFR começou a sentir os efeitos dessa nova política voltada à diminuição do número de leitos psiquiátricos. O hospital reduziu em cento e vinte o número de leitos. Para se chegar a esse número (120) foi usado como referência um cálculo da Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza a existência de um leito em hospital psiquiátrico para cada dois mil habitantes. O cálculo foi realizado em cima da população reunida dos municípios que compõem a 3ª Regional de Saúde do Paraná, o que resultou nos 260 leitos conveniados ao SUS e 14 leitos destinados a convênios e/ou particulares (BORCK, 2003). Os doze municípios que compõem a 3ª Regional de Saúde são: Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés. (SESA, 2010).

⁶² Borck, 2003, p. 23 (Tabela 2. Números da evolução de leitos de 1967 a 1998. Fonte: HPFR. Arquivo administrativo. Ponta Grossa, 2001).

Tabela 4 - População por Municípios da 3ª Regional de Saúde - PR

Municípios	População
Arapoti	25.645
Carambeí	16.521
Castro	65.363
Ipiranga	13.993
Ivaí	54.151
Jaguariaíva	31.865
Palmeira	31.234
Piraí do Sul	23.170
Ponta Grossa	306.351
Porto Amazonas	4.212
São João do Triunfo	13.611
Sengés	19.356

Fonte IBGE/2007

Tabela elaborada por Fabiana V. Trentini

Esses 260 leitos conveniados ao SUS eram destinados aos 12 municípios, não eram centralizados, não havia uma “cota” de leitos destinados a cada um, havendo vagas na central de leitos, essas eram ocupadas pelas pessoas em sofrimento mental em ‘surto/crise’.

Em 1992, após a II Conferência Nacional de Saúde Mental, iniciou-se um período de controle e supervisão da melhoria dos hospitais psiquiátricos. Os hospitais precisavam aumentar no seu quadro de funcionários, o número de profissionais de diferentes áreas: assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, e, acima de tudo, realizar um projeto terapêutico mais humanizado.

A introdução desses novos conceitos influenciou o modelo de atenção destinado ao paciente e à família. A internação perdeu um pouco do modelo de “isolamento social”. Melhorou o contato entre pacientes, profissionais e família; os familiares passaram a contar com reuniões semanais nas quais eram fornecidas orientações sobre a psicopatologia do paciente (BORCK, 2003); os dias de visita, até então os domingos e as quartas-feiras, passaram a ser todos os dias da

semana. Foi viabilizado, ainda, o contato telefônico entre pacientes e familiares e os pacientes passaram a ter “licenças de finais de semana”, numa tentativa de reintegração, de manter os vínculos sócio-familiares.

O HPFR, em cumprimento a lei federal, passou a comunicar ao Ministério Público as internações compulsórias⁶³. “Esta, quando necessária, deveria ser comunicada num prazo de 72 horas pelo médico que autorizou ao Ministério Público, bem como à Defensoria Pública quando houvesse”. (WADI, 2009. p. 90).

Em relação à questão dos internamentos compulsórios, nos quadros abaixo trago as formas de como se deram os internamentos de Dirceu, Nina Diva e Davi. Vale lembrar que não disponho dos prontuários de Dirceu anteriores a 1986, portanto, as formas como ocorreram seus internamentos foram estabelecidas a partir de 1986.

Quadro 1 – Ano e tipo de internação de Dirceu no HPFR, de 1986 a 2004

1986 a 1997	Nos prontuários clínicos, não era anotado, no exame de entrada, se o internamento se dava de forma voluntária, involuntária ou compulsória, ou até mesmo em concordância com a família
18/10/97	Segundo anotação do médico plantonista: “intenção de internar-se”
14/01/99	Internamento não voluntário
23/09/99	Em concordância com familiares (foi colocado no prontuário como voluntário)
10/02/00	Involuntário
09/07/00	Involuntário
26/09/00	Involuntário. Mas o médico plantonista anota em prontuário: “Aceita passivamente sua entrada para a ala”
29/03/01	Involuntário. Em concordância com a família
20/11/01	Voluntário
21/12/02	Voluntário “aceitando sua entrada passivamente”, segundo anotação médica
13/11/03	Involuntário
19/02/04	Voluntário
02/05/04	Voluntário

Fonte: Prontuários do HPFR. Tabela elaborada por Fabiana Vosgerau Trentini

Constam, nos prontuários de Dirceu, as formas de internamento após 1997, devido à Lei Estadual em vigor. Encontrei, em meio aos prontuários, uma comunicação de internação psiquiátrica involuntária, em cumprimento à Lei nº. 10.216, datada de 13/11/2003, na qual consta o motivo da internação, a justificativa da involuntariedade, o motivo de discordância do paciente quanto à internação,

⁶³ Modelos encontram-se no anexo F

antecedentes psiquiátricos, tempo estimado da internação, contexto familiar, situação jurídica, dados sobre o INSS. Em 23/12/2003 há a comunicação de alta do paciente, justificativa da alta, alta solicitada por médico. Existem dois termos de consentimento livre e esclarecido para internação psiquiátrica voluntária datados de 19/02/2004 e 02/05/2004 e, respectivamente, e seus comunicados de alta em 04/04/2004 e 10/06/2004.

Quadro 2 - Ano e tipo de internação de Nina no HPFR, de 1988 a 2002

23/06/88	Não consta em seu prontuário de que forma ocorreu o internamento
25/05/00	Médico anotou em prontuário que “orienta o internamento com paciente e família”
23/09/00	Voluntário
16/09/01	Involuntário
11/04/01	Involuntário
08/02/02	Voluntário
27/06/02	Voluntário

Fonte: Prontuários do HPFR. Tabela elaborada por Fabiana Vosgerau Trentini.

Não consta em meio aos prontuários de Nina nenhuma comunicação de internação psiquiátrica.

Quadro 3 - Ano e tipo de internação de Diva no HPFR, de 1993 a 2002

26/10/93	Não consta em seu prontuário de que forma ocorreu o internamento
11/03/94	Consta em seu prontuário “médico orienta internamento”
27/01/96	Nada consta em seu prontuário quanto à forma de internamento
16/12/02	Involuntário

Fonte: Prontuários do HPFR. Tabela elaborada por Fabiana Vosgerau Trentini.

Em meios aos prontuários de Diva também não encontrei comunicações de internação psiquiátrica. No internamento de dezembro de 2002, que se deu de forma involuntária, há a seguinte anotação no prontuário, seguida de assinatura de três médicos psiquiatras: *“Entendemos que o quadro delirante persecutório e o comportamento agressivo justificam o internamento involuntário.”*

Quadro 4 - Ano e tipo de internação de Davi no HPFR, de 1994 a 1999

18/01/94	Não consta em seu prontuário de que forma ocorreu o internamento
22/08/94	Médico anota em prontuário: “inquieto, negando-se ao contato verbal, levado imediatamente à enfermaria”.
02/08/95	Não consta em seu prontuário de que forma ocorreu o internamento
09/04/96	Compulsório
13/09/96	Compulsório
29/10/97	Involuntário
10/11/98	Médico anota em seu prontuário: “aceita passivamente”
29/01/98	Compulsório
12/06/99	Involuntário
10/09/99	Involuntário

Fonte: Prontuários do HPFR. Tabela elaborada por Fabiana Vosgerau Trentini.

Nos prontuários de Davi, também não encontrei comunicados de internação psiquiátrica ao Ministério Público e tampouco escrito neles como se deram os internamentos, como no caso de Diva.

Amparados pela lei, justificavam-se os internamentos sem a concordância das pessoas em sofrimento mental. Nesta pesquisa, observei que foi somente a partir de 1997 que começaram a ser feitas anotações sobre a forma como ocorriam os internamentos⁶⁴. A seguir, temos trechos das leis estadual e federal atuais, que estabelecem as formas de internação.

Art. 10 A internação compulsória é aquela realizada sem o expresse consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização.

§ 1º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, à autoridade do Ministério Público, e quando houver, à autoridade da Defensoria Pública.

§ 2º A autoridade do Ministério Público, ou, quando houver da Defensoria Pública, deverá emitir parecer sobre a necessidade e legalidade do ato de internação e da manutenção do internamento, desde que exista solicitação neste sentido, e que se constitua uma junta interdisciplinar composta por 03 (três) membros, sendo um psiquiatra, um psicólogo e um outro profissional da área de saúde mental com formação de nível superior.(Lei Estadual nº. 11.189/95).

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

⁶⁴ No anexo F, encontram-se modelos do TCLE de internação voluntária; comunicação de internação psiquiátrica involuntária e comunicação de alta do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha utilizados a partir de 2001.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. (Lei Federal Nº. 10.216/01).

Retomando a história, em 2000, o hospital já apresentava seus primeiros sinais de declínio, com repasses insuficientes do SUS⁶⁵, e não conseguindo contemplar os requisitos solicitados pelas fiscalizações da Secretaria de Saúde do Estado, o que acabou levando ao seu fechamento (LENDZION, 2007). Durante trinta e seis anos o HPFR estivera em funcionamento, fechando suas portas em 10 de novembro de 2004. Contava, na ocasião, com 260 leitos conveniados aos SUS e 14 leitos destinados a convênios e particulares.

A atenção psiquiátrica no município de Ponta Grossa, sob a égide do modelo hospitalocêntrico oferecido pelo HPFR, deixou impressa uma marca cultural muito

⁶⁵ O hospital, ao ser avaliado por uma comissão técnica formada pelas vigilâncias municipais e estaduais, além da Secretaria do Estado da Saúde, não conseguiu corresponder às exigências da comissão.

forte. Como salienta Kasper (2003, p. 33), em várias regiões do Brasil ficou “institucionalizado também que a rede privada cuidaria dos ‘loucos’ da cidade”.

Após o fechamento do hospital percebeu-se que o município era fortemente dependente da instituição hospitalar Franco da Rocha, o que sugere também uma resistência cultural e política em aceitar as propostas e diretrizes da Lei 10.216.

2.9.2 O processo da Reforma Psiquiátrica no município de Ponta Grossa

Em 2002, foram encaminhados projetos para o Conselho Municipal de Saúde (CMS) que visavam a implantação de serviços substitutivos para as pessoas em sofrimento mental e usuários de álcool e drogas. Entre eles estava o projeto para a criação do CAPS - transtornos mentais. Na época, o projeto foi encaminhado pela Comissão de Saúde Mental, criada no final de 2001, composta entre outros, por profissionais que atuavam no HPFR e ASM.

Os primeiros passos rumo às mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica deram-se em junho de 2000. Os atores protagonistas desse movimento foram os profissionais do NESCO (Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Ponta Grossa) e do HPFR, que redigiram um projeto intitulado “Projeto ReforSUS (Reforço à Organização do Sistema Único de Saúde): Experiências Inovadoras do SUS – Desospitalização de Pacientes Crônicos no Município de Ponta Grossa”. Tal projeto foi financiado pelo Ministério da Saúde, em convênio com a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Em julho de 2002 foram iniciadas as ações previstas pelo projeto, capacitando e orientando profissionais através do curso “Saúde Mental: Uma Proposta de Mudança”, para promover a revisão do modelo de assistência em saúde mental, bem como a sensibilização dos familiares e comunidade por meio de um seminário e cartilhas.

Apesar disso, pouco foi realizado no município em relação aos “avanços” da Reforma Psiquiátrica em Ponta Grossa desde a finalização das capacitações em meados de 2002, e também pouco foi discutido sobre a nova política de saúde mental e implantação de serviços substitutivos de atendimento psicossocial.

Em janeiro de 2004 matérias editoriais⁶⁶ e notas sobre o fechamento do HPFR começaram a ser publicadas nos jornais Diário dos Campos e Jornal da

⁶⁶ No anexo encontram-se algumas cópias xérox de reportagens da época em que o HPFR foi fechado. Utilizo como fonte LENDZION (2007).

Manhã, “momento este que podemos denominar como ‘quente’, pois se inflamam a todo o momento embates discursivos sobre o tema da Reforma Psiquiátrica na cidade” (LENDZION, 2007). Segundo a autora (2007, p. 36), o embate permaneceu na esfera dos:

[...] profissionais da área de saúde, sobretudo os médicos, que discursavam sobre a inexistência de um sistema substitutivo de assistência à saúde mental, das dificuldades de ressocialização e da necessidade de um hospital psiquiátrico para os casos mais graves de transtorno mental. Utilizaram o debate da política sobre Saúde Mental (da lei) para afirmar a necessidade da coexistência do tratamento psiquiátrico dentro dos hospitais psiquiátricos.

Ainda segundo a autora supracitada (2007), a questão central da discussão permaneceu calcada no fechamento do hospital, sem chamar a atenção para o gestor, para o fato de que as políticas municipais de saúde mental preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, com seus dispositivos alternativos à internação psiquiátrica não estavam sendo implementadas, ou mesmo planejadas. Segundo entrevista com alguns profissionais da saúde mental, sujeitos desta pesquisa:

Não houve por parte dos dirigentes e da Prefeitura, também, preocupação quanto a isso (abertura do CAPS). Acredito que a psiquiatria nunca foi para eles um motivo de preocupação, porque o Franco fazia tudo, gerenciava tudo. Então, enquanto o Franco existia, ficava cômodo para eles e não existia esse movimento (Reforma Psiquiátrica). [...] só quando fechou o hospital é que eles foram tomar conta e se dar conta que a coisa teria que acontecer. (A1).

O CAPS II foi aberto muito mais pela teimosia de alguns profissionais de saúde mental do que pela política do município, visando uma melhora da qualidade da assistência ao doente mental. (P2).

Como diz Kasper (2003), a atenção psiquiátrica oferecida pelo HPFR deixou uma marca cultural muito forte, deixando a entender que a rede privada cuidaria das pessoas em sofrimento mental, o que dificultou o aceite das propostas e diretrizes da Lei 10.216. Como salientou a profissional A1: “[...] só quando fechou o hospital é que eles foram tomar conta e se dar conta que a coisa teria que acontecer”.

E levou quase dois anos para “acontecer”! O CAPS II foi implantado no município de Ponta Grossa em setembro de 2006. E nesse intervalo de tempo as pessoas em sofrimento mental e seus familiares não dispunham de um serviço de

atenção psicossocial específico para o sofrimento mental, pois existia somente o CAPS ad, já em funcionamento desde abril de 2004.

O local escolhido para acolher os usuários do CAPS II foi um casarão antigo, com dois pavimentos, na região central da cidade, próximo ao Pronto Socorro Municipal e não muito distante do terminal central de ônibus, o que facilitava o acesso dos usuários. Em seu entorno estão localizados o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente - CMDCA, uma escola de Inglês, o Banco do Brasil e um edifício residencial. Conforme depoimento da assistente social, ela desconhece que tenha havido alguma repercussão negativa, estranheza pelo serviço ou pelos usuários, por parte dos confrontantes devido ao estabelecimento do CAPS II na vizinhança.

A equipe dos profissionais que hoje atuam no CAPS II é terceirizada, faz parte da Clínica Médica Psico Base LTDA, que é vinculada, através de contrato, à Secretaria Municipal da Saúde e à Gerência de Saúde Mental, portanto, quando termina o contrato com a empresa, é necessário realizar uma nova licitação. Durante o período em que tramitam as questões burocráticas o CAPS permanece fechado, deixando usuários e familiares sem assistência psiquiátrica.

Segundo a autora Cherchglia⁶⁷ (p.373)

[...] “a terceirização dos serviços de saúde no SUS tem previsão na própria Constituição. Permite o artigo 197 da Constituição Federal que a execução das ações e serviços de saúde seja feita tanto diretamente pelo Poder Público, como mediante contratação de terceiros, inclusive pessoa física ou jurídica de direito privado, remunerado pelos cofres públicos”.

O que ocorre é a contratação de pessoas, sem concurso público, para atuarem nas mais diversas funções nos serviços de saúde, contratando-se desde profissionais para exercerem atividade na rede de saúde até agentes sem qualquer qualificação. (CHERCHGLIA).

Uma forma de contratação muito utilizada pelo setor público de saúde é o contrato por tempo determinado. Esse tipo de contrato tenta burlar o Regime Jurídico Único – contratação, concurso público, demissão, formas de pagamento e incentivo. O contrato administrativo, como é chamado, tem uma duração de três a seis meses, podendo ser prorrogado. CHERCHGLIA (p. 375) alerta que

⁶⁷ Não consta ano.

[...] “esses contratos de trabalho por tempo determinado faz com que ocorra a diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, por menores salários, por ausência de benefícios e por níveis mais altos de rotatividade.”

Convém ressaltar que devido ao processo licitatório, nem sempre a mesma empresa permanece. Sendo assim, para os usuários isso se torna desgastante, pois a cada término de contrato o vínculo terapêutico é interrompido para iniciar outro vínculo com uma nova equipe que está ingressando no serviço, e que muitas vezes não possui a devida experiência na área de saúde mental, não conhece o histórico pregresso da PSM, começando o processo terapêutico “da estaca zero”.

A Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, afirma que

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a – 01 (um) médico psiquiatra;
- b – 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c – 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d – 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

A atual equipe de profissionais ingressou no serviço em julho de 2009 e é composta por uma assistente social, duas enfermeiras - sendo uma delas a coordenadora do CAPS II –, um médico e uma médica psiquiatra, duas psicólogas, um auxiliar de enfermagem, um agente administrativo, três oficineiros, uma professora de educação física e uma auxiliar de serviços gerais.

Os usuários realizam atividades em grupo com os profissionais, sendo:

- 13 grupos de psicoterapia semanais com a psicóloga;
- A cada 15 dias as enfermeiras realizam atividades em grupo com os usuários;
- A cada 15 dias a assistente social realiza atividades em grupo com os usuários;
- Grupos com oficineiros(as): artesanato, música;
- Grupos de educação física;
- Grupos com o(a) médico(a).

Os usuários também recebem atendimento individual com a assistente social, as enfermeiras, as psicólogas e/ou o(a) médico(a).

Com os familiares, a assistente social e a enfermeira realizam reuniões, que no início do tratamento no CAPS II são semanais e posteriormente tornam-se quinzenais e mensais.

A equipe encaminha seus usuários para cursos profissionalizantes e para a educação formal, oportunizando assim que eles possam, além da reinserção social, também tentar ingressar no mercado de trabalho. Através de acordo entre a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa e a Viação Campos Gerais, responsável pelo transporte urbano do município, os usuários desse serviço que estão na modalidade intensiva (todos os dias) utilizam uma carteirinha que lhes garante o uso gratuito dos ônibus.

A equipe do CAPS II também tem como objetivo trabalhar com o matriciamento de toda a rede: Pronto Socorro Municipal, unidades básicas de saúde e Hospital São Camilo. Em relação a atividades envolvendo a comunidade, o CAPS promove a Cantata de Natal e a exposição das obras elaboradas nas oficinas pelos usuários. Realiza, ainda, com os usuários passeios ao Parque Estadual de Vila Velha, visitas a museus e ao teatro.

Quanto ao espaço físico, o CAPS II, por estar instalado em um casarão antigo, com dois andares, possui amplas salas, com pé direito alto e chão de tábuas de madeira. O(A) médico(a), enfermeiras e psicólogas possuem salas individuais para atendimento. Os demais utilizam as salas quando estas não estão sendo ocupadas. Conta também com uma sala para reuniões, uma sala de recepção, uma sala de espera, quatro instalações sanitárias (duas para usuários e duas para os profissionais), uma cozinha, duas salas para as oficinas, uma sala de TV e de convivência e uma unidade de observação, com dois leitos.

O CAPS II tem atualmente 991 usuários cadastrados e oferece tratamento psicossocial para 156 usuários, sendo 22 no intensivo, 61 no semi-intensivo e 73 no não intensivo⁶⁸. Desses usuários, uma grande parcela possui um salário mínimo como renda familiar mensal; segundo a assistente social, talvez pouco mais de vinte e cinco usuários tenham uma renda superior a três salários mínimos. Quanto ao

⁶⁸ Dados obtidos em 27/09/2010, com a Assistente Social do CAPS II.

nível de escolaridade, há usuários com ensino fundamental incompleto, com ensino médio, com ensino superior, e há um usuário com dois cursos universitários.

Há quatro anos oferecendo tratamento psicossocial para egressos de internações psiquiátricas, conforme depoimento da profissional assistente social 1 que lá atua, o CAPS II ainda tem um longo percurso para conseguir mudar o imaginário social sobre o tratamento da “loucura”.

Muitos ainda têm o CAPS como referência muito positiva de tratamento. A gente vê muita melhora de paciente que chega em crise, que melhora, que retoma a sua vida, que retoma o seu trabalho, que retorna às atividades normais. Muitos não conhecem o trabalho. Muitos não sabem por que, para que é o CAPS.

E muitos familiares ainda procuram o CAPS, como uma extensão do Franco, infelizmente. O Capspício que a gente fala, que é aquele paciente que fica infelizmente aqui com a gente. Eles procuram ainda (o internamento) ou assim, eles passam o dia todo, quer que venha todos os dias, fique no intensivo todos os dias, fique menos tempo em casa. E ainda tem alguns, principalmente os crônicos, os que eram moradores do Franco, as famílias que têm muito essa dificuldade, de ainda aceitar (que não é internamento).

A fala da profissional reforça que a representação social que se tem a respeito do tratamento da “loucura” ainda continua sendo a do afastamento do convívio sócio-familiar. A seguir, iremos discorrer sobre a representação social do fenômeno social “loucura” e os modelos de tratamento segundo os familiares e profissionais da saúde mental.

CAPÍTULO III

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O SOFRIMENTO MENTAL E OS MODELOS DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: O OLHAR DOS FAMILIARES- CUIDADORES E DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

A análise de conteúdo das entrevistas com as quatro famílias cuidadoras selecionadas pela pesquisa revelou inúmeras questões relacionadas, que passaremos a abordar, entre as quais destaco o processo que elas vivenciaram no período em que o único tratamento possível para seus familiares doentes era o internamento em hospital psiquiátrico. Revelou também aspectos do período de ansiedade e temor que as famílias viveram no intervalo entre o fechamento do hospital e a abertura do CAPS II – TM. Da mesma forma, neste capítulo também será possível perceber proximidades e distanciamentos nas representações desses dois atores sociais, familiares e profissionais em saúde mental, sobre o portador de transtorno mental.

As famílias cuidadoras revelam as dificuldades em relação ao cuidado com o portador de transtorno mental, dificuldades nos mais diferentes níveis: social, econômico, emocional e relacional. Meus quatro sujeitos significativos são duas mães, uma filha e uma cunhada, cuidadoras das pessoas em sofrimento mental: Nina, filha, 50 anos de idade e 07 internamentos; Davi, filho, 34 anos de idade e 10 internamentos; Diva, mãe, 48 anos de idade e 04 internamentos e Dirceu, cunhado, 49 anos de idade e 67 internamentos⁶⁹. Portanto, nesta pesquisa, deparei-me com o modelo de família consanguíneo e por casamento, pois as cuidadoras são duas mães, uma filha e uma cunhada.

Conforme Rosa (2008, p.277),

Prestar cuidados às pessoas enfermas traduz uma das obrigações do código de direitos e deveres entre os integrantes da família consanguínea. Mesmo que redunde em algum ganho ou prejuízo econômico, prover cuidado, figura como uma das atividades inerentes a tarefas familiares ou domésticas que, da perspectiva do grupo familiar, foram “naturalizadas” como próprias da família.

⁶⁹ Os nomes apresentados são fictícios, para que os doentes e os depoentes sejam preservados.

A pessoa em sofrimento mental tem sua condição de “paciente” ou “doente mental” imposta pelo saber médico e pela sociedade, portanto demanda um acompanhamento permanente, ou seja, necessita de novos atores que assumam o “cuidar domiciliar”. Esses atores, na saúde mental, são chamados de cuidadores (no caso desta pesquisa, cuidadoras), e esses cuidadores estão cada vez mais presentes na reabilitação psicossocial, no processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental.

No modelo hospitalocêntrico, conforme Melman (2001), a psiquiatria insistia em afastar o paciente do ambiente familiar, praticando o isolamento sócio-familiar, ‘lugar zero’ de trocas sociais. Justificava-se tal procedimento como sendo para a proteção da família e da sociedade. Mas também existia outra linha de raciocínio, a que afirmava que o isolamento era necessário porque a família poderia ser a propiciadora do adoecimento mental. Hoje, a família, como cuidadora, é protagonista deste novo modelo de atendimento psiquiátrico à pessoa em sofrimento mental.

A partir da Constituição Federal de 1988 e da promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) em 1993, percebemos a centralidade da família nas políticas públicas. A centralidade da família é um dos eixos estruturantes da gestão do SUAS (NOB/05, p.13-14): matricialidade sociofamiliar.

Essa centralidade presente no SUAS traz em sua base a concepção de que todas as outras necessidades e públicos da assistência social estão, de alguma maneira, vinculadas à família, quer seja no início do ciclo que gera a necessidade do indivíduo vir a ser alvo da atenção da política. A família é o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social. (NOB/05, p.17).

Ao colocar a família como centralidade, a NOB (2005, p. 17) traz o seguinte conceito de família: “[...] núcleo afetivo, vinculada por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, onde os vínculos circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero”.

Nessa perspectiva, a família, acima de qualquer definição ou conceituação, com sua centralidade presente em leis (neste caso a lei da reforma psiquiátrica⁷⁰) e nas políticas públicas, mas principalmente enquanto cuidadora tem o papel fundamental de cuidar da PSM.

3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA CUIDADORA E GÊNERO

Com o fechamento da instituição psiquiátrica e a criação do CAPS, o cuidado no tocante à pessoa em sofrimento mental foi remanejado dos hospitais para os familiares e profissionais que trabalham com saúde mental na atual perspectiva de assistência psiquiátrica. Até então, os cuidados eram realizados intramuros, sem a participação da família quanto ao manejo terapêutico.

De maneira geral, conforme Rosa (2008, p. 47), justifica-se o “isolamento terapêutico” porque durante muito tempo⁷¹ acreditava-se “que o ambiente molda o homem”, e através do enclausuramento seria rompida a influência do meio, particularmente a da família. Porém, “o isolamento terapêutico” também se justificava como uma “prática de prevenção moral” (ROSA, 2008, p. 51) De acordo com o alienismo, a pessoa em sofrimento mental era considerada uma “figura perigosa para a estrutura familiar, supondo que poderia subverter os membros mais frágeis, tornando-se um exemplar negativo”.

Neste novo cenário, com novos atores e protagonistas (as famílias cuidadoras), a questão “gênero” emergiu de forma marcante em relação ao “cuidar” na saúde mental. Tanto no que se refere à equipe do CAPS (na sua maioria mulheres) quanto às famílias cuidadoras, quase todas as entrevistadas são mulheres. Isso faz com que se torne necessário abordar, de maneira breve, a interface “gênero e saúde mental”.

Antes de falarmos sobre a questão de gênero, utilizando o conceito de Sena, (2006, p. 126) entende-se por cuidador:

[...] é aquele que assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir as necessidades da pessoa cuidada, tendo em vista a melhoria de sua saúde

⁷⁰ Na Portaria nº 336/2002 é previsto como assistência prestada pelo CAPS: atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social e a Lei n.10.216/2001, no art. 3º, refere-se à participação da sociedade e da família no desenvolvimento da política de saúde mental e na assistência e promoção de ações de saúde para as pessoas em sofrimento mental.

⁷¹ Durante a revolução Pineliana.

e de sua qualidade de vida. O cuidador é definido como informal ou profissional, entendendo-se por cuidador o membro da família ou a ela ligado, sem formação específica na área da saúde, que passa a ser responsável pelo desenvolvimento das ações cuidadoras. O cuidador profissional é a pessoa com formação específica na área da saúde [...]

No caso desta pesquisa as quatro entrevistadas são mulheres e são cuidadoras informais, pois não possuem formação específica na área de saúde, mas assumem a responsabilidade de cuidar de seus entes em sofrimento. Ainda conforme Sena (2006), o cuidado é exercido por mulheres em uma dimensão temporal tão antiga que acaba parecendo como algo natural, porém o cuidado realizado por mulheres é fruto de uma construção histórica e social, relacionada com a divisão sexual do trabalho e perpetuada pelos modos de produção e acumulação da sociedade.

Em relação à divisão sexual do trabalho, desde as sociedades primitivas era determinado como papel histórico das mulheres, o cuidado da casa e arredores, dos filhos, dos doentes, dos animais domésticos, enquanto o homem saía para caçar, guerrear e ampliar o seu território. Portanto, segundo Sena (2006, p. 126), “é a mulher que detém culturalmente o saber sobre o cuidado, apreendido no convívio familiar”; a expectativa da sociedade em relação ao cuidado é que ela é uma atividade própria do gênero feminino.

Segundo Scott (1995, p. 86), o gênero

[...] tem duas partes e diversas subconjuntos, que estão interrelacionados, mas devem ser analiticamente diferenciados. O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder.

Ainda segundo a autora supracitada, “Sem dúvida está implícito que os arranjos sociais que exigem que os pais trabalhem e as mães executem a maioria das tarefas de criação das crianças, estruturam a organização da família.” (Scott, 1995, p. 81). Durante as falas das cuidadoras está evidenciado de forma ora explícita, ora implícita, que essa divisão social de gênero do trabalho recai sobre as mulheres de várias gerações - mães, filha e cunhada. Essa divisão de tarefas por gênero, expressa as concepções da família e da sociedade, as representações sociais sobre os papéis adequados para as mulheres, pois devemos ressaltar tanto as relações internas do grupo familiar quanto as suas relações com o meio social,

salientando os processos sociais envolvidos nessas relações (ROSA, 2008). As representações sociais não emergem apenas para compreender um objeto particular, “mas também como uma forma em que o sujeito (indivíduo ou grupo) adquire uma capacidade de definição, uma função” (...) (MOSCOVICI, 2009, p. 21), neste caso a função de cuidadoras advinda da divisão social de gênero de trabalho, da influência social.

No caso da cunhada, o irmão de Dirceu está exercendo o papel que é socialmente esperado dele, ou seja, o de provedor da família, e tornou-se como que uma ‘obrigação’, como sendo mais apropriado, a cunhada cuidar de Dirceu. Geralmente os parentes mais próximos – neste caso a mãe de Nina, a mãe de Davi e a filha de Diva – são os primeiros a serem definidos como cuidadores; no caso de não existirem ou não estarem disponíveis para cuidar, a missão passa para um outro membro feminino da rede de parentesco – nesta pesquisa, a cunhada.

O cuidar é uma atividade compreendida como feminina, tanto em ambientes institucionalizados como no âmbito doméstico. É um processo “naturalizado” como sendo do universo feminino, segundo Pastore e Rosa⁷². Poderíamos explicar isso através de “possíveis origens biológicas e culturais” (PASTORE; ROSA). A prática do cuidar é um processo naturalizado como sendo feminino, decorre da construção cultural do papel da mulher na sociedade, por ser portadora de maior habilidade para os cuidados com questões como o nascimento de bebês e tudo que se refere à saúde e às doenças de crianças, adultos e idosos.

Podemos, de certa forma, considerar que o papel ‘naturalizado’ da mulher cuidadora, seja como profissional ou no ambiente doméstico, não deixa de ser uma representação social, um padrão cultural impregnado na sociedade, transmitido de forma natural, que vê a atividade de cuidar como sendo mais apropriada para e de⁷³ mulheres. Moscovici (2009, p. 21) define representação social como “um sistema de valores, ideias e práticas, com dupla função”, pois estabelece uma ordem que possibilita que as pessoas se orientem no seu mundo social e material e controlem esse mundo. E também possibilita a comunicação entre os integrantes do grupo social, fornecendo um código para nomear e classificar os vários aspectos de seu mundo, da sua história individual e social.

⁷² Pastore e Rosa – A presença da mulher nos cuidados em Saúde ST. 27. Universidade de Passo Fundo. Não constam data e página.

⁷³ Grifo nosso.

Segundo Lopes (2005, p. 109), a função de cuidadora “coexiste com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher...”. Ou seja, a mulher é um tipo ideal de cuidadora, sendo naturalizada como tendo qualidades naturais no que se refere ao “cuidar”.

Convém ressaltar a problemática do “cuidar domiciliar” no que se refere à complexidade do entorno do sofrimento mental. Com a retirada do Estado do processo do “cuidado” no âmbito institucional e com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, a família foi forçada a cuidar do seu familiar doente.

Nesta pesquisa, observamos que duas cuidadoras são mães, uma é filha e outra é cunhada das PSMs. Uma das mães verbalizou como sendo sua responsabilidade cuidar de Nina, “como um ato de amor” (ROSA, 2088, p. 77), mas contém também traços de religiosidade e espiritualidade⁷⁴, que no transcorrer da entrevista acabam emergindo. No caso de Diva, a filha, em um desabafo, disse que desde que ela “se conhece por gente” (com onze ou doze anos de idade) sempre foi ela quem esteve com a mãe. Retomando o que foi dito anteriormente, o processo de ‘cuidar’, quando se é mãe ou filha, torna-se responsabilidade mesmo de maneira informal, é algo já esperado pela sociedade. Quanto à história da cunhada, por ser casada com o irmão mais velho de Dirceu, cuja mãe idosa acompanhava nas internações do cunhado, acabou sendo, quase de maneira natural, sua responsabilidade cuidar deste.

Ambas as mães, com mais de 70 anos, são viúvas e recebem um salário mínimo de pensão. A filha de Diva, com 19 anos, solteira, estudante, ainda não está no mercado de trabalho; ela e a mãe vivem da ‘aposentadoria por invalidez’ de Diva. No caso dessas três cuidadoras, moram juntos, elas e seus entes em sofrimento mental, o que acarreta uma sobrecarga às primeiras. Quanto à cunhada de Dirceu, 44 anos, casada, é mãe de um menino de 5 anos, trabalha algumas vezes por semana como zeladora. Cabe a ela cuidar de Dirceu, do filho, do marido e ainda trabalhar fora de casa.

⁷⁴ Isto será abordado no próximo item.

3.2 A SOBRECARGA FAMILIAR

Historicamente, a família se constitui como foco de vários estudos, pois durante muito tempo estabeleceu-se uma relação de causalidade entre a ‘doença’ e a família. Em estudos mais recentes, porém, a literatura já não vê a família como causadora da ‘doença’, ao contrário, transforma-a em forte aliada na recuperação e no enfrentamento de situações advindas do sofrimento mental.

Para as famílias, a prática de cuidar de certa forma é nova, principalmente quando ocorre um agravamento do quadro mental. No caso de um quadro agudo levava-se a PSM para o internamento, ou seja, os profissionais dos hospitais administravam a “loucura”. Hoje, as famílias cuidadoras se deparam com uma sobrecarga emocional decorrente dos cuidados diários e permanentes.

Segundo Campos e Soares (2005, p.222),

[...] o relatório sobre saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e a comunidade, em consequência não só dos sintomas inquietantes, como também das resultantes incapacidades de participar em atividades de trabalho e de lazer, acentuadas pela discriminação.

A sobrecarga familiar se refere principalmente aos problemas ou dificuldades relacionadas ao comportamento - às vezes agressivo – das pessoas em sofrimento mental, mas também devemos considerar o impacto emocional desencadeado pelo ato de cuidar. De certa forma, a questão da sobrecarga familiar está presente até em famílias cujas pessoas em sofrimento mental “respondem positivamente” ao tratamento. (CAMPOS; SOARES, 2005, p. 223).

Melman (2001) relata que cada indivíduo, família, comunidade apresentam formas de olhar, de entender os fenômenos do mundo. E esses são reflexos de contextos culturais, religiosos, ideológicos e econômicos em que esses atores estão inseridos. Portanto, também os significados e as representações sobre o sofrimento mental podem ser diferentes para pessoas que vivem numa mesma casa, o que resulta em diferentes atitudes e vivências em relação ao sofrimento mental. Por isso, a família geralmente atribui a um membro, normalmente uma figura feminina (mãe, esposa, irmã, filha, nora, avó, cunhada, etc.), a árdua função de cuidadora.

Essa cuidadora acaba ficando sobrecarregada pelas demandas que envolvem o cuidar de um membro mentalmente adoecido. Segundo Melman (2001), essa sobrecarga é física, emocional e econômica, pois, de maneira geral, as pessoas em sofrimento mental não produzem economicamente (salvo os que detêm o Benefício de Prestação Continuada⁷⁵). No caso deste trabalho, Dirceu e Diva são ‘aposentados por invalidez’, segundo seus familiares, e mesmo fazendo uso de serviços públicos de saúde, existem custos com alimentação, vestuário, transporte, entre outros. Além disso, esse familiar que cuida da pessoa adoecida fica também impossibilitado de trabalhar.

Melman (2001, p. 80) também nos chama a atenção para:

Os aspectos objetivos e subjetivos da vivência de sobrecarga pelo familiar são diretamente influenciados pelos valores e representações acerca da doença mental que cada indivíduo possui, e que são resultados de sua história de vida, seu contexto social, religioso, etc. Em situações de estresse, esses valores e crenças influenciam tanto a vivência emocional como a maneira de lidar com situações concretas.

A fala de uma das cuidadoras evidencia a citação de Melman (2001)

[...] a doutrina espírita explica, como nós acreditamos nisso a gente não impõe pra ninguém, mas nós acreditamos que é resultante de vidas passadas. Mas que origina isso, que não tem cura, e que tem só controle.[...] É... a doutrina espírita, inclusive me ajudou muito, porque a doutrina espírita cardecista, ela esclarece muito. Que existe mesmo a esquizofrenia. Que tem que tratar, porque tem alguns espíritos que não têm assim, entendimento.. “Não, tem que largar dos remédios” Nunca, a doutrina espírita, não! “Olha tem que ir ao médico, tem que tomar remédio, tem que controlar”. Eu fui muito ajudada pela doutrina espírita também, que me esclareceu bastante ... Isso conforta e esclarece também. (Mãe 1).

No decorrer da entrevista, mais uma vez a mãe cuidadora refere-se à religião, a Deus como confortador, que lhe dá forças para cumprir sua árdua tarefa de cuidar, aos 71 anos, de sua filha de 50 anos, com sofrimento mental. Quando fala “é *minha responsabilidade*”, está implícita a sobrecarga emocional e física que é cuidar de sua filha adoecida. No entanto, sua orientação religiosa faz com que ela perceba essa responsabilidade como sendo uma vocação ou doação: “é *o meu carma*”, pois é

⁷⁵ O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC - LOAS) é um benefício integrante do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), pago pelo Governo Federal, com operacionalização do reconhecimento do direito do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) É assegurado por lei e permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna.

atribuído historicamente ao sexo feminino, que uma mulher/mãe realize o provimento de cuidado a sua filha em sofrimento mental.

[...] Mas a doutrina espírita também me esclarece nesse ponto, que é o meu carma, que é a minha responsabilidade, ajudar ela. Ela é minha filha, eu tenho que cuidar. Eu tenho que ter paciência. Eu tenho que buscar força onde eu puder. Em Deus ... pra poder cuidar dela. (Mãe 1).

É na religiosidade, na espiritualidade que essa mãe encontra forças para prosseguir, mas devemos lembrar que se trata de uma pessoa idosa, que deveria estar recebendo e não provendo o cuidado.

Segundo Rosa, a mulher, de certa forma, é pressionada pela sociedade a tomar para si o encargo de cuidar dos filhos, não importa em que ciclo de vida esteja, vida madura ou terceira idade, visto que a maternidade é considerada como “sendo cerne da identidade feminina” (Rosa, 2008, p. 285). A mãe não fala de maneira explícita sobre o amor materno, mas subjetivamente ele está no discurso, pois é naturalmente, culturalmente cristalizado como sendo inerente à questão de gênero.

A família cuidadora, que até então era excluída, não participando da assistência a seu familiar, passa a ocupar um lugar central nesse novo processo.

Para Floriano (2008, p. 15),

Neste novo papel a família é instalada a se ocupar diuturnamente do seu familiar portador de transtorno mental prestando-lhe os cuidados necessários. Por conseguinte, impõe-se à mesma uma tarefa até então sob responsabilidade das instituições psiquiátricas, exigência que para a família está além de suas capacidades [...] face ao longo tempo de internação.

Ao perguntarmos sobre a forma de tratamento no período em que o hospital era o centro de convergência das questões relacionadas a transtornos psíquicos, as cuidadoras compartilharam muitos pontos de vista:

Olha, eu não imaginava o pior. Porque daí a gente já estava, mais ou menos, vendo as coisas, e tudo. Eu já estava mais ou menos esclarecida, que não era... porque antigamente era choque... era amarrada.... E , eu conversava com as enfermeiras, tudo. Eu sabia que às vezes tinha que amarrar pra poder conter. E tudo... Mas sabia que era com amor. Com as meninas lá do Franco, todas eram muito boas pra minha filha. E eu via. Porque eu não

deixava de ir no dia de visita. Eu estava sempre lá... e estava sempre observando. Então eu via que o tratamento era bom. Era com amor, e tudo... Ela nunca foi maltratada lá. (Mãe1).

Nossa, se ele tá louco tem que viver no (hospital) psiquiátrico. Aonde vai se curar se não no psiquiatra, no hospital? Só num hospital pra curar. (Cunhada1).

O tratamento era bom. Às vezes ele ficava sessenta dias, davam alta e eu ia buscar. Daí dava uma melhorinha. De repente se arruinava. Ih! Quantas vezes a polícia levou ele. (Mãe 2).

Ah, a gente pensava que o tratamento não ia fazer muito efeito, porque como ela já tinha começado o tratamento e não teve muita melhora... Eu pensava que eles tratavam bem, bem mesmo. Eles tratavam bem, mas, não era aquela atenção total que nem agora. Eles não acompanhavam tanto assim, à risca, de pegar e se importar com a pessoa, de perguntar se você está bem ou não. Se você está com dor, que seja! Como está a situação na tua casa... Não era assim. (Filha1).

Esses discursos revelam que as cuidadoras compartilham a ideia de que o tratamento era bom. Na realidade, vale destacar que o HPFR disponibilizava a única forma de tratamento que existia na região, no período de 1979 a 1994, período em que ocorreram os primeiros internamentos de seus familiares. Percebe-se, também, no discurso de algumas cuidadoras, alguma expectativa da cura, não alcançada, o que demonstrou, por fim, um certo desapontamento quanto ao tratamento.

Por não poderem contar com algum suporte na família, quanto a dividir as tarefas do “cuidar”, a hospitalização significava uma “ajuda” para as cuidadoras, que delegavam a função de “cuidar” ao hospital psiquiátrico, podendo, assim, ter um período de paz, descanso e despreocupação. Por isso, além de ser a única forma de tratamento conhecida e ofertada na região, o hospital representava, de certa forma, também um lugar de segurança, um lugar em que se sabia que a pessoa em sofrimento mental estava sendo “cuidada”.

A mãe dele adorou que existia o Franco, ela começou a ficar com medo dele, quando começou a dar as loucura nele. Ela não sabia o que fazer, daí falaram para ela internar. No começo ela gostava porque ela ficava livre da loucura dele. Ela podia sair, tranquila, ficava aqueles meses sem preocupação. (Cunhada 1).

Nesse sentido, Dalmolin (2006, p.162) coloca que os familiares, como única forma de alívio, não esquecendo que eles também não conseguem fugir da lógica

psiquiátrica, encontram “na internação um espaço para ‘depositar’ tamanha sobrecarga”. Além disso, conforme Mariz (2008, p. 3), ao analisar Zanoni (2000), a instituição psiquiátrica, além do tratamento, “responde a uma necessidade de assistência”, como forma de abrigamento, escuta, acolhimento e proteção para certos casos. Sendo assim, a internação cumpriria sua ‘função social’ como “resposta praticável” em algumas situações clínicas, devido à ausência de outras soluções, propiciando uma terapêutica para a pessoa em sofrimento e para sua família, ambas muitas vezes expostas a situações dramáticas devido ao quadro agudo de sofrimento psíquico.

O fato de cuidar de um PSM compromete também o projeto de vida pessoal da cuidadora, pois o permanente cuidado compromete de maneira significativa os seus processos de trocas sociais. Segundo Rosa (2008), o transtorno mental, enquanto doença, é estigmatizante, as pessoas tendem a se afastar ao invés de ajudar. Existe um isolamento social; às vezes a família tem vergonha de ter um familiar PSM.

Em relação ao estigma, Parker e Aggleton (2001, p.11), ao realizar uma leitura do trabalho de Goffman, assim se colocam:

Na nossa visão, o estigma desempenha um papel central na produção e na reprodução das relações de poder e controle em todos os sistemas sociais. Faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e que outros se sintam de alguma forma superiores.

No caso dos sujeitos desta pesquisa, Nina reside com a mãe, não residindo mais ninguém com elas. O mesmo acontece com Diva e sua filha, e com Davi e sua mãe. Quanto a Dirceu, ele reside em um quarto, no fundo da casa do irmão, da cunhada e do sobrinho de 5 anos. É uma casa padrão de núcleo, com dois quartos, e no fundo do terreno foi construído um quarto com banheiro para Dirceu. Muitas vezes o preconceito e o estigma também estão inseridos na família, não sendo, portanto, algo exclusivo das pessoas que não fazem parte da família.

Ao perguntarmos a um profissional que foi funcionário do HPFR e que viveu em seu cotidiano profissional o modelo de tratamento hospitalocêntrico e o modelo de atenção psicossocial, podendo realizar uma análise comparativa entre os dois modelos, como ele os via, ele assim respondeu:

No Franco ficavam muito tempo fechados, não tinham muita convivência familiar nem com a sociedade, então acredito que modificou nesse sentido. Para eles melhorou, porque eles ficam mais tempo com a família, não ficam presos. No fim de semana ficam com seus familiares, diminuiu o tempo, ficavam muito tempo dentro da instituição Franco da Rocha. Agora, não é nem preciso internar com muita frequência. O CAPS está absorvendo, dando conta de desempenhar o tratamento. Eu acredito que na qualidade e na reinserção familiar melhorou bastante. (A 1).

O depoimento revela concepções representativas do modelo psiquiátrico e do CAPS, pois no HPFR “*ficavam muito tempo fechados, não tinham muita convivência familiar nem com a sociedade*”; o projeto terapêutico da instituição era geral, não voltado para a singularidade de cada PSM lá internada. Já no CAPS, o profissional reforça que os usuários do serviço “*ficam com seus familiares*”(…) , “*não é nem preciso internar com muita frequência*” (...)”e *na reinserção familiar melhorou bastante*”.

Para Yasui (2010, p. 115),

o cotidiano de um CAPS é o de pensar, para cada um que busca cuidado, um projeto terapêutico, considerando sua singularidade, a sua complexidade. Projeto que contemple uma diversidade de estratégias de cuidado. Um CAPS é a articulação dos diferentes projetos com os diferentes recursos existentes no seu entorno ou no seu território.

O modelo hospitalocêntrico tratava a ‘doença mental’ a partir da visão organicista e biomédica, de exclusão e isolamento, com um projeto terapêutico institucional geral, pois no âmbito institucional a pessoa em sofrimento mental vê-se com sua ‘cidadania interdita’, torna-se tutelada pela psiquiatria, que lhe imputa direitos e deveres e, por que não dizer, também outorgada pelo Estado, visto que a PSM dificilmente se encontra como cidadão portador de direitos e deveres, com espaços de participação política.

O serviço do CAPS tem uma proposta psicossocial, com projetos terapêuticos individuais que buscam estimular a autonomia do usuário, tratando-o em seu meio sócio-familiar, tentando articulá-lo com os recursos comunitários existentes, respeitando-o enquanto sujeito/cidadão, com sua história cotidiana.

3.3 O FECHAMENTO DO HOSPITAL SOB A ÓTICA DAS CUIDADORAS

Uma situação adversa que aparece nas falas das cuidadoras, no que tange ao tratamento de seus entes adoecidos, ocorreu quando o HPFR encerrou suas atividades em novembro de 2004. Ao perguntamos como esse período foi vivenciado, algumas cuidadoras revelaram que esse momento foi de grande tensão e de dificuldade, pois não sabiam como agir. Alguns doentes, devido a novos surtos, necessitaram de internação e isso foi problemático, pois seus familiares não sabiam o que fazer nessa nova situação. O motivo do fechamento definitivo do HPFR e seu significado não foram compreendidos de imediato; somente posteriormente é que o discurso da Reforma Psiquiátrica foi sendo assimilado pelos familiares, pela mídia e pelos profissionais de saúde.

Nossa! Eu acho que foi o pior período que a gente teve... o pior período mesmo. Que daí não tinha tratamento nenhum. O CAPS não estava aberto ainda. O Franco da Rocha tinha fechado. Ela piorou! Daí ela... daí ela esqueceu de uma vez quem era eu, quem era meu pai, ... a mãe dela, no caso ela esqueceu da vida dela em si. Ela saía desnorteada pela rua. Às vezes a gente não sabia até onde ela estava. Daí meu pai tirou eu dela durante um mês... pra daí procurar, levou eu pra casa da minha tia, pra daí achar um tratamento pra ela. Foi a pior época mesmo. Pior! (Filha1).

Olha, eu fiquei bastante preocupada. Porque a gente tinha ali no Franco, como um cano de escape. Porque quando apurava em casa, a gente levava lá, ela melhorava. Porque eu pensava assim: “Meu Deus! E agora? Se ela ficar ruim, o que é que eu faço?” No começo de 2006 ela ficou ruim. Ela mesmo disse: “Mãe, me interna que eu não aguento mais” ... Então, quando fechou o Franco da Rocha, eu fiquei nesse susto. Nessa preocupação. É por que a gente tinha aquela certeza. Precisou, está ali o Franco. E daí a gente confiava nos políticos que prometeram que ia reabrir. Mas depois que vem uma lei, que não reabre mais, não é pra criar mais hospital psiquiátrico. (Mãe1).

Pois daí, quando fechou, não tinha mais. Eu não sei por que fechou. Passava apuro, às vezes. Daí ele foi pra Curitiba nessa época (foi internado). (Mãe2).

Como os familiares disseram, durante todos aqueles anos em que Dirceu, Nina, Diva e Davi necessitaram, o hospital estava ali. A instituição possuía múltiplos significados, “Porque a gente tinha ali no Franco, como um cano de escape. Porque quando apurava em casa, a gente levava lá, ela melhorava”, não era somente um

espaço de segregação, mas também era um espaço de cuidado, de acolhida e de tratamento para a crise. E quando fechou, ainda não tinha sido implantado um serviço substitutivo que absorvesse a demanda do HPFR, como desabafou a filha de Diva: *“Eu acho que foi o pior período que a gente teve... o pior período mesmo. Que daí não tinha tratamento nenhum. O CAPS não estava aberto ainda. O Franco da Rocha tinha fechado”*. Segundo Rosa (2008, p. 207) [...] “pois à família é imprescindível o apoio de um serviço especializado e preparado para acolher o seu sofrimento e despreparo no lidar com um cuidado tão complexo, que é o de um portador de transtorno mental”.

A desassistência gerou sofrimento psíquico, segundo as cuidadoras, para elas próprias e para os portadores de transtorno mental, pois *“não tinha tratamento nenhum [...] foi a pior época mesmo. Pior!”* (filha 1).

Vale a pena salientar que em Ponta Grossa não houve nenhuma movimento social da sociedade, dos familiares ou pessoas em sofrimento mental em relação ao fechamento do hospital, ou abertura do CAPS II. Até hoje o município não possui nenhuma referência de participação, organização ou associação que lute pelos direitos das pessoas em sofrimento mental.

Ao investigar sobre os Centros de Convivência e Cultura⁷⁶ (Portaria nº. 396, de Julho de 2005), importantes equipamentos intersetoriais de inclusão social

⁷⁶ Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade;

II - Os Centros de Convivência e Cultura, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade, facilitam a construção de laços sociais e inclusão da pessoa com transtornos mentais;

III - A clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, sobretudo, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As oficinas e atividades coletivas são o eixo dos Centros de Convivência e Cultura, facilitando o convívio, a troca e a construção de laços sociais;

IV - A exposição, troca ou venda dos produtos produzidos nas oficinas é eventual e poderá ser estimulada, ocupando espaços comerciais ou culturais relevantes na comunidade e na cidade;

V - As equipes dos Centros de Convivência e Cultura são integradas por oficineiros, artistas plásticos, músicos, atores, artesãos, auxiliares administrativos e de limpeza. A gerência do serviço poderá estar a cargo de profissional de nível superior do campo da saúde. A equipe mínima do Centro de Convivência e Cultura deverá estar assim constituída: 1 gerente e 3 oficineiros (nível médio e superior);

VI - A implementação de um Centro de Convivência e Cultura deve ocorrer apenas em municípios que já tenham construído resposta pública efetiva para os transtornos mentais severos e persistentes. A rede SUS substitutiva destes municípios deve contar com cobertura adequada, especialmente de CAPS. Os Centros de Convivência e Cultura não poderão dispensar medicação ou prestar atendimento individual ou em grupo (psiquiátrico ou psicoterápico). Os Centros de Convivência não são equipamentos assistenciais, mas espaços de articulação com a vida cotidiana;

VII - A articulação dos Centros de Convivência e Cultura com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Saúde, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Saúde da Família e outros dispositivos de saúde, da rede de assistência social e de outros campos, como os do trabalho, cultura e educação, é fundamental para a reinserção social dos usuários e para o fortalecimento dos laços comunitários;

VIII - Pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em tratamento na rede substitutiva, também poderão ser acolhidas pelos Centros de Convivência e Cultura. Esta questão, por suas peculiaridades, será objeto de formulação específica;

implantados no Brasil, percebemos que até 2008 o Paraná dispunha de apenas dois, um em Curitiba e outro em Colorado, diferentemente de outros centros, como o estado de São Paulo com trinta Centros de Convivência e Cultura e Minas Gerais com treze desses equipamentos de inclusão social. (BRASIL, 2010).

3.4 A DESCONSTRUÇÃO DA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

Conforme já mencionado anteriormente, há mais de duzentos anos o tratamento de ‘doentes mentais’ é realizado dentro dos muros das instituições psiquiátricas. Portanto, habita o imaginário social a representação de que os ‘doentes mentais’ devem ser internados nessas instituições, longe do convívio social e familiar, uma vez que as práticas de atendimento não asilares em relação à “loucura” são recentes.

Segundo Paulilo (1999), quanto à elaboração das representações sociais, ela pode ser melhor compreendida se relacionada aos três tempos históricos que perpassam a construção dos significados sociais, quais sejam: o *tempo longo*, o *tempo vivido* e o *tempo curto*.

Em síntese: os três tempos que marcam o contexto no qual as representações sociais são elaboradas são o tempo curto do aqui-agora; o tempo vivido que abarca o processo de socialização; e o tempo longo, domínio das memórias coletivas e dos conteúdos culturais cumulativos. (PAULILO, 1999, p.69).

Portanto, retomando o ‘tempo longo’, a sociedade como vimos, há mais de duzentos anos tem no seu arcabouço de memórias coletivas e culturais, a representação de que “os doentes mentais” devem ser tratados intramuros. O tempo vivido que (...) abarca o processo de socialização está sendo construído a partir da década de 1970. E em relação ao aqui-agora - tempo curto -, é o que os familiares, PSMS e profissionais estão vivendo.

A representação social de que o “louco” é uma ameaça, uma pessoa imprevisível, associada à violência e ao perigo ainda está arraigada no domínio do

IX - Os Centros de Convivência e Cultura devem ser estimulados a realizar parcerias com associações, órgãos públicos, fundações, ONGs, empresas ou outras entidades, para captação de recursos financeiros ou equipamentos, realização de oficinas, troca de informações ou saberes, entre outras ações;

X - Os Centros de Convivência e Cultura são equipamentos estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, sendo recomendados para os municípios com mais de 200.000 habitantes.

tempo longo.

De acordo com Delgado (2001, p.7),

[...] a primeira grande instituição psiquiátrica foi o manicômio, instituída com o objetivo de proteger pessoas do preconceito e da estigmatização. Essa idéia de um hospital fechado, murado, que encerra, estigmatiza, isola, 200 anos depois não tem razão de ser. (DELGADO, 2001, p.7).

Assim sendo, a “desconstrução” da instituição psiquiátrica significa a queda de todo um paradigma de saberes, práticas e representações em torno da “loucura”. Em consequência, o tratamento aberto, como o dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pretendido pela Reforma Psiquiátrica envolve uma grande mudança no imaginário social sobre “o louco, a loucura e o seu lugar” e também altera a relação da sociedade como um todo com a pessoa em sofrimento mental. Além disso, implica na transformação do modelo de assistência em saúde mental e em política pública de saúde mais humanistas.

Esse novo modelo de atenção psicossocial, com tratamento aberto, ao contrário de ‘normalizar’ as novas políticas em saúde mental propõe a possibilidade de o “louco”, tal como ele é, conviver em sociedade. “É fazer da rede social de suporte, o meio em que ele vive, um instrumento de aceitação da diferença, e não da normalização do social”. (TENÓRIO, 2002, p.31). O principal instrumento para a humanização da assistência em saúde mental foi o CAPS.

[...] um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2004, p.13).

Para Yasui, o CAPS [...]“deve ser entendido como estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede

de cuidados em saúde mental”. O mesmo autor defende que o [...] “cuidado não é feito em apenas um lugar [...] inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores”. (YASUI, 2010, p. 115). Ou seja, ele deve se articular com os diferentes recursos - a rede - pertencentes ao seu território. O território deve ser entendido aqui, não como uma delimitação de área de abrangência, e sim como uma área pela qual a equipe do CAPS é responsável, atuando no território de cada usuário, levando em conta o cotidiano da pessoa, com vistas a ampliá-lo e enriquecê-lo (YASUI, 2010).

Outro aspecto importante em relação ao CAPS é a questão do ‘Capspício’ levantada por uma das profissionais que lá atua e que também atuou no HPFR. O CAPS não pode se tornar um hospício de portas abertas; devem ser levados em conta os vínculos que estão estabelecidos com o serviço e se reproduzem o discurso hegemônico da psiquiatria através da tutela, a estratégia terapêutica quase que central baseada na terapia medicamentosa, desconsiderando o contrato social baseado na autonomia da pessoa em sofrimento mental. (YASUI, 2010).

Portanto, se ainda é difícil ter uma real compreensão da complexidade do serviço do CAPS, muito mais difícil é erradicar a ideia que há séculos permeia o imaginário social, a de que “o louco é perigoso e seu lugar é no hospício”; ela não se desconstrói em pouco tempo, haja vista que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira já conta com pouco mais de 30 anos.

Ou seja, a representação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Sujeito que não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois que as representações são sempre contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam. (SPINK, 1993, p. 303).

Dalmolin (2006, p. 62) pontua que a categoria ‘loucura’ ocupa ainda hoje um lugar enquanto fenômeno social, “tanto no campo científico como no imaginário social. Nem o passar do tempo, trazendo mudanças culturais e sociais, apaga essas formas distintas de compreensão da ‘loucura’ que sobrevivem no decorrer dos séculos”.

A partir disso, questionamos as famílias cuidadoras sobre quais seriam suas reações ao escutarem que “o louco é perigoso e seu lugar é no hospício”. Assim foram os depoimentos:

Eu não reagiria mal, porque agora eu entendo a ignorância das pessoas. Porque eu também já fui ignorante. Eu acho que a pessoa que fala isso é ignorante. Eu só penso que se um dia você tiver um problema assim na família, aí você vai ver. Mas não digo nada, não reajo, nem nada. E se eu puder esclarecer, eu esclareço, mas se não tiver a oportunidade de esclarecer eu não reajo mal, porque eu entendo que eu também já fui ignorante e as pessoas que falam assim são ignorantes. ... Acho que, o que existe é preconceito ainda. Que eu também já fui preconceituosa. Fui ignorante. Que hoje me informo bastante. Hoje, já aceito. (Mãe1).

Bom, a frase no caso, assim, não vou dizer que a gente não daria risada. Mas é que nem eu falei... eu,alaria que louco por louco também todo mundo tem um pouco, mas não julgaria a pessoa pela aparência, pela atitude dela. Veja o que ela tem. Escute essa pessoa. Às vezes ela só tá ali, querendo desabafar. Às vezes a pessoa tá andando desvairada pela rua, ali. Olha lá, um louco andando. Não é bem assim! Também tem família. Também tem sentimento. (Filha 1).

Ah, se ele tá louco, tem que internar, né? (Cuhada1).

Não, pois eu não ia responder. Porque se a pessoa ficar falando assim ... como é que eu vou falar? Responder eu não podia. Eu não ia reagir, não pode. Eu ia ensinar eles a ir no Pronto Socorro, pra daí o Doutor resolver se mandava aqui (CAPS) ou se lá pro lado do Franco (Hospital São Camilo⁷⁷) e daí eu ia dizer: “então você leva lá no Pronto Socorro e lá eles encaminham o doente”. Eu ia responder assim. (Mãe2).

Percebe-se, nas falas das cuidadoras, que somente uma delas se posicionou, assumindo o modelo asilar de internamento, aquela cujo familiar esteve internado 67 vezes no HPFR; as demais famílias já estão incorporando o discurso da própria Reforma Psiquiátrica e de certa forma contribuindo - quando dizem que iriam esclarecer e orientar - para que ocorra uma mudança no imaginário social em relação à 'loucura', já que

[...] a maior parcela da humanidade vive de acordo com noções oriundas das experiências do cotidiano, das conversas entretidas em seus grupos de pertença, do saber que escorre pelos meios de comunicação. Ou seja, todas as formas de conhecimento (conhecimento científico, conhecimento prático ou senso comum) são derivadas do cotidiano do sujeito social e são válidas, pois são socialmente construídas, ou seja, possuem sua estrutura, sua lógica, a sua epistemologia e se tornam fundamentais no universo cotidiano dos sujeitos. (PAREDES, 2006, p.2726).

⁷⁷ No espaço físico onde era o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, hoje funciona o hospital geral São Camilo, que tem leitos psiquiátricos.

Conforme Paredes (2006) destaca, a humanidade vive de acordo com suas experiências do cotidiano, da conversas com seus grupos de pertença, assim, os novos conceitos sobre o sofrimento mental, tratamento e lugar social podem ser socialmente construídos. As cuidadoras, por exemplo, poderiam esclarecer, orientar os grupos com os quais convivem, pois de certa forma elas têm uma função importante na formação de opiniões, de comportamentos, mesmo que de maneira tímida, como vêm se apresentando.

Para Bourguignon (2001, p. 86):

É importante apreender o pensamento dos sujeitos, dos grupos sociais e das coletividades sobre os objetos de sua intervenção e de suas relações, pois as Representações Sociais têm desempenhado função importante na comunicação entre eles e na formação de opiniões, de comportamentos, de atitudes frente às exigências da realidade.

Busca-se que os trabalhadores da saúde mental (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem), familiares e usuários construam uma nova forma de conviver e tratar a ‘doença mental’, mudando também o conceito de ‘doença’ para ‘saúde mental’.

A socialização de informações e práticas relacionadas ao tratamento da pessoa em sofrimento mental com familiares, conhecidos e vizinhos é importante para que também possa ocorrer uma mudança na forma de enxergar e tratar o portador na comunidade.

Representações como a de que o hospital psiquiátrico é o único lugar para o tratamento do “louco” devem, aos poucos, ser esquecidas para ancorar conceitos como: “louco não é perigoso”, e seu lugar é no familiar, no meio social, exercendo seus direitos de cidadão, realizando tratamento em aporte comunitário, como o CAPS. De acordo com Moscovici (apud SPINK, 1993, p. 306),

[...] transformando o estranho potencialmente ameaçador em algo familiar, nos permite evidenciar os dois processos envolvidos na elaboração das representações postuladas em Moscovici em 1961: ancoragem e objetivação. A **ancoragem** refere-se à inserção orgânica do que é estranho no pensamento constituído. Ou seja, ancoramos o desconhecido em representações já existentes. Moscovici (1978) a concebe como um processo de domesticação da novidade sob a pressão dos valores do grupo, transformando-a em um saber capaz de influenciar, pois *“nos limites em que ela penetrou numa camada social, também se constitui aí num meio capaz de influenciar os outros (...)”* A cristalização de uma representação nos remete, por sua vez, ao segundo processo: a **objetivação**. A **objetivação** é

essencialmente uma formadora de imagens, o processo através do qual noções abstratas são transformadas em algo concreto, quase tangível, tornando-se *“tão vívidos que seu conteúdo interno assume o caráter de uma realidade externa”*.

Então, percebendo a pessoa em sofrimento mental como um ‘doente’ como outro qualquer, que pode, em determinados momentos, demandar cuidados mais intensivos⁷⁸, e percebendo que o tratamento pode e deve ser em casa, também iremos percebê-lo enquanto sujeito social, portador de cidadania, com direitos, desejos e vontades. Se essas novas representações forem ancoradas nos familiares cuidadores, estes mesmos poderão mostrar para os demais familiares e para a comunidade que é possível a convivência social com a pessoa em sofrimento mental e que seu tratamento pode ser psicossocial.

3.5 O SURGIMENTO DO CAPS II SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS E FAMILIARES-CUIDADORES

Para alguns profissionais da saúde mental, a representação social sobre o surgimento do CAPS II está relacionada ao fato de que os atores e protagonistas desse processo foram os profissionais do próprio HPFR, e não os gestores, ou seja, o CPS II surgiu pela mobilização dos profissionais, do movimento dos intelectuais da área de Saúde mental. Foram a conduta frente ao processo de Reforma Psiquiátrica e as ações realizadas pelos profissionais que estimularam o processo de abertura do serviço substitutivo, haja vista que o projeto do CAPS II era de autoria da Comissão de Saúde Mental, cujos membros eram funcionários do HPFR.

É importante lembrar que em 2002 os profissionais envolvidos já tentavam fazer a mobilização pela mudança de paradigmas da psiquiatria, porém, na época, não houve a repercussão necessária para promover mudanças na assistência de saúde mental do município.

O CAPS II foi aberto muito mais pela teimosia de alguns profissionais de saúde mental do que pela política do município, visando uma melhora da qualidade da assistência ao doente mental. Acredito que ainda ele não tenha

⁷⁸ O CAPS pode orientar os familiares no manejo terapêutico com o usuário em momentos de crise, para que com cuidados mais intensivos não seja necessária uma internação em uma unidade psiquiátrica em hospital geral, ou mesmo em hospitais psiquiátricos.

na prática chegado perto do que ele pode ser, e atribuo isso à dificuldade de encontrar profissionais aptos e formados nesse modelo e pela política do município de não atrair profissionais, seja pelos baixos salários ou por não fornecer uma carreira atrativa, o que acaba não fixando os profissionais no serviço e sem isso não é possível implementar um serviço que trabalhe dentro dessa filosofia. (P 1).

A abertura do CAPS II só se concretizou quase dois anos após o fechamento do hospital, quando o gestor foi pressionado, pelas famílias e profissionais da saúde, a tomar uma providência, pois não havia no município nenhuma forma de assistência psiquiátrica adequada aos egressos do HPFR.

Não houve, por parte dos dirigentes e da Prefeitura, também, preocupação quanto a isso (abertura do CAPS). Acredito que a psiquiatria nunca foi para eles um motivo de preocupação, porque o Franco fazia tudo, gerenciava tudo. Então, enquanto o Franco existia, ficava cômodo para eles e não existia esse movimento.

Eles não tinham essa preocupação. A gerência da saúde não tinha Conselho, o Conselho de Saúde, acho que foi também recente, por meados desta data (2006), um pouquinho antes, e não se discutia. Até que quando se foi em algumas reuniões da comissão de saúde, eu me lembro, do hospital, a gente participou, quando a gente começou com esse estudo do CAPS, Hospital Dia, que a gente começou com aquele movimento de estudos, houve aquela preocupação dos profissionais do Franco. Lembro que a gente foi nas reuniões do Conselho de Saúde, não tinha essa abertura. Não tinha muito essa preocupação do que poderia acontecer, só quando fechou o hospital é que eles foram tomar conta e se dar conta que a coisa teria que acontecer.

Então por isso foi muito tardia, e foi uma coisa assim, meio que no começo, meio sem saber como que era, por onde era e só para dizer que no começo era meio “pro forma” e só para dizer que tinha (CAPS). Depois que foi se estruturando e se preocupando. Porque daí sim, veio as portarias ministeriais, todas as questões de como funcionar, de como ser (o CAPS). E daí veio uma coisa mais clara, que eles foram procurar recursos porque a população ficou na rua. E daí eles tiveram que tomar medidas pela questão de o hospital fechar, pra daí eles tomarem. (A 1).

Percebemos, pelos depoimentos, que a implantação do serviço enfrentou algumas dificuldades até ir se estruturando. Mas quanto à equipe de profissionais ser terceirizada, isso representa uma dificuldade até os dias de hoje. Outra dificuldade é trabalhar com a rede de assistência do município e contemplar os princípios do SUS.

Convém, neste momento, citar os princípios do SUS e como a Reforma Psiquiátrica Brasileira se apóia neles (KASPER, 2003), ressaltando os serviços descentralizados (CAPS) e a centralidade da família, entre outros.

São princípios do SUS:

1º - Universalidade do atendimento. Para que seja contemplado esse princípio, faz-se necessário abrir leitos psiquiátricos em hospitais gerais, respeitando a saúde como direito de todos.

2º - Equanimidade. Remete à questão de justiça, à não estigmatização, estabelecendo que a pessoa em sofrimento mental é dotada de suas potencialidades e subjetividades, tendo como direito receber um atendimento de qualidade técnica, com programas sociais contemplando sua inclusão social e familiar.

3º - Descentralização. A Reforma Psiquiátrica pontua a descentralização dos serviços, pensando em serviços cada vez mais perto das pessoas, alas psiquiátricas em hospitais gerais e integração com a rede assistencial.

4º - Integralidade. É prevista a integralidade dos serviços e dos dispositivos para os usuários e suas necessidades, acessibilidade de medicação e equipamentos de inclusão social.

5º - Controle social. É um dos objetivos principais da Lei da Reforma Psiquiátrica respeitar os direitos das pessoas em sofrimento mental e garantir seu acesso ao tratamento adequado no sistema de saúde, com cuidados e escuta humanizada, com vistas a sua recuperação através de sua inserção na família, comunidade e no trabalho.

O CAPS também é regulador de internamentos, verificando a real necessidade de internação e posterior encaminhamento para serviços adequados.

Perguntei aos profissionais como estava sendo a procura pelo tratamento no CAPS II, e obtive as seguintes respostas:

Eu acho que em relação a essa pergunta, diminuiu muito as internações; são poucas. Geralmente, usuários mais novos (primeiro surto), que vêm em crise, não sabem o que está acontecendo, passa pelo Pronto Socorro em crise, vem para cá em surto, e às vezes o médico que avalia lá (PSM) é um clínico, não encaminha para o psiquiatra que está lá. Então ele vem para cá, procurar ajuda. Então a gente faz a triagem, faz a entrevista com eles, verifica se existe a possibilidade de ele não ser encaminhado para internação, se a crise dele não é tão acentuada, que a gente possa no momento acompanhar, nem que tenha que esperar o momento de ele melhorar com a medicação, às vezes ele nunca tomou medicação e daí vir frequentar o serviço (CAPS), ficar em casa para evitar essa internação. Mas assim, ainda tem essa procura. E alguns usuários, que mesmo com a medicação, e a gente controlando, muitos fazem uso incorreto e acabam tendo (que internar). Mas eu acho que diminui muito. Ainda tem uns poucos no mês que acabam sendo internados. Com o CAPS acho que melhorou muito. Acho que a gente está dando conta de absorver melhor isso daí. (A 1).

Quanto às internações psiquiátricas, ao olharmos a tabela 3 (número de AIHS

pagas no Brasil, Paraná e Ponta Grossa de 2000 a 2009) podemos notar a expressiva diminuição de internamentos de PSMs do município de Ponta Grossa. Ou seja, com a equipe fazendo a triagem e o monitoramento das crises agudas, poucos acabam necessitando de internamento.

A procura por internamento é enorme. Muitas vezes do que vem aqui, você vê com necessidade real, muitas vezes sem necessidade, que são pacientes que poderiam ser atendidos em CAPS, em ambulatório, ou então, por uma questão mais cultural da família. Eu acho que isso aí, a gente tem que saber dividir. Porque aqueles que precisam realmente, o hospital está fazendo falta para eles. Mas aqueles onde a questão é cultural da família, daí a gente tem que tentar ajudar essa cultura. Agora, aqui na cidade, o internamento não passa pelo CAPS, o que eu acho que é um problema muito grande. O internamento tem que ser via Pronto Socorro. Lá não tem profissional especializado na maior parte do tempo, para avaliar e para encaminhar. Para ver o que é caso de internamento, o que não é. Então, aqui na cidade isso aí fica perdido. O CAPS, ele na verdade é excluído desse caminho até um internamento psiquiátrico. Ele fica de fora, totalmente de fora, inclusive para dar uma opinião, sugerir alguma coisa ou não. É feito via Pronto Socorro, por profissionais plantonistas, que às vezes nem são profissionais fixos do hospital, que não têm noção nenhuma de transtorno mental. Muitas vezes, pacientes com necessidades de internamento urgente, paciente ali, na iminência de cometer uma agressão mais grave, na iminência de cometer um suicídio, pacientes que estão mal, são dispensados para casa, depois de receber um Diazepam na veia. O que é uma crueldade, né? Porque não existe ninguém com algum conhecimento nesse caminho. Isso foi tirado do CAPS, aqui na cidade. E eu acho que isso deveria ser uma coisa pro CAPS fazer. (M 1).

A procura, conforme depoimento do profissional, ainda é grande, “com necessidade real, muitas vezes sem necessidade, que são pacientes que poderiam ser atendidos em CAPS, em ambulatório, ou então, por uma questão mais cultural da família”. No que se refere à representação social do tratamento e da pessoa em sofrimento mental, Yasui (2010) confirma que há um imaginário social e cultural a respeito do tratamento destinado à PSM que precisa ser mudado. Outro ponto levantado pelo profissional foi em relação ao CAPS, que deveria ser o regulador de internações: (...) “aqui na cidade, o internamento não passa pelo CAPS, o que eu acho que é um problema muito grande. O internamento tem que ser via Pronto Socorro. Lá não tem profissional especializado na maior parte do tempo, para avaliar e para encaminhar. Para ver o que é caso de internamento, o que não é. Então, aqui na cidade isso aí fica perdido. O CAPS, ele na verdade é excluído desse caminho até um internamento psiquiátrico”. O Pronto Socorro Municipal, segundo a

profissional, acaba realizando um atendimento deficitário, devido à falta de qualificação dos profissionais e de não trabalharem em rede com o CAPS.

Procura pelo tratamento, hoje, por dia, chegam umas quatro pessoas pedindo informação, isso eu acho bom, está procurando informação, está procurando internamento também. Porque, em Ponta Grossa, o que seria: o Pronto Socorro. Chega no Pronto Socorro, vão lá, fazem a pesquisa lá e depois fazem a internação lá, a primeira consulta lá, pelo Pronto Socorro. Em vez de ficar lá, fazer a internação, não, encaminha pra cá. É totalmente diferente, tipo a forma de entrada do que vem com a referência e contra referência de um município, é bem perdida aqui. Daí a gente vê, avalia aqui, a gente faz a nossa avaliação porque é nosso papel, né? A gente vê a real necessidade de uma internação, então a gente encaminha novamente para o Pronto Socorro. E eles acham que a gente não quer atender, essa é a briga. Até a gerente de saúde mental está querendo fazer uma reunião lá, com o diretor clínico desse hospital para ver essa questão. O correto é o CAPS ser porta de entrada, a gente vê, avalia os pacientes, vê a necessidade de internação, encaminha ao Pronto Socorro, daí o Pronto Socorro que deveria internar. (E 1).

Novamente, nesta fala, surge a problemática entre o CAPS e o Pronto Socorro Municipal em relação à falta de entendimento entre os dois serviços e também à falta de uma triagem adequada que indique a necessidade ou não da internação.

Na verdade, os internamentos, eu não sei, eu acho que a sociedade, ela está perdida. Por quê fecharam os hospitais. Internações de longo prazo e passaram a diminuir. Só que a procura é grande. Só que do mesmo jeito que a procura é grande por internamento, é grande também aqui no tratamento do CAPS, também está sendo grande. Então, a pessoa mesmo em surto, em crise grave, chega aqui, achando que aqui vai ter o internamento. Então, não está esclarecido. É isso que a gente está trabalhando agora, mais internamente. E, também, que isso seja passado para a as famílias...mas está bem confuso para eles ainda. Mas a procura aqui do CAPS, a gente está vendo que está sendo grande. Mesmo estando em crise, a pessoa vem aqui. E a gente faz a orientação: procura a internação e depois volta para dar continuidade, para não parar. Mas mesmo assim, quem não teve nenhuma internação, coisa assim que tem bastante gente, tem tido um grande número de procura. De casos novos e também que precisam de ajuda do CAPS, mas que têm necessidade de internamento. (P 2).

Percebe-se que ainda não está claro para os demais setores da saúde e para as famílias o que é realmente o CAPS: (...)” *a pessoa mesmo em surto, em crise grave, chega aqui, achando que aqui vai ter o internamento. Então, não está esclarecido. É isso que a gente está trabalhando agora, mais internamente. E, também, que isso seja passado para a as famílias...mas está bem confuso para eles ainda”.*

Na fala seguinte, o profissional cita o “Capspício”, referindo-se a pessoas que

procuram e veem o CAPS como se fosse uma extensão do HPFR, talvez porque alguns funcionários de sua equipe trabalharam no HPFR. Trata-se de familiares de pacientes que internavam no hospital e que hoje frequentam o CAPS na modalidade intensiva.

E muitos familiares ainda procuram o CAPS, ainda como uma extensão do Franco, infelizmente. A Capspício, que a gente fala, que é aquele paciente que fica infelizmente aqui com a gente. Eles Procuram ainda (o internamento) ou assim, eles passam o dia todo, quer que venha todos os dias, fique no intensivo todos os dias, fique menos tempo em casa. E ainda tem alguns, principalmente os crônicos, os que eram moradores do Franco, as famílias que têm muito essa dificuldade, de ainda aceitar - que não é internamento. (A1).

Partindo dessa representação dos profissionais quanto à procura por internamento ou por atendimento no CAPS, perguntamos para as cuidadoras quais eram suas percepções em relação ao tratamento hospitalar e do CAPS.

Ele está melhor, mais aqui do que ele estava no Franco. Porque ele vem cedo e vai à tarde dormir em casa, e lá era direto. ... então, acho que ele está indo bem. (Mãe 2).

Nessa fala, percebemos o que a assistente social quis dizer como Capspício, a similaridade entre os dois modelos é que passavam/passam o dia todo no local, e a única diferença é que Davi vai dormir em casa, ou seja, a liberdade, a autonomia de ir e vir.

Mudou. Melhorou. É, ele tem diferença. Só que não é ruim, a diferença. É boa. Porque, uma que minha filha desde que internou-se em Curitiba (após o fechamento do HPFR e antes da abertura do CAPS), ela não ficou mais ruim como ela ficava. Ela, Graças a Deus, tem se mantido, dentro do possível. Às vezes fica meio difícil, mas dentro do possível, ela tem se mantido. Mas eu gosto do CAPS. Eu acho o tratamento do CAPS muito bom. Eu achei que melhorou. (Mãe1).

Para a mãe de Nina, o que melhorou foi que, desde que frequenta o CAPS, não foram mais necessários internamentos psiquiátricos.

Ah! Enxergo! Enxergo mesmo! Olha, lá no CAPS eles dão toda atenção que a mãe merece. Todo dia. Se minha mãe falta um dia, já perguntam: "Por que você não veio? Não, porque você tem que seguir o tratamento". Todo mês tem consulta. Eles se importam. Perguntam como que eu estou. Não só pela minha mãe; perguntam se minha mãe se dá bem comigo. Eles dão toda essa importância de saber se a gente está também acompanhando o tratamento dela. No Franco da Rocha a gente internava ela, vamos dizer que ela ficava dois meses, voltava para casa, voltava com os remédios e pronto". (Filha1).

Nessa fala, a filha de Diva pontua como grande diferença a atenção dirigida à pessoa e à sua família; existe esse acolhimento, a atenção humanizada, a família como parceira no tratamento.

O Franco, eles... acho que eles deixavam a pessoa largada. Que lá, o louco, acho que usavam camisa de força quando ficava agressivo. Imagine, deve ser horrível, ficar preso naquela coisa. A gente vê na televisão, já acha horrível, imagine pessoalmente. Lá (CAPS), ele faz as atividades, assiste televisão, toca violão também. Então, lá ele se distrai mais e acho que os psiquiatras tão tudo lá, junto, então está sendo um ótimo tratamento pra ele. (Cunhada1).

Para a cunhada de Dirceu, a representação que ela descreve como a “diferença” está relacionada à atividade ocupacional, como caráter terapêutico e de bem-estar. Ela vê como diferença a atenção que a equipe dispensa a ele. É importante lembrar que Dirceu foi internado 68 vezes e que, desde 2004, não se internou mais.

Em todos os casos, os familiares cuidadores indicam, em suas falas, a melhoria do tratamento dispensado a seus entes adoecidos.

3.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM PONTA GROSSA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

Nos depoimentos analisados foi possível notar algumas críticas em relação a questões técnicas, políticas e ideológicas. A falta de qualificação e envolvimento dos profissionais, as relações intersetoriais, questões referentes à realização de interações sociais de familiares e pessoas em sofrimento mental com a sociedade emergem nas falas dos profissionais do CAPS.

Acredito que foi o movimento mais importante que ocorreu dentro da saúde mental até hoje, mas que corre um grande risco de ver suas principais conquistas serem desmanteladas, seja pelas pressões corporativas, como no caso da lei do ato médico, seja por uma burocratização excessiva dos procedimentos coordenados pelo Ministério da Saúde. A mudança de modelo envolve principalmente a transformação das referências dos profissionais de saúde para trabalhar nesse modelo, e aí está o grande problema da reforma, pois ela esbarra na falta de qualificação e de envolvimento dos profissionais para trabalharem nesses novos dispositivos. (P 1).

Segundo o profissional, trata-se do mais importante movimento da saúde mental, porém pode haver problemas em relação à qualificação e engajamento dos profissionais que trabalham nesses dispositivos.

Estando aqui, vivendo essa realidade, eu vejo que ela é muito importante (Reforma Psiquiátrica), ela é muito boa. Ela tem essa capacidade de suprir a necessidade do tratamento psiquiátrico. Mas como falei antes, a divulgação não é feita. Não é passada para a sociedade, essa mudança. A gente está vendo aos poucos, só que como profissional, lendo nos informativos federais e tal. Mas é muito pouco ainda. Mas ela é... pensando, assim, na história da psiquiatria, é um grande avanço para a sociedade. Por ter essa liberdade de tratamento, ter essa liberdade de ir e vir. De trazer pro sujeito aquilo que ele merece ser ou aquilo que ele foi um dia e que ele não deixou de ser. E acho que isso que é mais importante de a gente estar mostrando, também, isso para os pacientes. (P 2).

Já esta profissional aponta os pontos positivos da reforma como sendo um grande avanço na assistência psiquiátrica, mas também afirma que a sociedade em geral ainda não tomou conhecimento das mudanças que estão ocorrendo.

Eu já não concordo com o termo, Reforma Psiquiátrica. Reforma da assistência psiquiátrica, sim. Tudo que está na lei da reforma, hoje, já existia na lei que regulamentava atendimento psiquiátrico antes; na lei anterior. Então, houve uma maquiagem na lei, para sair essa Lei 10.216. Uma maquiagem com interesses políticos e tal, mas tudo que existe nessa lei hoje, já existia antes. E o problema é que, como na maioria das leis do país, não é bem aplicada. Porque se aquela fosse, não precisaria ter essa. Se essa for bem aplicada, melhora muita coisa. Só que é uma bandeira muito mais ideológica e política, do que interesse propriamente pelo paciente. Ideologia não é uma coisa que combina com o tratamento... com uma coisa técnica, que é uma doença, que é um tratamento, né? Então, eu acho que essa confusão que houve com ideologia pôs a perder qualquer boa imagem dessa reforma, em minha opinião. (M 1).

A lei à qual a profissional se refere é a Portaria SNAS N 224 /92, de 29 de janeiro de 1992, que já colocava algumas normas para o atendimento ambulatorial, CAPS/NAPS, normas para o atendimento hospitalar, humanização do atendimento, e preservação de direitos das pessoas em sofrimento mental, entre outras. Segundo o depoimento: *“E o problema é que, como na maioria das leis do país, não é bem aplicada. Porque se aquela fosse, não precisaria ter essa” (Lei 10.216).* Outra

questão levantada refere-se aos interesses ideológicos e políticos, que “*não é uma coisa que combina com o tratamento*”.

Primeiro, não é Reforma Psiquiátrica, a questão da psiquiatria é, na verdade, na assistência psiquiátrica. Então, eu acho assim, que como sempre a maioria das leis brasileiras é muito bonita no papel, a filosofia, a ideia, é muito bonita. Só que na realidade a gente não tem. Não conheço muito bem a visão de São Paulo, lá eu acho que funciona mais, pelo pouco que eu sei. A visão que eu tenho de Ponta Grossa e Castro, eu já vejo a diferença. Castro é uma cidade pequena, lá funciona. Aqui não funciona. É uma dificuldade. Acho que desde o tempo do Hospital Franco da Rocha tem aquele elo de profissionais, que só eles que sabem, não deram abertura para nada, eles são a favor do hospital (modelo hospitalocêntrico). E a gente e os médicos que são aqui do CAPS, a gente é a favor da psicossocial. Essa é a minha visão atual, é essa a problemática, que eu vejo que no papel é muito bonito, mas na prática não está funcionando. (E 1).

Novamente aparece o componente já citado por Kasper (2003): a forte marca cultural deixada pelo HPFR, a crença de que a rede privada, através do modelo hospitalocêntrico, daria conta do atendimento às pessoas em sofrimento mental.

Percebemos que esses atores enfrentam em seu cotidiano profissional ainda um momento de transição paradigmática, do paradigma psiquiátrico para o paradigma emergente: a saúde mental.

Yasui (2010, p. 106 – 107) analisa, conforme seu ponto de vista, as quatro dimensões fundamentais da Reforma Psiquiátrica apresentada por Amarante (2003):

A DIMENSÃO EPISTEMOLÓGICA: [...] refere-se ao campo da produção de saberes e à desconstrução dos fundamentos, das noções e dos conceitos fundantes da psiquiatria, como, por exemplo, a noção de doença mental. [...] tecendo linhas que dialogam e articulam diferentes disciplinas, num esforço de construir um novo paradigma no campo da saúde mental. (Yasui, 2010, p. 106).

Através das falas dos profissionais percebemos que, em Ponta Grossa, a produção e disseminação de novos saberes referentes ao sofrimento mental e ao modelo assistencial vêm se delineando ainda de forma tímida.

A DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL: [...] no movimento de uma práxis, propõe-se a construção de uma nova organização de serviços, articulando uma rede de espaços de sociabilidade, de produção de subjetividades, de

geração de renda, de apoio social, de moradia, enfim, de produção de vida. (Yasui, 2010, p. 106).

No que se refere à dimensão técnico-assistencial, por enquanto há desencontros quanto à estruturação da articulação da rede e quanto à organização de novos serviços preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Existe uma carência em relação à articulação da rede sócio-assistencial do município, que não dispõe ainda dos equipamentos necessários para a geração de renda, de apoio social, de moradia, enfim, de produção de vida.

A DIMENSÃO JURÍDICO-POLÍTICA: [...] são ações que objetivam construir uma nova pactuação de poder, lutando para dar voz a quem não tem direito, a quem não é cidadão. Trata-se, enfim, de uma luta política para uma transformação social. (Yasui, 2010, p. 106).

Percebemos que desde 2000, através do Projeto ReforSUS e dos projetos para a criação dos CAPS, a transformação social que objetiva assegurar um novo lugar social para a pessoa em sofrimento mental vem lentamente se delineando no cenário municipal.

A DIMENSÃO SOCIOCULTURAL: há um imaginário social, construído historicamente, para a loucura, para a diferença. Um imaginário que desqualifica (“Isso é coisa de louco!”), que exclui (“Lugar de louco é no hospício!”), que teme (“Louco é perigoso e agressivo!”), que infantiliza (“Que bonitinho! Nem parece feito por louco!”). Provocar a sociedade a refletir sobre sua relação com a loucura, com objetos e ações culturais. Transformar [...] o conhecimento e as práticas em senso comum emancipatório. Enfim, produzir uma transformação desse imaginário é o grande desafio dessa dimensão. (Yasui, 2010, p. 107).

Percebemos que, para a equipe do CAPS, essa mudança do ‘sentir’ e ‘fazer’ vem ocorrendo, numa tentativa de transformação do imaginário da sociedade em relação ao sofrimento mental, seja através de ações culturais e artísticas envolvendo profissionais, usuários e familiares – cantatas, passeios, dentre outros – seja através da tentativa de dialogar com outros serviços de saúde para que o atendimento e entendimento sobre o sofrimento seja mais civilizador.

Ou seja, a Reforma Psiquiátrica transcende uma mudança de modelo de atendimento à pessoa em sofrimento mental, ela é um movimento complexo, de transformações das dimensões citadas por Yasui (2010), o que nos leva a refletir sobre quão longo é o caminho, visto que só estamos no começo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebi, durante a pesquisa, que a desconstrução das representações sociais que se tem sobre a pessoa em sofrimento mental e o tratamento psiquiátrico destinado a ela não são metas que se consiga atingir somente com leis e decretos. As políticas sociais, sem dúvida, são muito importantes, mas também se faz necessária uma mudança no 'sentir' e 'saber' dos profissionais em saúde mental, e esse novo 'lugar social' da pessoa em sofrimento mental deve ser realmente incorporado pelos familiares e cuidadores. Os aspectos acima nomeados tornam-se imprescindíveis no processo de mudança na assistência psiquiátrica, portanto é necessário que ocorra uma mudança de conceitos - de *paradigma psiquiátrico* para *paradigma da 'saúde mental'*.

Na verdade, nesta pesquisa observei que a mudança de paradigmas está ocorrendo lentamente, e que não muda para todos da mesma forma. Nos depoimentos dos profissionais do CAPS II nota-se que a mudança vem ocorrendo aos poucos; percebe-se, em alguns momentos das falas, o compromisso com a proposta de mudança sócio-cultural e de atendimento, mas em relação aos familiares percebemos que o processo de mudança vem ocorrendo de maneira um pouco mais lenta, principalmente no que se refere à internação psiquiátrica, pois alguns familiares ainda procuram o CAPS II para internar seus entes em sofrimento mental, por acharem que ele é um local para internação.

Ao longo da dissertação, ao trabalhar a representação social sobre a PSM e os modelos de tratamento como foco da pesquisa, percebi as angústias dos momentos vividos por cada um dos atores sociais ao compartilharem suas histórias pessoais e profissionais, elaboradas e tecidas no contexto em que se passaram. Isso revela de que forma as representações sociais foram por eles sendo elaboradas e quais foram as explicações utilizadas pelos sujeitos para a compreensão e a construção da realidade na qual estavam imersos. Essas representações, ao serem, suplantadas através de sua reelaboração, são muito importantes nas transformações sociais, em relação ao sofrimento mental, e contribuem para o processo da Reforma Psiquiátrica no município.

Alguns documentos do arquivo morto do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha e informações diversas colhidas no CAPS II constituíram parte empírica

significativa desta dissertação. As duas instituições, além de fazerem parte da história da assistência à saúde mental do município de Ponta Grossa, também fazem parte da história de vida das cuidadoras das PSMs aqui investigadas. Foi através das informações colhidas nesses dois locais que escolhi as famílias e os profissionais que iriam participar da pesquisa e, a partir dos conteúdos que emergiram nas entrevistas semiestruturadas, pude identificar algumas categorias empíricas que proporcionaram a análise entre a bibliografia estudada e o conteúdo manifesto.

Analisando os depoimentos das cuidadoras sobre os eventos decorrentes dos cuidados domiciliares e a convivência diária com a pessoa em sofrimento mental foi possível reconhecer algumas categorias empíricas, tais como:

- a sobrecarga física, emocional imputadas a elas;
- a questão de gênero, pois todas as cuidadoras desta pesquisa são mulheres;
- a visão organicista/fisicalista e a visão popular acerca do sofrimento.

O confronto entre as categorias empíricas e a bibliografia previamente estudada possibilitou-me entender as representações sociais das cuidadoras em relação ao sofrimento mental e à pessoa em sofrimento; notei que suas representações estão pautadas nas experiências singulares de convivência com a PSM em seu cotidiano e na visão popular sobre ‘a doença’, influenciada pelo discurso da psiquiatria.

Foi colocado como problema/questionamento desta pesquisa, se essas representações sociais sobre o sofrimento mental e o modelo de atendimento hospitalocêntrico vivenciado pelos familiares e seus entes em sofrimento mental poderiam influenciar os cuidadores em relação à busca, ou por internamento, ou por tratamento no CAPS II.

As representações sociais dos profissionais acerca das novas políticas de atendimento à pessoa em sofrimento mental também foram consideradas como aspecto da pesquisa a ser investigado.

Os depoimentos dos profissionais confirmaram que, em alguns casos, a procura por internação ainda é vista como solução para a crise e que, às vezes, familiares, ao chegarem ao serviço do CAPS pela primeira vez pensam que ele é um local para internação psiquiátrica.

Em relação à diferença entre os modelos, também analisados neste trabalho, para as cuidadoras, as diferenças entre o CAPS e o HPFR são pautadas na

atenção, no cuidado, na liberdade de ir e vir, visto que agora seus familiares passam o dia todo no serviço, indo para casa no final do dia. Os depoimentos revelaram concepções representativas não muito positivas sobre o modelo de tratamento, mas sugeriram também que essas representações poderiam ser superadas a partir de maiores esclarecimentos do projeto institucional do CAPS.

Outro aspecto desta pesquisa, que destaquei, são as histórias de cada pessoa em sofrimento mental, que confrontei com o cenário de mudanças da assistência psiquiátrica ao longo das últimas décadas. Em outras palavras, contei as jornadas de Dirceu, Nina, Diva e Davi dentro da instituição psiquiátrica e as entrelacei com os acontecimentos no cenário brasileiro, no que se refere às mudanças na assistência psiquiátrica.

Em relação à história da assistência psiquiátrica no município, as falas das cuidadoras e dos profissionais nos trazem a representação social sobre o HPFR, seu fechamento, o hiato temporal existente entre o fechamento do hospital e a inauguração do CAPS II. Para três cuidadoras, o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha não era visto apenas como espaço de exclusão; pelo contrário, era um espaço de cuidado e acolhimento para as pessoas em sofrimento mental, de tratamento para a crise, pois a família se via despreparada para atuar de forma terapêutica no momento do surto, podendo delegar a uma equipe de profissionais o cuidado que ela não conseguia ofertar.

Também no que refere à centralidade dos cuidados depositados nos familiares - decorrentes de leis como a do SUS, do SUAS, da Reforma Psiquiátrica e de políticas públicas -, percebemos, hoje, a família como um dos atores e protagonistas no que tange ao cuidado da pessoa em sofrimento mental. Observamos seu esforço em se adaptar a essa nova perspectiva, visto que durante muitos anos delegaram o cuidado dos seus entes à instituição psiquiátrica, permanecendo como atores coadjuvantes nesse processo.

É bastante evidente, através dos depoimentos dos profissionais em saúde mental, que a proposta trazida pela Reforma Psiquiátrica se deparou com uma realidade municipal complexificada pelas vulnerabilidades sócio-culturais, políticas e econômicas, tais como a terceirização, a precarização dos serviços, a política local de saúde mental e o papel do CAPS II como regulador de internações.

Mas também se percebe que os profissionais, juntamente com as famílias e os usuários da saúde mental, estão construindo uma história da saúde mental no

município, ainda de maneira tímida. Entretanto, se por um lado estão construindo e propagando uma nova perspectiva de saúde mental, diferente da dominante, por outro lado, percebemos que culturalmente ainda está arraigada na sociedade a perspectiva hospitalocêntrica como forma de tratamento do sofrimento mental.

Cabe, portanto, aos profissionais da área a importante função de propagar essa nova cultura, socializando e divulgando esse conhecimento, pois apesar de estarem postas as diretrizes do SUS, a humanização da saúde, as novas orientações das políticas sociais, em especial as da área de saúde mental, percebemos que o início das mudanças no município se deram por meio dos trabalhadores em saúde mental, não dos gestores. Isto aconteceu apesar das leis e da situação em que se encontrava o município, da perspectiva de fechamento do hospital e da ausência de modelos substitutivos.

No cenário nacional, utilizando como referência Amarante (1998), Diaz (2008), Lückmann e Rodrigues (2007) e como foi visto no capítulo II, há uma movimentação de familiares, amigos e usuários participando ativamente de movimentos sociais, organizações e associações pelos direitos e pela cidadania das PSMs, porém isso não ocorre em Ponta Grossa. Portanto, sugiro que algo nesse sentido seja organizado em um futuro próximo, pois faz-se necessária não só a mudança de atendimento, mas mudanças sociais que podem e devem ser pensadas coletivamente, através das organizações e associações.

A Reforma Psiquiátrica em Ponta Grossa, segundo a pesquisa e os dados coletados e analisados, nos levam a considerar que se trata de um processo em construção, há muito que estruturar no município, pois dos dispositivos preconizados pela Lei 10.216, somente os CAPS – II e a.d., foram implementados, faltando ainda os Serviços de Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, o Programa de Volta para Casa, sem falar nas mudanças sócio-culturais, no acesso ao trabalho e no ‘lugar social’ das PSMs enquanto cidadãos.

Com este estudo, espero contribuir modesta mas positivamente, com a interlocução entre familiares e profissionais, com o intuito de provocar transformações nos discursos sobre o sistema de saúde como um todo, publicizando e socializando conhecimentos com vistas a oportunizar e refletir mudanças sociais e culturais na realidade em que estão inseridos os atores envolvidos no processo da Reforma Psiquiátrica do município de Ponta Grossa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIPG – Associação Comercial e Empresarial de Ponta Grossa. **Perfil sócio-econômico**. Disponível em: http://www.acipg.org.br/perfil/ponta_grossa.pdf. Acesso em 23 ago. 2010.

AGUIAR, Adriano Amaral de. Entre as ciências da vida e a medicalização: uma cartografia da psiquiatria contemporânea. In: Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/2d_Aguiar_4713903_port.pdf. Acesso em 19 dez. 2010.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2. ed., 1998.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ABP, Associação Brasileira de Psiquiatria. Legislação saúde e saúde mental. <http://www.abpbrasil.org.br/legislacao/resolucoes/exibResolucao/?resolucao=5>. Acesso em 31 jul. 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. **Manguinhos**, v. 3, n. 1, mar./jun. 1996.

BEZERRA, Benilton Jr. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (2): 243-250, 2007.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007. 222.

BORCK, Isis. **Hospital psiquiátrico Franco da Rocha: 35 anos de história**. Monografia de Especialização em História. Universidade Estadual de Ponta Grossa,

2003.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 13. ed., 2010.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. A pesquisa sobre representações sociais no contexto do serviço social. **Emancipação**, v. 1, n. 1, p. 77– 88, 2001.

BRASIL. **Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. Ministério da Previdência Social: Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS ao idoso e à pessoa com deficiência. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>, Acesso em 23 abr. 2010.

_____, Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental: caderno informativo. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1. ed. Brasília, 2001

_____, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação de Saúde Mental. **Saúde mental em dados 3**. Ano I, nº. 3, dezembro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação de Saúde Mental. **Saúde mental em dados 7**. Ano V, nº. 7, junho de 2010.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; SOARES, Carlene Borges. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.11, n.18, p. 219-237, dez. 2005.

CASTEL, Robert. Da indigência à exclusão. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, Antonio. (Org.). **SaúdeLoucura4**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 21-48.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna, 1980.

CHERCHGLIA, Mariângela Leal. **Terceirização do trabalho nos serviços de saúde**: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. CADRHU, Texto de apoio/Unidade 3 Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T5.pdf acesso em 19 dez. 2010.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Esperança equilibrista**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DELGADO, Paulo. O desafio da reforma. **Revista Cidadania**. Juiz de Fora, s/d.

DIAZ, Fernando Sobhie. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica**: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2008.

DUARTE, Luiz Fernando D., **Da Vida nervosa**: nas classes trabalhadoras urbanas. Jorge Zahar Editor LTDA/ CNPq, Rio de Janeiro, 2. ed., 1986.

DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 20. ed., 1998.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade civil e democracia**: um debate necessário.

São Paulo: Cortez, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa. 7. ed – Curitiba: Ed. Positivo; 2008.

FERREIRA, Patrícia Fortes. Os desafios na construção da cidadania no país da sujeição: o papel dos futuros operadores do direito junto às classes populares. In: **Derecho & Cambio Social**. Disponível em: <http://www.derechoycambiosocial.com/revista004/cidadania.htm>. Acesso em 15 out. 2010.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares. BRUM, Jane Lílian Ribeiro. As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, p. 5-14, 2000. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/23482>. Acesso em 04 ago. 2009.

FLORIANO, Lara Simone Messias. **Enfrentamento da família decorrente da convivência com o idoso egresso de hospital psiquiátrico**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: idade clássica**. São Paulo: Perspectiva. 8. ed. – 3ª reimpressão, 2009.

GOHN, Maria da Glória. **Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Loyola, 1997.

GONÇALVES, Alda Maria; SENA, Roseni Rosângela. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Latino-am Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001.

GONÇALVES, Amadeu Matos. **A doença mental: determinação individual ou construção social**. In: Educação, ciência e tecnologia. p.163-168 Disponível em: <http://www.ipv.milenuim32/12.pdf>. acesso em 15 de out. 2010.

GRAMSCI, Antônio. **Caderno do cárcere**. v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2. ed., 2001.

GUARIDO, Renata. **A medicalização do sofrimento psíquico**: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007. <http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>. Acesso em 19 dez. 2010.

JODELET, Denise. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____, Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2001.

KASPER, Maria Geny. **A reforma psiquiátrica no município de Ponta Grossa – PR**. Monografia de Especialização de Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2003.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 10. ed., 1995.

LENDZION, Kelly Cristine. **Vozes dissonantes**: a reforma psiquiátrica em Ponta Grossa. Monografia de Conclusão de Curso de Bacharelado em História. Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2007.

LOPES, M. J.M. e LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu** (24), janeiro-junho de 2005, p.105-125. http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/D/Dalla_Rosa-Pastore_27.pdf. Acesso em 27 ago. 2010.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

MARIZ, Nataly Netchaeva. Desconstruindo estigmas: o espaço da internação na reforma psiquiátrica. **In:** Práxis e Formação, UERJ, Rio de Janeiro, Ano I, p. 1-5, 2008.

MEDEIROS, Manoela Martins. **Informação e representações sociais:** estudo exploratório com familiares de portadores de sofrimento mental. Dissertação de Mestrado em Ciência da Informação da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG, 2005.

MELLO NETO, Cândido et al. **Histórias da medicina em Ponta Grossa.** Ponta Grossa, Associação Médica de Ponta Grossa. Editora Planeta Ltda, vol I, 1995.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise.** Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____, **Representações sociais:** investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 6. ed., 2009.

NOB. Norma Operacional Básica da Assistência Social, 2005.

PAREDES, Eugênia Coelho. Loucuras e representações sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez. 2006. (SCIELO).

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Estigma, discriminação e AIDS.** Rio de Janeiro: Abia, 2001. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf> . Acesso em abril de 2010.

PASTORE, Elenice; ROSA, Luisa Dalla. A presença da mulher nos cuidados em Saúde ST. 27. Universidade de Passo Fundo. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/20625652/1875402758/name/trabalho+e+genero+na+area+da+saude.pdf>. Acesso em 15 out. 2010.

PAULILO, Maria Angela Silveira. **AIDS: os sentidos do risco**. São Paulo: Veras, 1999.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241, mai./ago. 2004.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Representação da doença mental pela família do paciente. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n. 12, p. 71-82, fev. 2003. Disponível em <http://www.Interface.org.br/revista12/artigo1.pdf>. Acesso em 15 out. 2010.

PINTO, Laudicéa de Souza. **Gramsci e os intelectuais**. Disponível em http://www.achegas.net/numero/onze/laudicea_pinto_11.htm. Acesso em 16 dez. 2010.

PMPG – Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Disponível em: <http://www.pg.pr.gov.br/node/9> . Acesso em 23 ago. 2010.

_____. Disponível em <http://pg.pr.gov.br/infogerais>. Acesso em 23 ago. 2010.

_____. Disponível em <http://pg.pr.gov.br/nodel/177>. Acesso em 23 ago. 2010.

RABELO, Mirian Cristina; ALVES, Paulo César e SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2008.

SABBATINI, Renato M.E. A história da terapia por choque em psiquiatria. In: **Revista Cérebro e Mente**, n. 4 – dez. 1997 – fev. 1998. Disponível em <http://www.cerebromente.or.br/n04/historia/shock.htm>. Acesso em 20 set. 2010.

SAMSON, André. Roteiro de anamnese. Shvoong Home Medicina e Saúde. Resumo de roteiro de anamnese, 2008. Disponível em: <http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/1782579-roteiro-anamnese/> . Acesso em 04 de mar. 2011.

SANTOS, Viviane. A reforma psiquiátrica no Brasil. jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.hebron.com.br/Revista/n36/materia1.htm>. Acesso em 15 out. 2010.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71–99, jul./dez. 1995. FAGED/UFRGS.

SENA, Roseni Rosângela de; Silva, Kênia Lara; VIVAS, Karine Lara; QUEIROZ, Carla Mendes; BARRRETO, Fernanda Ourives. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. In: *Cogitare Enfermagem* 2006 mai/ago; 11(2): 124-32.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. População por município. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br> acesso em 16 de dez. 2010.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 23. ed. rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; NASCIMENTO, Dilene R. do. A doença revelando a história. In: NASCIMENTO, Dilene R. do; CARVALHO, Diana Maul de (Orgs.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004.

SPINK, Mary Jane. O conceito de representações sociais na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 1993. (SCIELO)

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan./abr. 2002.

TREVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WADI, Yonissa Marmit; SANTOS, Nádía Maria Weber (Org.) **História e loucura**: saberes, práticas e narrativas. Uberlândia: EDUFU, 2010

WADI, Yonissa Marmit. **Uma história da loucura no tempo presente**: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. Revista do programa de Pós-Graduação em História. Florianópolis, v.1, n. 1, p. 68 -98, jun. 2009.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

APÊNDICE A
ROTEIROS DE ENTREVISTA

I - Roteiro de entrevista para o familiar cuidador:

Nome: _____

Data de nascimento: __/__/__

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Ponta Grossa – PR.

Casa: () própria () alugada () cedida () outros – Qual: _____

Profissão: _____

Renda Familiar: _____

Escolaridade: _____

Grau de parentesco com a pessoa em sofrimento mental: (1) mãe (2) pai (3) Irmã
(4) irmão (6) esposa (7) marido (8) companheiro (9) companheira (10) filha
(11) filho (12) outro

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: __/__/__

Reside com quem: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Número de internamentos no Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha: _____

Quantos anos tinha no 1º internamento: _____

Realizava atendimento no Ambulatório de Saúde Mental de Ponta Grossa – PR?

() Sim () Não

Há quanto tempo está freqüentando o CAPS? _____

Modalidade do Tratamento: () Intensiva () Semi-intensiva () Não Intensiva

Foi necessário internar em hospital psiquiátrico durante o tratamento no CAPS?

() Sim. Quantas vezes? _____ () Não

01) Conte-me um pouco da história da ‘doença’ do seu familiar: quando e como foi descoberta a ‘doença’?

02) Na época que antecedeu o 1º internamento, o que você pensava que causava este ‘problema mental’?

03) Quando seu familiar foi internado, o que você pensava sobre ‘doença mental’ e a forma de tratamento em hospital psiquiátrico?

04) Quando fechou o Hospital Franco da Rocha, como foi este período na vida do seu familiar ‘doente’? E como foi para você?

- 05) Hoje, como você está vendo o 'doente mental', a 'doença mental' e seu tratamento?
- 06) De que forma você analisa o modelo de tratamento do Franco da Rocha e aqui do CAPS?
- 07) Como você reagiria se escutasse que "o louco é perigoso e seu lugar é no hospício"?
- 08) Você gostaria de me dizer mais alguma coisa que eu não tenha perguntado?

II - Roteiro de entrevista para profissionais da saúde mental

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Profissão: (1) Médico(a) (2) Enfermeira(o) (3) Assistente Social (4) Psicólogo(a)
(5) Farmacêutico(a) (6) Terapeuta Ocupacional (7) Pedagoga(o)

Escolaridade: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado

Há quanto tempo graduou-se? _____

Há quanto tempo trabalha na área de saúde mental? _____

01) Como você percebia o doente mental, doença e tratamento antes da Reforma Psiquiátrica?

02) E hoje, como você percebe o doente mental, doença e tratamento?

03) Como também o CAPS é o regulador de internações psiquiátricas, como está sendo a procura por internamentos e pelo tratamento psicossocial?

04) Qual a sua opinião sobre a Reforma Psiquiátrica?

III- Roteiro de entrevista para profissionais da saúde mental

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Profissão: (1) Médico(a) (2) Enfermeira(o) (3) Assistente Social (4) Psicólogo(a)
(5) Farmacêutico(a) (6) Terapeuta Ocupacional (7) Pedagoga(o)

Escolaridade: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado

Há quanto tempo graduou-se? _____

Há quanto tempo trabalha na área de saúde mental? _____

- 1) Você que trabalhou no Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha e que tem conhecimento do serviço do CAPS II, que diferenças você observa?
- 2) Como você percebia o portador de transtorno mental, a doença mental e tratamento antes da Reforma Psiquiátrica?
- 3) Quando começaram a chegar as mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, como o Hospital Franco da Rocha foi se adaptando? Ou foi sendo refratário? Como você interpreta isso?
- 4) Em sua opinião, quais eram os aspectos negativos das instituições psiquiátricas?
- 5) Sob sua perspectiva, o que aconteceu em Ponta Grossa em relação à gestão, políticas públicas municipais e estaduais, que fizeram com que o CAPS II surgisse em 2006, quase dois anos após o fechamento do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha?
- 6) E hoje, como você percebe o usuário do CAPS, a doença e o tratamento?
- 7) O que você acha que os familiares imaginam sobre o CAPS e o tratamento psicossocial?

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Res.196/96

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo a respeito de Saúde Mental e Sociedade, que está sendo desenvolvido por Fabiana Vosgerau Trentini, aluna do curso de Mestrado de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, sob orientação do Prof. Drº. José Augusto Leandro. É através das pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde e sua participação é de fundamental importância.

O objetivo desta pesquisa é identificar quais as representações sociais que os profissionais em Saúde Mental e os familiares que cuidam e acompanham ‘doentes mentais’ que estiveram internados em hospitais psiquiátricos possuem sobre o ‘doente’, ‘doença mental’ e seu tratamento; e como estas representações influenciam os familiares em relação à busca e ao comprometimento no tratamento no CAPS II em Ponta Grossa – Paraná.

Para tanto, será necessário que você responda algumas perguntas que serão gravadas em um gravador digital, em encontro para entrevista previamente agendado.

Os benefícios esperados não serão financeiros, mas pessoais. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

O estudo não envolve riscos, por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de informações acontece por meio de entrevista; você poderá recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser verificadas pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de responsabilidade do participante.

Estão garantidas as informações que você queira obter, antes, durante e depois do estudo.

A pesquisadora Fabiana Vosgerau Trentini, RG 810.871-4, Assistente Social - CRESS 12ª R – SC. nº. 4232, poderá ser encontrada pelo telefone 9132-6465.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Ponta Grossa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO A

LEI ESTADUAL Nº. 11.189 de 09 de novembro de 1995

LEI Nº. 11.189, DE 09 DE NOVEMBRO DE 1995.

“Dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cidadãos com transtornos mentais”.

A Assembléia Legislativa do Estado do Paraná decretou e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º Com fundamento em transtorno em saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direito, internações de qualquer natureza ou outras formas de liberdade sem o devido processo legal nos termos do Art. 5º. inciso LIV, da Constituição Federal.

Parágrafo único. A internação de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internado formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.

Art. 2º O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Art. 3º Fica condicionada à prévia aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais.

§ 1º É facultado aos hospitais psiquiátricos a progressiva instalação de leitos em outras especialidades médicas na medida em que os leitos

psiquiátricos forem sendo extintos, possibilitando a transformação destas estruturas em hospitais gerais ou em unidades de atenção à saúde mental conforme o previsto no Art. 2º. desta lei.

§ 2º No prazo de 3 (três) anos, contados da publicação desta Lei, serão reavaliados todos os hospitais psiquiátricos, visando aferir a adequação dos mesmos ao novo modelo instituído, como requisito para renovação da licença de funcionamento, sem prejuízo das vistorias e procedimentos de rotina.

Art. 4º Será permitida a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais de acordo com as demandas loco-regionais, a partir de projeto a ser avaliado e autorizado pelas secretarias e conselhos municipais de saúde, seguido de parecer final da Secretaria e do Conselho Estadual de Saúde.

§ 1º Estas unidades psiquiátricas deverão contar com áreas e equipamentos de serviços básicos comuns ao hospital geral, com estrutura física e pessoal adequado ao tratamento aos portadores de sofrimento psíquico, sendo que as instalações referidas no caput não poderão ultrapassar a 10% (dez por cento) da capacidade instalada, até o limite de 30 (trinta) leitos por unidade operacional.

§ 2º Para fins desta Lei, entender-se-á como unidade psiquiátrica aquela instalada e integrada ao hospital geral que prestem serviços no pleno acordo aos princípios desta Lei, sem que, de qualquer modo, reproduzam efeitos próprios do sistema hospitalocêntrico de atendimento em saúde mental.

Art. 5º Quando da construção de hospitais gerais no Estado, será requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes que padecem de sofrimento psíquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos locais e/ou regionais.

Art. 6º As instituições privadas de saúde é assegurada a participação no sistema estabelecido nesta Lei, nos termos do Art. 199, da Constituição Federal.

Art. 7º O novo modelo de atenção em saúde mental, na sua operacionalidade técnico administrativa, abrangerá, necessariamente, na forma da Lei Federal e respeitadas as definições constitucionais referentes às competências, os níveis estadual e municipais, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observando o caráter do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Os conselhos estadual e municipais de saúde, constituirão Comissões de Saúde Mental, com representação de trabalhadores em saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares, representantes da Defensoria Pública e da comunidade científica, que deverão propor, acompanhar e exigir das secretarias estadual e municipais de saúde, o estabelecido neste artigo.

§ 2º As secretarias estadual e municipais de saúde disporão de 1 (um) ano, contados da publicação desta Lei, para apresentarem respectivamente, aos conselhos estadual e municipais de saúde o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

Art. 8º Os recursos assistenciais previstos no Art. 2º. desta Lei serão implantados mediante ação articulada dos vários níveis do Governo de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde SUS , sendo de competência dos conselhos estadual e municipais de saúde o exame das condições estabelecidas pelas secretarias estadual e municipais de saúde, para superação do modelo hospitalocêntrico.

Parágrafo único. Os conselhos estadual e municipais de saúde deverão exigir critérios objetivos, respectivamente, das secretarias estadual e municipais de saúde, para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios desta Lei.

Art. 9º A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades sócio-culturais locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.

Parágrafo único. As prefeituras municipais providenciarão em cooperação com os representantes do Ministério Público local a formação de conselhos comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão por função principal, assistir, auxílio e orientar as famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que forem internados.

Art. 10 A internação compulsória é aquela realizada sem o expresse consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização.

§ 1º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, à autoridade do Ministério Público, e quando houver, à autoridade da Defensoria Pública.

§ 2º A autoridade do Ministério Público, ou, quando houver da Defensoria Pública, deverá emitir parecer sobre a necessidade e legalidade do ato de internação e da manutenção do internamento, desde que exista solicitação neste sentido, e que constitua uma junta interdisciplinar composta por 03 (três) membros, sendo um psiquiatra, um psicólogo e um outro profissional da área de saúde mental com formação de nível superior.

Art. 11 O Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação desta Lei.

Art. 12 Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar, e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado para sua manutenção, este providenciará atenção

integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art. 13 A Secretaria Estadual de Saúde, para garantir a execução dos fins desta Lei, poderá cessar licenciamentos, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários à sua regulamentação.

Art. 14 No prazo de 03 (três) anos, contados da publicação desta Lei, o novo modelo de atenção em saúde mental será reavaliada quanto aos seus rumos e ritmo de implantação.

Art. 15 Compete aos conselhos municipais de saúde, observadas as necessidades regionais e com homologação do Conselho Estadual de Saúde, a definição do ritmo de implantação da rede de atendimento integral em sua saúde mental.

Art. 16 Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO EM CURITIBA, em 9 de novembro de 1995.

JAIME LERNER

Governador do Estado

Armando Martinho Raggio

Secretário de Estado da Saúde

ANEXO B

LEI FEDERAL Nº. 10.216 de 06 de abril de 2001

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

“Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º .

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO C

**ARTIGOS PERTINENTES AO TEMA RETIRADOS DO:
CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO
CÓDIGO PENAL**

Lei 3.071, de 01 de janeiro de 1916

Código Civil Brasileiro

Art. 5. São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente a vida civil:

- I Os menores de dezesseis anos.
- II Os loucos de todo o gênero.
- III Os surdos-mudos, que não puderam exprimir sua vontade.
- IV Os ausentes, declarados tais por ato do juiz.

Da Curatela

Art. 446. Estão sujeitos à curatela

- I Os loucos de todo o gênero (artigos 448, número I, 450 e 457)
- II Os surdos-mudos, sem educação que os habilite a enunciar precisamente a sua vontade (artigos 451 e 456)
- III Os pródigos (artigos 459 e 461)

Art. 447. A interdição deve ser promovida:

- I Pelo pai, mãe ou tutor.
- II Pelo cônjuge ou algum parente próximo
- III Pelo ministério Público

Art. 448. O Ministério Público só promoverá a interdição:

- I No caso de loucura furiosa
- II Se não existir, ou não promover a interdição, alguma das pessoas designadas no artigo antecedente, número I e II.
- III Se, existindo, forem menores, ou incapazes.

Art. 450. Antes de se pronunciar acerca da interdição, examinará pessoalmente o juiz o argüido da incapacidade, ouvindo profissionais.

Art. 457. Os loucos, sempre que parecer inconveniente conservá-los em casa, ou se exigir o seu tratamento, serão também recolhidos em estabelecimento adequado.

DL – 002.848- 1940

Código Penal Brasileiro

Parte Geral

Título VIII

Da Imputabilidade Penal (alterado pela L. 007.209 – 1984)

Art. 26. é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissiva, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parte Geral

Título VI

Das medidas de Segurança (alterado pela L. 007.2009 – 1984)

Art.96. As medidas de segurança são:

- internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado: sujeição a tratamento ambulatorial.

Art. 97.

§ 1º A internação (...), será por tempo indeterminado, perdurado enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá de ser três anos.

ANEXO D

PORTARIA Nº. 336/GM/MS – 19 de fevereiro de 2002

PORTARIA Nº. 336 - DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial deverão se estabelecer nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº. 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

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

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº. 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº. 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f – funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c – 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma

Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre

outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d – 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº. 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº. 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;
- i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a - 02 (dois) médicos psiquiatras;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.
- c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional

necessário ao projeto terapêutico;

d – 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b – 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e

adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b – sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº. 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
- h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d – 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e – 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III,

CAPS I II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5o, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9o.. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS I II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

ASS JOSÉ SERRA

ANEXO E
Portaria SNAS 224/92

Portaria SNAS N 224 /92 , 29 de janeiro de 1992.

PUBLICADO NO DOU DE 30.01.92

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto N 99244 de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4 da Portaria 189/91, acatando Exposição de Motivos (17/12/91), Coordenação à Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

Resolve:

1 - DIRETRIZES:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2 - NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1 - Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório

1.1 - O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1.2 - Os critérios de hierarquização e regionalização da rede bem como a definição da população referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3 - A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4 - Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A equipe técnica de Saúde Mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios ao órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde). No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo Órgão Gestor Local.

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 aos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6 - Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime até 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

3. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPILARES 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 2 feira à 6 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.

2. Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral

2.1. - Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2. - Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3. - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médica , psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros;
- c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo a sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais, hospital dia, hospital geral , e hospital especializado .

2.4 - Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima, período diurno serviço até 10 leitos para internações breve):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.5 - Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares SIH, o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos prontos-socorros gerais.

3. Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

3.1. - O estabelecimento de leitos/unidade psiquiátricas em hospitais Geral ou especializado, que seja referência regional e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o último parágrafo do item 1 da presente Portaria, será de competência das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde.

3.2 - O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo terapias, grupo operativo, dentre outros. Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades sócio terapêicas.

3.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional , dentre outros ;
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades sócio terapêica);
- d) abordagem a família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referencia para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com, sua necessidade ambulatorial, hospital dia, núcleo/centro de atenção psicossocial, visando prevenir a ocorrência de outras internações.

3.4 - Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 enfermeiro;
- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

3.5 - Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS): o procedimento 63.001.10-1 (Tratamento Psiquiátrico em Hospital Geral) será remunerado apenas nos hospitais gerais.

4. Hospital Especializado em Psiquiatria

4.1 - Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

4.2 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico psicológica e social;
- b) atendimento individual medicamentos , psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros ;
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas ;
- d) abordagem á família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade ao tratamento;
- e) preparação ao paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade da tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade ambulatorial, hospital dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

4.3 - Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento de clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados o parâmetros das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor expedidas pelo Ministério da Saúde,

4.4. - O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermeira para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito é número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5. - O hospital psiquiátrico especializado deverá ter salas de estar, jogos, etc., comum mínimo de 40m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

4.6. - Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo: -

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7:00 às 19:00 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

- para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, 1 médico psiquiatra e 1 enfermeiro.
- Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:
- 1 assistente social;

- 1 psicólogo;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 2 auxiliares de enfermagem;

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes.
- 1 nutricionista. Farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas como psiquiatra assistente, desde que, além de seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em, pelo menos, três outros dias da semana.

4 . DISPOSIÇÃO GERAIS

1)- Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania aos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivos ,celas fortes;
- deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes;
- os hospitais terão prazo máximo de 1 um 1 ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo Órgão Gestor Local.

2)- Em relação ao atendimento em regime de internação em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotar todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipe multiprofissional.

RICARDO AKEL

<http://www.saudemental.med.br/Port224.htm>

acesso em 08/08/2010

ANEXO F
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRANCO DA ROCHA:
MODELOS DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA
TCLE PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA
COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA
COMUNICAÇÃO DE ALTA



S/A. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRANCO DA ROCHA"

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Registro nº: _____ Categoria: _____

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Natural: _____ Nac.: _____ Profissão: _____

Sexo: _____ Cor: _____ Religião: _____ Est. Civil: _____

Filiação: _____

Residência: _____

Internado por: _____ Grau de parentesco: _____

Entrada: _____ Saída: _____ Retornos: _____ Nº Inter.: _____

Diag. Inicial: _____ Diag. Final: _____ Ala: _____ Médico: _____

Dados vitais: P.A.: _____ Temperatura: _____ Pulso: _____ Peso: _____

Anamnese inicial:

Súmula psicopatológica:

Internamento voluntário ()

Involuntário ()

Compulsório ()

Medicamentos que faz uso (Psiquiátricos e clínicos)

Doenças clínicas concomitantes:

Avaliação inicial da Clínica Médica:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: _____ N° REG.: _____ MÉD.: _____

NOME: _____ N° REG.: _____ MÉD.: _____

NOME: _____ N° REG.: _____ MÉD.: _____

S/A. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRANCO DA ROCHA

Ponta Grossa, _____ de _____ de 200 _____

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a internação do (a) paciente abaixo relacionado (a):

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

VOLUNTÁRIA

Nº _____

1. ESTABELECIMENTO

Nome: S/A Hospital Psiquiátrico "Franco da Rocha"

CNPJ: 80.224.934/0001-46

2. PACIENTE

Nome: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ U.F.: _____

3. INTERNAÇÃO

Data: ____ / ____ / 200 ____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Setor: _____

Justificativa: _____

Médico Responsável: _____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Familiar / Responsável pelo paciente: _____

Grau de Parentesco: _____

Identidade Nº _____

Orgão Exp.: _____

U.F.: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Assinatura do Responsável

4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre os meus direitos, garantidos na Lei 10.216.

_____ de _____ de 200 _____

Assinatura ou polegar do paciente

5. OBSERVAÇÕES:

S/A. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRANCO DA ROCHA

Ponta Grossa, _____ de _____ de 200 _____

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a internação do (a) paciente abaixo relacionado (a):

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA

AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE PONTA GROSSA / PR.

Nº _____

1. ESTABELECIMENTO

Nome: S/A Hospital Psiquiátrico "Franco da Rocha"

CNPJ: 80.224.934/0001-46

2. PACIENTE

Nome: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ U.F.: _____

Acompanhante / Responsável

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

RG: _____ Assinatura: _____

3. INTERNAÇÃO

Data: ____ / ____ / 200 ____

Hora: ____: ____

C.I.D.: _____

Setor: _____

Motivo da Internação: _____

Justificativa da
Involuntariedade: _____

Motivo de discordância do paciente quanto à internação: _____

Antecedentes psiquiátricos: _____

Tempo estimado da internação (dias):

() 1 a 5

() 15 a 21

() mais de 30

() 6 a 14

() 22 a 30

Médico Responsável pela Internação: _____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Contexto Familiar: _____

4. Situação jurídica do paciente: Interditado? () Sim () Não () Informação Ignorada

5. Dados sobre INSS: _____

5. OBSERVAÇÕES: _____

S/A. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRANCO DA ROCHA

_____ de _____ de 200 _____

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do (a) paciente abaixo relacionado (a):

COMUNICAÇÃO DE ALTA DO PACIENTE

Nº _____

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ CNPJ: _____

2. PACIENTE

Nome: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ U.F.: _____

3. ALTA

Data: ____/____/200____

Hora: ____:____

C.I.D.: _____

Setor: _____

Justificativa da Alta: _____

Médico Responsável pela alta: _____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Familiar / Responsável pelo paciente: _____

Grau de Parentesco: _____

Identidade Nº _____

Orgão Exp. _____

U.F. _____

Assinatura do Responsável

4. ALTA SOLICITADA POR:

- ☐ MÉDICO
- ☐ FAMILIAR
- ☐ RESPONSÁVEL LEGAL
- ☐ OUTROS

5. OBSERVAÇÕES:

ANEXO G
FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL - CAPSII

FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL (CAPS II)

Número do Prontuário: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

NATURALIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDADE: _____

FILIAÇÃO: _____

RG: _____

CPF: _____

CARTÃO SUS: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CEP: _____

TELEFONE: _____

ACOMPANHANTE: _____

PARENTESCO: _____

TELEFONE: _____

PROFISSÃO: _____

RENDIA FAMILIAR (SM): _____

PROCEDÊNCIA:

() Iniciativa própria

() Familiares

() Amigos

() Serviço judiciário ou Policial

() Conselho Tutelar

() Grupos de ajuda mútua de apoio (AA, NA, ...)

() Serviços de Saúde: _____

() Dispositivos de Assistência Social _____

() Clínica/Hospital Psiquiátrico _____

() Outros _____

1. QUEIXA PRINCIPAL

2. HISTÓRICO DO PROBLEMA ATUAL (INÍCIO DO QUADRO, DURAÇÃO E CARACTERÍSTICAS)

3. ANTECEDENTES PESSOAIS (PSIQUIÁTRICOS, CLÍNICOS, TRATAMENTO ANTERIORES)

4. ANTECEDENTES FAMILIARES (PSIQUIÁTRICOS E CLÍNICOS)

5. MORADIA (PESSOAS QUE MORAM NA MESMA RESIDÊNCIA QUE O PACIENTE)

6. EXAME PSÍQUICO (ESTADO DE CONSCIÊNCIA, ATENÇÃO, ORIENTAÇÃO, MEMÓRIA, LINGUAGEM, PENSAMENTO, SENSO-PERCEPÇÃO, ATIVIDADE PSICOMOTORA, CRÍTICA, HUMOR, AFETIVIDADE, INTELIGÊNCIA)

7. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

8. PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL

COMPARECEU AO PRIMEIRO ATENDIMENTO E FOI ACOLHIDO NO REGIME:

() INTENSIVO () INTEGRAL () MEIO PERÍODO () MANHÃ () TARDE
() SEMI-INTENSIVO () INTEGRAL () MEIO PERÍODO () MANHÃ () TARDE
() NÃO-INTENSIVO () INTEGRAL () MEIO PERÍODO () MANHÃ () TARDE

COMPARECEU AO PRIMEIRO ATENDIMENTO E FOI ENCAMINHADO PARA:

() TRATAMENTO AMBULATORIAL

() US _____

() OUTROS _____

OBS: _____

DATA: ____ / ____ / ____ RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO:

TERAPEUTA DE REFERÊNCIA _____

(assinatura e carimbo)

ANEXO H
NOTÍCIAS DE JORNAIS SOBRE O FECHAMENTO DO HOPITAL PSIQUIÁTRICO
FRANCO DA ROCHA

CONDIÇÃO

"O texto da lei é maravilhoso, só que temos que interpretá-lo com critérios para não haver distorções absurdas"

Sérgio Abreu Lima (foto), diretor-geral do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, sobre a lei da reforma psiquiátrica, hoje no JM



ontri-
nção
será
eco-
os a
onta
con-
ossí-

está
lh30
itado
ivier.
tarão
esen-
obje-
mento

Vereadores defendem união para evitar fechamento do "Franco da Rocha"

A possibilidade de fechamento do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha motivou os discursos de vereadores na Câmara Municipal, ontem. Para o vereador Messias Carneiro de Moraes, o caso é mais grave do que o que vem sendo divulgado. "Existem pais de pacientes que sem o tratamento adequado terão que optar pela vida do filho ou por

sua própria vida", conta o vereador, que também é médico. A vereadora Cleo Melo, moradora do Parque Santa Lúcia, afirma que com a demissão de muitos funcionários, comerciantes da região tiveram que fechar suas portas. "Isso sem contar no aumento do índice de desemprego na cidade. Fora o problema de saúde que se agrava", aponta a vereadora.

PARECER Nº 79/2009
Protocolo: 14573/09

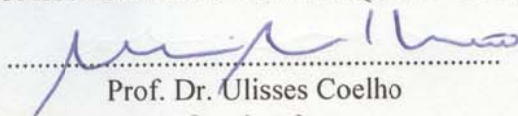
Em reunião ordinária realizada dia 26 de novembro de 2009, a Comissão de Ética em Pesquisa, **APROVOU** o protocolo de pesquisa intitulado "Saúde Mental e Sociedade - CAPs II - Ponta Grossa - Paraná" de responsabilidade da pesquisadora Fabiana Vosgerau Trentini.

Conforme Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a esta Comissão, relatórios sobre andamento da pesquisa, conforme modelo (<http://www.uepg.br/coep/>).

Data para entrega do relatório final: Dezembro de 2010.

Ponta Grossa, 30 de Novembro de 2009.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP


Prof. Dr. Ulisses Coelho
Coordenador